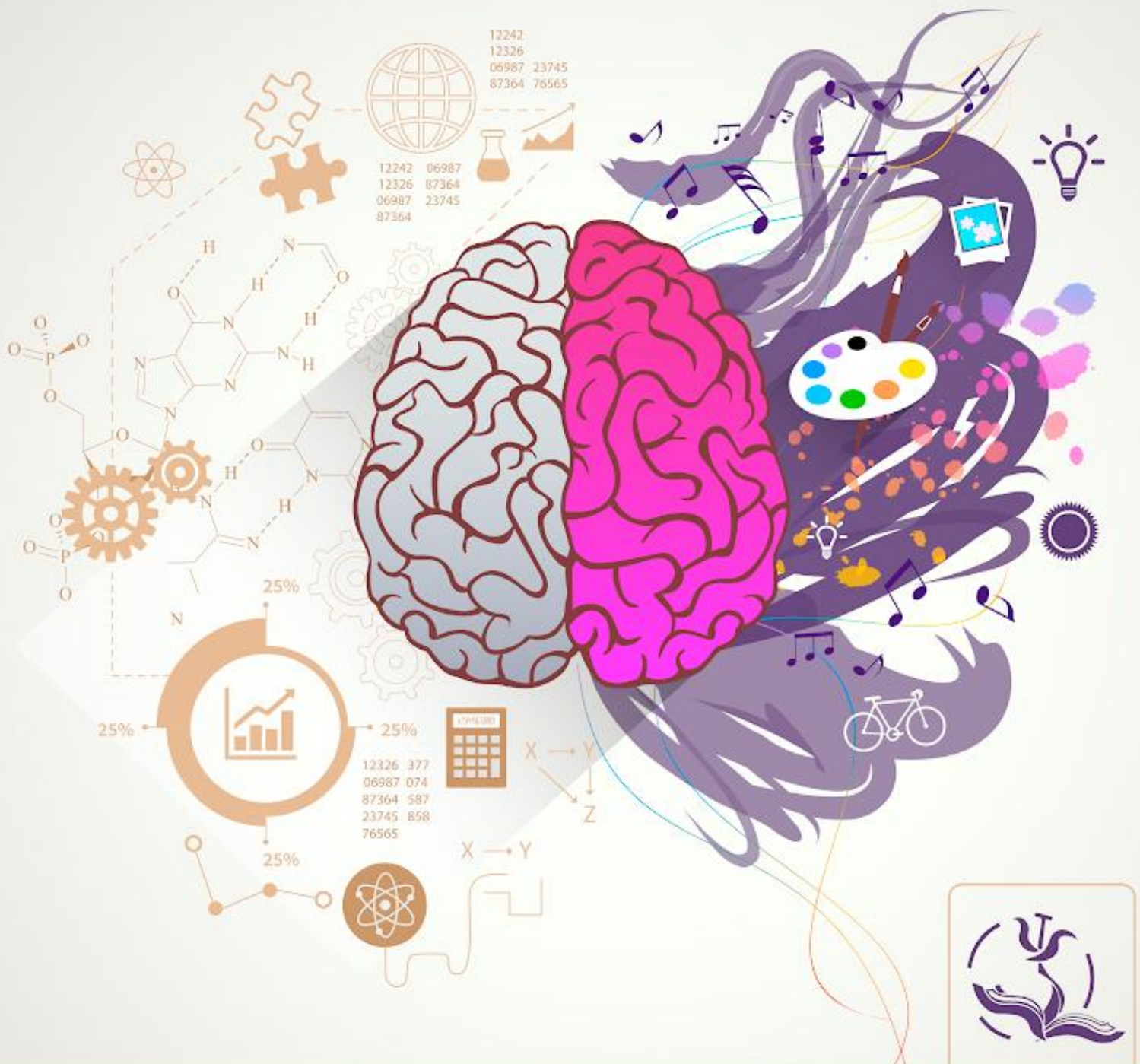




PSICO SOPHIA

Vol. 2. No. 1

Revista Electrónica de la Facultad de Psicología
de la Universidad de Montemorelos



Equipo Editorial

Productores ejecutivos: Ismael Castillo Osuna, Raquel Bouvet de Korniejczuk, Joel Sebastian Escudero y Ekel E. Collins Domato

Director de la revista: Carlos Marcelo Moroni

Editor: Mar B. Elizondo Smith

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

Comité científico: Nohemí Romero Corral y Miguel Angel Alemany (Rúbrica a doble ciego)

Asociados del Comité Científico: Luis Arturo Ramón Sotelo, Brenda Tabardillo Vázquez y Martín Hernández Cruz (Rúbrica a doble ciego)

Redacción y estilo: Leticia Cruz Priego, Manuel Muñoz Palomeque y Lucio Abdiel Olmedo Espinosa

Comité editorial: Es compuesto por el director de la revista, el editor, los editores asociados y el comité científico.

Psicosophia, año 2, No. 1, Enero – junio 2020, es una publicación semestral editada por el Centro de Investigaciones en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Montemorelos A. C., Av. Libertad 1300 Pte. Matamoros, C. P. 67530. Tel. (826) 263-2010, psicosophia.um.edu.mx/ojs, cipfapsi@um.edu.mx. Editor responsable: Mar Benedicto Elizondo Smith. Reserva al Uso Exclusivo No. 04-2019-120613562900, ISSN: *en trámite*, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Centro de Investigaciones en Psicología, Dr. Mar Benedicto Elizondo Smith, Av. Libertad 1300 Pte. Matamoros, C. P. 67530.

PSICO SOPHIA

Índice

Asociación entre la autoestima y la depresión en estudiantes universitarios de la zona citrícola, Nuevo León, México	1
Calidad de sueño, somnolencia diurna y ansiedad en estudiantes de la carrera de médico cirujano en una universidad privada del norte de México	12
Estudio de caso de conductas depresivas: autocrítica, desesperanza y sentimiento de culpa.....	20
Indicadores de depresión en jóvenes universitarios en base a género.....	28
Propuesta para el proceso de creación de un instrumento diagnóstico de inclusión para instituciones educativas: desde un enfoque cualitativo	33
Guía para la presentación de artículos.....	47
Formato del artículo.....	48

ASOCIACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA ZONA CITRÍCOLA, NUEVO LEÓN, MÉXICO

Josué Manuel Maya Martínez¹
Massiel Rivero Batista²

RESUMEN

La autoestima y la depresión son variables atendidas en el ámbito universitario por las implicaciones que estas tienen en el bienestar personal, la satisfacción con la vida y a la hora de afrontarlas dificultades cotidianas.

Es por ello, que desde el punto de vista de la Psicología Clínica, diagnosticar y desarrollar programas de prevención en las universidades es una prioridad latente, ya que en este medio se encuentran la mayoría de factores que desencadenan la prevalencia de las sintomatologías, en este sentido, el estudio estuvo enfocado en determinar la asociación entre ambas variables, con la finalidad de contribuir al logro de las metas profesionales y personales de los estudiantes de primero y segundo grado de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México.

Para ello, se contó con la participación de un total de 304 estudiantes, de los cuales (55,6%) son varones y el (44,4%) mujeres. Además se demostró para la prueba de hipótesis que $X^2_{cal} > X^2_{tab(5.99)}$ y el valor de $P > 0.05$, lo que conllevó a los investigadores a aceptar la hipótesis nula, confirmando que las variables de estudio son totalmente independientes.

Palabras clave: autoestima, depresión, estudiantes

ABSTRACT

Self-esteem and depression are variables addressed in the university environment due to the implications they have on personal well-being, satisfaction with life and when facing daily difficulties.

That is why, from the point of view of Clinical Psychology, diagnosing and developing prevention programs in universities is a latent priority, since in this medium there are the majority of factors that trigger the prevalence of symptoms, in this In this sense, the study focused on determining the association between both variables, with the purpose of contributing to the achievement of the professional and personal goals of the first and second grade students of higher education in the citrus zone located in Nuevo León, Mexico.

For this, a total of 304 students participated, where (55.6%) were male and (44.4%) female. It was also demonstrated for the hypothesis test that $X^2_{cal} > X^2_{tab(5.99)}$ and the value of $P > 0.05$, this means that the null hypothesis was accepted, confirming that the study variables are totally independent.

¹Josué Manuel Maya Martínez, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, josue.maya@um.edu.mx

²Massiel Rivero Batista, estudiante de Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, massielriverobatista@gmail.com

Keywords: self-esteem, depression, students.

Introducción

El ingreso de los jóvenes a la universidad se ha convertido en una problemática a nivel mundial debido a los cambios que trae asociado este proceso de la vida, en la cual el estudiante debe realizar una serie de ajustes, de manera que logre una adaptación saludable que lo conduzcan al éxito profesional, personal, social y espiritual sin sacrificar la estabilidad emocional, ya que la mayoría de estos son adolescentes cuyas características de esta etapa del desarrollo humano en ocasiones se convierte en factores de riesgo, cuando se enfrentan a desafíos y retos tales como; separarse de la familia, de los amigos, enfrentarse a situaciones financieras nuevas, de búsqueda de vivienda, la forma de transportación, la adquisición de los alimentos, los estilos y métodos de enseñanza- aprendizaje, así como convivir con exigencias académicas más complejas, que ponen en juego su futuro. De esta manera, cabe destacar que los dos primeros semestres de la carrera universitaria son decisivos para ajustarse a las normas y reglamentos establecidos por la Universidad (Hernández Bringas et al., 2015; Jimenez Molina et al., 2018; MINSALUD, 2017).

En este sentido, la mayoría de los estudiantes manifiestan nostalgia, tristeza, que es normal por el proceso de desapego que está sufriendo, enfrentándose a las cuatro “D” del ingresante, desorientación, desesperación, desmotivación y decepción, porque comienza a sentirse solo y se bloquea. Ahora bien, si la familia no lo instruyó adecuadamente para estos cambios bruscos que son inherente al desarrollo y las perspectivas de cada individuo, entonces la situación se complica porque comienzan a aislarse del colectivo, repercutiendo de manera negativa en su autoestima, al exteriorizar la pérdida de la valía personal, que en ocasiones lo conlleva a manifestar desesperanza, la cual ejerce un rol como variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida, al formar parte de las distorsiones cognitivas propias de la persona. En este aspecto, sujetos con bajos niveles de sentido de vida reportan una mayor ideación suicida, por lo

tanto queda demostrado que la desesperanza y la autoestima baja están asociados con la presencia de depresión (Martínez Ortiz y Castellanos Morales, 2013).

Es por ello, que (Güell Barcelo y Muñoz Rendon, 1999) plantearon que la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima, señalando que:

“Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo” (p.118).

A propósito, Pope et al. (2001) quienes declararon que la autoestima es una evaluación de la información contenida en el autoconcepto y deriva de los sentimientos de sí mismo, por lo tanto, está basada en la combinación de información objetiva que se tiene de uno mismo y la evaluación subjetiva de dicha información, es importante en todas las épocas de la vida, pero de manera especial en la época formativa de la infancia y de la adolescencia, en el hogar y en el aula. Entonces, se puede aseverar que la autoestima juega un papel decisivo en la vida personal, profesional, social y espiritual de las personas, siempre y cuando estas sean capaces de interpretar de manera positiva, la realidad externa y las propias experiencias, De ahí, la importancia de un autoconocimiento sensato y autocrítico para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos del carácter y conducta, ya que en caso contrario se pierde la confianza y el respeto como persona, incapacitándose para enfrentar los desafíos de la vida, perdiendo así el derecho a ser feliz. (Mckay y Fanning, 2002). De ahí que (Mézeville , 2004) declaró que la autoestima está configurada por factores tanto internos como externos; entendiendo por factores internos, aquellos que radican o son creados por el individuo, ideas, creencias, prácticas o conductas y por factores

externos los referidos al entorno, tales como los mensajes transmitidos verbal o no verbales, las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para el individuo, las organizaciones y la cultura. En este sentido, cabe destacar que existe una serie de aspectos internacionalizados que componen la autoestima: la autoimagen, la autovaloración, la autoconfianza, el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.

De la misma manera, (Roca, 2013) expresó que autoestima sana es la actitud positiva hacia uno mismo, que incluye la tendencia a conducirnos, es decir, a pensar, sentir, actuar en la forma más sana, feliz y autosatisfactoria posible, teniendo en cuenta el momento presente, el medio y el largo plazo así como la dimensión individual y social, lo cual implica conocernos a nosotros mismos con los déficits y las cualidades positivas, aceptarnos incondicionalmente independientemente de nuestras limitaciones y logros, así como la aceptación o rechazo que podamos recibir de otras personas, mantener una actitud de respeto y consideración hacia uno mismo, relacionarnos con los demás de forma eficaz y satisfactoria y atender y cuidar nuestras necesidades físicas y psicológicas. A si pues, se exhorta a practicar un estilo de vida positivo de acuerdo a las características individuales de cada uno, para que no pierdan la capacidad de afrontar los estresores vitales, que facilitan a las personas la apreciación de mejor estado de salud, donde no se experimente malestar, miedo, ansiedad, vergüenza, tristeza, estrés, neurotismo, frente a cualquier desafío, sino que se enfoquen al cumplimiento de las metas propuestas, ya que en caso contrario, estarían propensos a experimentar estados pesimistas y de angustia al no ser capaces de controlar la existencia de preocupaciones que trascienden los límites de tolerancia al estrés, la frustración o fracasos personales, conllevando a algunos estudiantes a manifestar desesperanza, que en ocasiones los arrastra al consumo de sustancias, alcohol y la aparición de ideas suicidas como alternativa de solución a los problemas que enfrenta en la vida cotidiana (Tarozana Cervantes, 2013; Armas Arráez, 2016; Guerrero Sánchez y Sánchez Angulo, 2015; Morán et al., 2016).

Por lo tanto, la depresión se asocia con la desesperanza, ya que esta última modula en los individuos que la manifiestan conductas suicidas, al formar parte de las distorsiones cognitivas propias de las personas deprimidas. De manera, que los sujetos con bajos niveles de autoestima y sentido de la vida, manifiestan una mayor ideación suicida y desesperanza, ya que, se concentran en las constantes evaluaciones negativas que padres, familiares, educadores y amigos hacen de nosotros, es muy común desarrollar actos depresivos al perder la confianza propia y la calidad en las relaciones sociales; la duda, la tristeza y el desánimo. Sin embargo, cuando la autoestima es preservada, la persona alcanza un mejor desempeño en las relaciones familiares, sociales y hasta en los aspectos profesionales, académicos y espirituales.

Ahora bien, todo lo antes referido con respecto a la autoestima y la depresión, se concibe en el contexto del pecado, ya que el ser humano duda acerca de su concepción, es decir, no actúa en consecuencia de que la creación es un hecho, lo cual lo conlleva a reflexionar sobre su origen superior, con un propósito, y no de manera accidental. Al concebirse como hijo de Dios, el sentido de dignidad personal es ennoblecido, y la autoestima es fortalecida. La Biblia dice que el hombre fue creado a la imagen de Dios (Génesis 1:26, 27 versión Reina Valera), un poco menor que los ángeles (Salmo 8:5). Somos considerados sacerdocio real, nación santa, pueblo elegido de Dios (1 Pedro 2:9). La comprensión de este privilegio es un factor eficaz para el afianzamiento de una autoestima positiva. Por lo tanto, la construcción de nuestra identidad no debiera estar directamente ligada a las percepciones de las personas que son significativas para nosotros, ya que, su opinión se vuelve relevante y a veces afecta demasiado cuando no recibimos la aprobación y aceptación que esperamos (Díaz da Costa, 2011).

Dios nos ha dado directivas seguras sobre las cuales podemos construir juicios sobre nosotros y los demás. Jesús dijo: “Amarás a tu prójimo como a ti mismo” (Mateo 22:39). Eso significa que debemos amarnos y, en la misma proporción, amar al prójimo, nada más y nada menos que de la misma manera en cómo nos amamos a nosotros mismos. Con esta orientación, Jesús previno dos graves

problemas: el que nos subestimemos, el resultado de una baja autoestima; y la arrogancia, el fruto del orgullo (Romanos 12:3). Él puso a todos al mismo nivel al decir “como a ti mismo”. Incluso, Jesús utilizó ejemplos muy concretos para ilustrar el amor del Padre para con nosotros, sus hijos. Por más distante que se haya colocado un pecador; por más indigno que pueda sentirse ante sus propios ojos, Dios lo tiene como objetivo primordial de su amor y cuidado. Elena G. de White afirma que “en la cruz del Calvario, Él pagó el precio del rescate por un mundo perdido. Amó al mundo, a la oveja perdida que traería de nuevo a su rebaño. La cruz del Calvario habla del maravilloso amor de Dios por el pecador. Lo valoró a un precio infinito, entregando a su Hijo Unigénito, para que todo aquél que en el crea no se pierda, más tenga vida eterna (Juan 3:16; Ezequiel 33:11)” (De Withe, 1893).

En el estudio, se destacó lo que refiere la biblia en cuanto a las variables autoestima y depresión debido a que el 76% de los encuestados provienen de la educación adventista, cuyo marco filosófico se fundamenta en aceptar a Dios como creador y sustentador del universo, de manera que se logre restaurar en el ser humano la imagen de Dios, a través de los programas del sistema educativo planificado de acuerdo al modelo, las estrategias y pedagogía de Cristo, que tiene como finalidad preparar al ser humano para esta vida y la eternidad. Sin embargo, para contrastar los resultados, fue necesario referenciar investigaciones y teorías de otros autores convencionales que contribuyeron a la comparación y la elaboración de las conclusiones del trabajo.

En primer lugar, se constató la investigación denominacional adventista realizada por (Pacheco Cocom, 2005), quien tuvo a bien estudiar el grado de depresión de los Pastores Adventistas del Séptimo Día, en este caso participaron un total de 167 pastores de la Unión Sur y la Unión Interoceánica a los cuales se le aplicó el cuestionario de ZUNG (SDS) y otro instrumento que incluye ítems relacionados con aspectos de la vida y el trabajo, arrojando como resultado que un 23,7% sufría algún grado de depresión, un 20% sufría en forma leve y un 3,7% se encontró dentro de la clasificación de moderada a significativa, además se logró identificar que ocho de los pastores

evaluados expresaron haber intentado suicidarse alguna vez, sin embargo, catorce de los que resultaron estar deprimidos expresaron no tener problemas, pero si especificaron que las causas probables de sufrir depresión eran los problemas financieros, problemas en el trabajo seguido de problemas de salud y familiares.

Por lo que respecta a Gerrero López et al. (2013), en un estudio realizado en México, evaluaron a 517 estudiantes que cursaban el primer año de la carrera de medicina, a los cuales se le aplicó el CES-D, inventario de estado, rasgo ansioso (STAI) y el listado de factores estresantes, con el objetivo de identificar los factores que predicen la presencia de síntomas depresivos de acuerdo con la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), se identificó la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, así como factores estresantes, siendo estos significativamente más frecuente en mujeres que en hombres, además los factores que predijeron depresión fueron la ansiedad, los factores estresantes y el nivel socioeconómico bajo.

De la misma manera, (Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, y González Martínez , 2014) desarrollaron una investigación en Colombia con el objetivo de estimar la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos con factores socio-demográficos, académicos, conductuales y familiares, en la cual participaron 973 estudiantes universitarios a los cuales se le aplicó un instrumento anónimo de auto reporte que incluyó variables sociodemográfico, el cuestionario de cribado para ansiedad y el de Goldberg (E,A,D;G) para depresión , demostrando a través de los resultados la prevalencia de síntomas ansiosos en un 76,2% y depresivos de un 74,4% respectivamente, además los problemas económicos y los problemas familiares fueron los factores que más incidieron en la aparición de ambas sintomatologías.

A su vez, (Ceballos Espino et al., 2015), en otra investigación desarrollada en Colombia, establecieron la relación existente entre depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes adolescentes de media vocacional en Santa Marta. La evaluación se efectuó a través del Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Ideación Suicida de Beck y de un cuestionario sociodemográfico. La muestra

estuvo conformada por 242 estudiantes entre 15 a 19 años (Media=15 DesvTip=15.3). Los resultados mostraron que el 41% de las mujeres no presentan síntomas depresivos, el 2% refleja depresión leve, el 5% puntúan en depresión moderada, y un 2% en depresión grave. Mientras tanto, el 43% de los varones no presentan signos depresivos, el 3% manifiesta depresión leve, un 2% depresión moderada, y otro 2% depresión grave. Respecto a los niveles de autoestima, se identificó que 18% las mujeres poseen baja autoestima, el 24% presentan autoestima en un nivel medio, 8% manifiestan alta autoestima. En el caso de los varones, el 22% manifestaron baja autoestima, el 23% reflejan nivel medio autoestima, 5% muestran alta autoestima.

A propósito, los autores decidieron referir el estudio realizado por (Simkin y Azzollini, 2015), ya que estos, en investigación desarrollada en Argentina, plantearon que la espiritualidad y la autoestima están relacionada positivamente, destacando que las personas espirituales tienden a evitar establecer juicios de valor, aceptando la vida y a los otros con sus propios términos, además subrayaron a la religiosidad como influencia externa y la contribución de esta al desarrollo de la espiritualidad, enfatizando que cuando se crece en el marco de una familia atea o agnóstica este medio familiar puede inhibirla, insistiendo en que la espiritualidad facilita el afrontamiento en el contexto, ayuda a interpretar los problemas de la sociedad como un aprendizaje, o una prueba a superar, reforzando así las creencias religiosas. Sin embargo, si esos problemas o pruebas fueron afrontados por personas con autoestima baja, indecisas, inconformes, experimentarían una crisis de fe religiosa sintiéndose abandonados por Dios (Peidmont, 2010).

Por cierto, (Armas Arráez, 2016), en una investigación desarrollada en España, la cual tuvo como objetivo observar las diferencias en torno al sentido de la vida y la afectividad negativa en función de distintas variables: sexo, edad, nivel de estudios, lugar de residencia, la religión; en una muestra clínica de pacientes con ansiedad y depresión para demostrar como el sentido de la vida y la afectividad negativa, influyen en los trastornos de ansiedad y depresión, evaluando ambos constructos con cuatro instrumentos: PIL(Purpose

In Life), DAS (Death Anxiety Scale), DDS-R (Death Depression Scale-Revised) y DOS (Death Obsession Scale). Los resultados mostraron una relación inversa entre de ambas variables, a menor sentido de la vida mayor afectividad negativa. Por lo que el bienestar personal, la satisfacción con la vida, esta última cargada de sentido evita el malestar, la tristeza, además estar focalizado en el sufrimiento conllevó, a la población clínica analizada, a sentirse más alejados de la felicidad auténtica y de la libertad que sirve de antidepresivo natural ante las dificultades de la vida, evitando depresiones y formando la base de la propia resiliencia.

Además, se tuvo en cuenta la investigación desarrollada en México por Morales Ángeles (2016), quien analizó la relación de autoestima, ansiedad y depresión con la sintomatología de anorexia nerviosa (AN) en estudiantes universitarios. Para ello, constituyó una muestra no probabilística de tipo intencional de 609 participantes (344 mujeres y 265 varones) de 17 a 34 años de edad ($M = 19.67$, $DE = 2.69$). Se administró una batería de pruebas conformada por el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), la Escala de Autoestima de Rosenberg, y los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Por medio de tamizaje se encontraron 31 casos que superaron el punto de corte del EAT-40 (5.1%) siendo superior en las mujeres (7.3%) que en los hombres (2.3%). Además, los resultados indicaron que, en la muestra total, una mayor sintomatología de AN se asoció con mayores rasgos de depresión ($r = .34$, $p < .0001$) y de ansiedad ($r = .32$, $p < .0001$), así como con menores niveles de autoestima ($r = -.18$, $p < .0001$).

Por otro lado, Smidema Malonda y Barahona Esteban (2018) desarrollaron una investigación en España para demostrar el grado de asociación entre la autoestima y el sentido de la vida, además analizar el peso modulador de la variable sexo, para ello, utilizaron dos instrumentos estandarizados para la evaluación empírica de los constructos: la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y el Purpose-In-Life Test (PIL). Dichas pruebas fueron aplicadas a una muestra de 106 universitarios con un rango de edad entre 18 y 26 años. Los resultados encontrados indicaron que, en cuanto al género, no se

evidenciaron diferencias significativas en relación a los niveles de autoestima. Sin embargo, en relación a los niveles de autoestima y sentido de la vida se encontró una correlación positiva significativa entre ambos indicadores, siendo la autoestima sana una condición necesaria, aunque no suficiente, para la presencia del sentido vital.

Método

La investigación es tipo cuantitativa, porque se realizó la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con la finalidad de establecer prácticas de comportamientos y probar las teorías referenciadas, el diseño es no experimental, ya que no se manipularon las variables de manera deliberada, transversal, porque los datos se recopilaban en un solo momento, en un tiempo único y descriptivo porque se indagó la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de las variables en la población objeto de estudio, la cual estuvo constituida por 304 estudiantes, 169 varones y 135 mujeres de primero y segundo grado de las instituciones de educación superior ubicadas en Allende, Montemorelos, General Terán y Linares, en el Estado de Nuevo León México (Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio, 2014).

En cuanto a la recolección de los datos, se utilizaron instrumentos, existentes y validados para evaluar las variables en estudio. La Escala de Autoestima diseñada por Rosenberg (1965) con la finalidad de medir el sentimiento que una persona tiene hacia sí mismo, que puede ser positivo o negativo, y que se construye por medio de una evaluación de sus propias características, este consta de 10 afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre sí misma, cinco declaraciones direccionadas positivamente y señaladas con un asterisco (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y cinco declaraciones direccionadas negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). Obteniéndose una confiabilidad adecuada para el instrumento con Alpha de Cronbach =0.802 (Vázquez Morejón et al., 2013).

Con referencia al grado de depresión, este se midió aplicando el inventario de Beck, conocido a su vez por su acrónimo BDI (Beck Depression Inventory). Dicho instrumento se utiliza para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones

normales y clínicas, consta de 21 apartados, tales como: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, odio a sí mismo, autoacusación, impulso suicida, periodo de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral, trastornos del sueño, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocondría y líbido (Toledano-Toledano y Contrera Valdez, 2018). El cual obtuvo una consistencia interna elevada con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.877.

Resultados

El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre el nivel autoestima y los indicadores de la depresión en estudiantes de primero y segundo grado de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018- 2019.

Por lo que respecta a la población, se contó con la participación de un total de 304 estudiantes de primero y segundo año de las instituciones de educación superior ubicadas en Allende, Montemorelos, General Terán y Linares, Nuevo León, México, de los cuales 169 son varones (55,6%) y 135 mujeres (44,4%). En cuanto, a la edad, estuvo comprendida entre los 17 y 29 años.

En referencia, a las instituciones objeto de estudio se destaca que el 75.9% de los estudiantes encuestados fueron de la Universidad de Montemorelos, el 19.4% de la Universidad de Linares y el 4,6% de la Universidad Lux. Referente al grado de educación se evidenció que un 50.6% corresponden al primer grado y el 49,3% al segundo grado. Ahora bien, con respecto a la religión, el 72%, corresponde a los estudiantes adventistas, el 8.2% la religión católica y un 19.0% miembros de otra religión. Cabe destacar que el 63.8% de los estudiantes son externos y el 36.1% son internos en las residencias universitarias.

Seguidamente, se destaca que, de los 304 estudiantes universitarios evaluados se identificó que el 40,8% de estos manifestó un nivel de autoestima bajo, seguido de 47,7% de normal e inferior y un 11,5% nivel alto, esto significa que solo 35 estudiantes manifiestan sentirse satisfecho con la persona que es, los restantes 169 estudiantes

presentan problemas de autoestima que debieran mejorar, por otro lado, se tuvo en cuenta los niveles de depresión identificados, tales como: normal un 70.1%, de ligero trastorno emocional 15,8%, con depresión clínica borderline 5,3%, depresión moderada 6,9%, depresión severa 1,3%, y depresión extrema 2%. Respecto a estos resultados, es importante, destacar la atención inmediata que requieren los estudiantes identificados entre la categoría de depresión clínica borderline a depresión extrema, ya que estos síntomas pueden interferir en todos los aspectos de la vida del estudiante, desde el rendimiento académico, las relaciones de pareja, la comunicación con los miembros de la familia, los estados de ánimo y en las respuestas de manejo o afrontamiento que utiliza ante situaciones de estrés.

A continuación, se presentan los resultados que contrastan las hipótesis del estudio, se utilizó la estadística de prueba usando SPSS 25.

Contraste de hipótesis de la χ^2 entre el nivel de autoestima con los indicadores de depresión en los estudiantes universitarios.

Ho: No existe asociación entre el nivel de autoestima y los indicadores de la depresión de los estudiantes de primero y segundo grado de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018-2019.

Ha: Existe asociación entre el nivel de autoestima y los indicadores de la depresión de los estudiantes de primero y segundo grado de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018- 2019.

Regla de decisión

Rechazar Ho si $\text{sig} < \alpha$

Aceptar Ha si $\text{sig} > \alpha$

Los resultados mostrados en la Tabla 1 corroboraron que el valor de la $X^2_{\text{cal}} < X^2_{\text{tab}(5,99)}$ para todos los indicadores de la depresión, asimismo el valor del $p > 0.05$, por lo cual se decide aceptar H_0 determinando que el nivel de autoestima no se asocia a los indicadores de la depresión.

Sin embargo, la tabla 2 muestra los resultados de algunos indicadores de la depresión que presentaron asociación con el nivel de autoestima.

Tabla 1

Pruebas de Chi-Cuadrado Entre el Nivel de Autoestima y los Indicadores de la Depresión que No Presentaron Asociación

Indicadores	$X^2 < X^2_{\text{tab}(5,99)}$	G1	Sig (p>0.05)
Pesimismo	1,476	2	0,478
Fracaso	1,491	2	0,474
Perdida del placer	1,084	2	0,582
Sentimiento de culpa	1,499	2	0,473
Sentimiento de castigo	0,357	2	0,837
Autocritica	0,249	2	0,883
Pensamientos o deseos suicidas	5,469	2	0,065
Llanto	0,083	2	0,959
Agitación	2,547	2	0,280
Perdida de interés	0,022	2	0,989
Desvalorización	1,550	2	0,461
Pérdida de energía	0,669	2	0,716
Cambios en los hábitos de sueño	1,098	2	0,578
Irritabilidad	1,211	2	0,546
Cambios en el apetito	2,444	2	0,295
Dificultad de concentración	1,768	2	0,413
Pérdida de Interés en el sexo.	1,266	2	0,531

En este análisis, los resultados demostraron que como el valor de la $X^2_{\text{cal}} > X^2_{\text{tab}(5,99)}$ para todos los indicadores de la depresión referente a Tristeza, Indecisión, Disconformidad con uno mismo y cansancio o fatiga mostrados en la Tabla 2, con valor del $p < 0.05$ para todos los casos, se decide rechazar la Ho a favor de la Ha. Por otro lado, el análisis Tau-b de Kendall afirmó que el grado de asociación de las variables de estudio es de 24.1% para la tristeza, 34.5% para indecisión, 22.7% para el indicador de disconformidad con uno mismo y de 19.7% para cansancio y fatiga, para estas se considerable buena la asociación, pero aun débil.

Con respecto, a los resultados analizados se demostró que los niveles de autoestima con los indicadores de la depresión que tienen de los estudiantes de primero y segundo grado de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018-2019, en la mayoría no presentan asociación directa, es decir, las variables son independientes entre ellas, sin embargo, algunos indicadores de estas variables

presentan asociación directa, como es el caso de Tristeza, Indecisión, Disconformidad con uno mismo y cansancio o fatiga, cada una de ellas con niveles de asociación considerables pero aun débil.

Tabla 2

Pruebas de Chi-Cuadrado Entre el Nivel de Autoestima y los Indicadores de la Depresión que Presentaron Asociación

Indicadores	X2 > X2 tab(5.99)	G1	Sig (p<0.05)	Tau-b de Kendall
Tristeza	18,387	2	0,048	0.241
Indecisión	22,102	2	0,005	0.345
Disconformidad con uno mismo	19,032	2	0,042	0.227
Cansancio o fatiga	14,34	2	0.043	0.197

A propósito, se realizó otro contraste de hipótesis de la χ^2 entre el nivel de autoestima con el nivel de depresión de los estudiantes de primero y segundo grado de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018- 2019. Con la finalidad de garantizar la originalidad y autenticidad de los resultados, para ello, se continuo, teniendo en cuenta las hipótesis de estudio y la misma regla de decisión del contraste 1.

Ho: No existe asociación entre el nivel de autoestima y los indicadores de la depresión de los estudiantes de primero y segundo grado de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018-2019.

Ha: Existe asociación entre el nivel de autoestima y los indicadores de la depresión de los estudiantes de primero y segundo grado de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018- 2019.

En la tabla 3, se observa que el valor del sig = $0.435 > \alpha = 0.05$ se decide aceptar la Ho, lo cual indica que las variables son completamente independientes, es decir que el nivel de autoestima no depende del nivel de depresión que tienen los estudiantes universitarios, por lo que se confirma que no existe asociación o dependencia directa entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión de los estudiantes de primero y segundo grado de

educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018-2019.

Tabla 3

Prueba de Chi-Cuadrado Entre el Nivel de Autoestima y el Nivel de Depresión

	Valor	G1	Sig (p<0.05)
Chi-cuadrado de Pearson	1,666	2	0,435
Razón de verosimilitudes	1,681	2	0,432
Asociación lineal por lineal	0,003	1	0,953
N de casos válidos	304		

Discusión

La investigación tuvo como propósito el análisis de la asociación entre la autoestima y la depresión, manifestada según la apreciación de los estudiantes de primero y segundo año de educación superior de la zona citrícola ubicada en Nuevo León, México en el curso escolar 2018-2019.

Los resultados evidenciaron que los estudiantes presentan en su mayoría, autoestima entre el nivel bajo a normal e inferior, y la depresión en niveles normales, esto significa que se puede tener niveles bajo de autoestima y los estudiantes no se deprimen. Sin embargo, al contrastar estos resultados, con los resultados de los autores referidos resulta interesante, la similitud con el estudio realizado por (Pacheco Cocom, 2005), quien identificó que el 23% de los pastores sufrían algún grado de depresión, el 20% depresión leve y el 3,7% de moderada a significativa, pero manifestaron no tener ningún tipo de problemas, lo mismo sucedió con los estudiantes objeto de investigación, presentan baja autoestima en su mayoría y revelaron no presentar síntomas depresivos. Cabe destacar que ambas poblaciones son adventistas y los resultados permitieron inferir comportamientos similares.

Además, los resultados de Ceballos Espino et al. (2015) mostraron que el 41% de las mujeres no presentan síntomas depresivos, el 2% refleja depresión leve, el 5% depresión moderada, y un 2% en depresión grave. Mientras tanto, el 43% de los varones no presentan signos depresivos, el 3% manifiesta depresión leve, un 2% depresión

moderada, y otro 2% depresión grave. Respecto a los niveles de autoestima, se identificó que 18% las mujeres poseen baja autoestima, el 24% presentan autoestima en un nivel medio, 8% manifiestan alta autoestima. En el caso de los varones, el 22% manifestaron baja autoestima, el 23% reflejan nivel medio autoestima, 5% muestran alta autoestima. Con estos resultados se evidencia la analogía, la veracidad y la credibilidad del estudio llevado a cabo. Sin desestimar los aportes de Simkin y Azzollini (2015), Morales Ángeles (2016), Smidema Malonda y Barahona Esteban (2018) y otros referidos en el trabajo.

Conclusiones

Se concluye mediante la prueba de Chi-cuadrado, aceptar la H_0 y rechazar H_a , lo cual indica que las variables son completamente independientes, es decir que el nivel de autoestima no depende del nivel de depresión que tienen los estudiantes de primero y segundo año de educación superior de la zona citrícola.

Además, el análisis de todos los indicadores de la depresión referente a Tristeza, Indecisión, Disconformidad con uno mismo y cansancio o fatiga permitió rechazar la H_0 a favor de la H_a . Por otro lado, el análisis de Tau-b-Kendall afirmó que el grado de asociación de las variables de estudio es de 24.1% para la tristeza, 34.5% para indecisión, 22.7% para el indicador de Disconformidad con uno mismo y de 19.7% para cansancio y fatiga todas ellas son considerable buena pero aun débil.

A continuación, es necesario explicar que se encontró una diversidad de estudios relevantes que incluían algunas de las variables, lo cual sirvieron como soporte teórico para el desarrollo de la investigación y la contrastación de los resultados. Sin embargo, hasta la fecha no se ha encontrado algún estudio que asocie de manera directa las variables autoestima y depresión, es por ello, la necesidad de continuar profundizando en demostrar la relación que realmente existe entre ambas variables, teniendo en cuenta las características de las poblaciones objeto de estudio para futuras investigaciones.

Referencias

- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., y González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: Prevalencia y factores relacionados. *Revista clínica medica familiar*, 1(7), 14-22.
- Armas Arraéz, M. M. (2016). *Sentido de la vida y afectividad negativa en pacientes con ansiedad y depresión*. Universidad Pontificia de Salamanca. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56676>
- Ceballos Espino, G., Suarez Colorado, y Suescún Arregocés, J., Gamarra Vega, L. M., González, K., y Sotelo Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Martha. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 1(12), 15-21.
- De Withe, E. (1893). The Messenger.
- Diaz da Costa, N. J. (2011). La estima propia. *Jesús lloró*. San Pablo, Brasil: Recursos de escuela sabática. Recuperado el 9 de agosto de 2019, de www.escuelasabatica.cl/2011/tri1/lecc9/2011-01-09comentarioCPB.pdf
- Güell Barcelo, M., y Muñoz Rendon, J. (1999). *Descónocete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional* (Primera ed.). Barcelona, España: Paidós.
- Guerrero López, J. B., Heinze Martin, G., Ortiz de León, S., Cortés Morelos, J., Barragán Pérez, V., y Flores Ramos, M. (2013). Factores que predicen depresion en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*, (149), 598-604.
- Guerrero Sánchez, J. M., y Sánchez Angulo, J. G. (2015). Factores predictores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicologia y salud*, 25(1), 57-71. Obtenido de https://www.academia.edu/23586043/Factores_protectores_estilos_de_vida_saludable_y_riesgo_cardiovascular
- Hernández Bringas, H., Martuscelli Quintana, J., Moctezuma Navarro, D., Muñoz Garcia, H., y Navarro Robles, J. (2015). Los desafíos de las Universidades de America

- Latina y el Caribe ¿Qué somos y a dónde vamos? *Perfiles educativos*, 37(147).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación Científica* (Sexta ed.). Mexico: MacGraw Hill.
- Jimenez Molina, A., Rojas, G., y Martínez, V. (s.f.). Obtenido de CIPER: <https://ciperchile.cl/2019/03/11/problemas-de-salud-mental-en-estudiantes-universitarios-i-consecuencias-de-la-sobre-carga-academica/>
- Martínez Ortiz, E., y Castellanos Morales, C. (2013). Percepción de sentido de la vida en universitarios colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 71-82.
- Mckay, M., y Fanning, P. (2002). *Autoestima - Evaluación y mejora*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Mézeville, G. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés* (Primera ed.). Mexico: Trillas.
- MINSALUD (2017). Depresión. *Boletín de salud mental (1)*. Bogota, Colombia: Paz equidad educación. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Morales Angeles, M. F. (2016). *Sintomatología de anorexia nerviosa, autoestima, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios*. Ecatepec de Morelos: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado el 6 de julio de 2019
- Morán, M. C., Finez, M. J., y Abascal, E. G. (2016). Sobre la felicidad y su relación con tipos y rasgos de personalidad. *Clinica y salud*, 28(2), 59-63. doi:10.1016/j.clysa.2016.11.003
- Pacheco Cocom, D. M. (2005). La depresión en el ministerio adventista del séptimo día de las Uniones Interoceánica y sur de México. Una aproximación de sus causas, incidencia y posibles soluciones. *Project documents* 328. Obtenido de [Digitalcommonsandrews.edu/dmin/328](https://digitalcommonsandrews.edu/dmin/328)
- Peidmont, R. L. (2010). Assessment of spirituality and religious sentiments, technical manual. Maryland, Estados Unidos. Obtenido de <https://www.psyciencia.com/personalidad-autoestima-espiritualidad-y-religiosidad-desde-el-modelo-y-la-teoria-de-los-cinco-factores-pdf/>
- Pope, A. W., Mchale, S. M., y Craighead, E. (2001). *Self-Esteem Enhancement with children and adolescents*. Elsevier Science and Technology Books.
- Roca, E. (2013). *Autoestima Sana. Una visión actual basada en la investigación* (Segunda ed.). Valencia, España: ACDE Ediciones.
- SEP. (2013). *Ética profesional del magisterio*. México, D.F. Recuperado el 9 de Marzo de 2016
- Simkin, H., y Azzollini, S. (2015). Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores (FFT). *PSICIENCIA Revista latinoamericana de Ciencia*, II (7), 339-361. doi:10.5872/psiencia/7.2.61
- Smidema Malonda, y Barahona Esteban, M. N. (2018). Autoestima y sentido de la vida en estudiantes universitarios. *Cauriencia*, XIII, 39-55. doi:10.17398/2340-4256.13.39
- Tarozana Cervantes, D. (2013). Psicología y lucha contra la pobreza. Revisión y propuestas desde la psicología social-comunitaria. Recuperado el 5 de julio de 2019, de <https://www.slideshare.net/daxtc/psicologia-y-lucha-contrala-pobreza>.
- Toledano-Toledano, F., y Contreras - Valdez, J.A. (2018) Validity and reliability of the Beck Depression inventory II (BDI-II) in family caregivers of children with chronic diseases. *PLoS ONE*, 13(11). doi.org/10.1371/journal.pone.0206917
- Vázquez Morejón, A., Vázquez Morejón Jimenez, R., y Bellido Zanin, G. (2013). Fiabilidad y validez de la escala de autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis.

Apuntes de psicología, 31(1), 37-43.
Recuperado el 21 de agosto de 2019, de
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/296>

CALIDAD DE SUEÑO, SOMNOLENCIA DIURNA Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MÉDICO CIRUJANO EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DEL NORTE DE MÉXICO

Luis Arturo Ramón Sotelo³
Tomas Felipe Cahuich Cahuich⁴
Shayam Fernanda López Calderón⁵

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer los efectos en la somnolencia diurna en estudiantes con respecto a la calidad de sueño, y los niveles de ansiedad presentados en estudiantes universitarios de octavo semestre de la carrera de médico cirujano de la Universidad de Morelos, en Nuevo León, México. El estudio realizado fue del tipo cuantitativo, transversal, ex post facto y descriptivo correlacional en la que se trabajó con una muestra de 83 estudiantes que de manera voluntaria participaron de la investigación. Los instrumentos que se emplearon fueron el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, la escala de somnolencia de Epworth y el inventario de ansiedad de Beck. Se trabajó con 43 mujeres (51.8 %) y con 40 hombres (48.2 %). Se encontró que, en general, los estudiantes tienden a tener una calidad de sueño que merece atención médica (44.6%), asimismo, el 61.4 % presenta somnolencia normal y que los estudiantes en su mayoría tienen niveles de ansiedad leve (49.4%). Se halló asociación entre la calidad del sueño y la somnolencia diurna excesiva, al igual que se encontró relación entre la calidad de sueño y los niveles de ansiedad.

Palabras clave: calidad de sueño, somnolencia diurna, ansiedad

ABSTRACT

The objective of this study was to know the effects on daytime sleepiness in students with respect to the quality of sleep, and the levels of anxiety presented by eighth semester university students of the career of medical surgeon at the University of Morelos, in Nuevo León, México. The study that was carried out was of the quantitative, cross-sectional, ex post facto, and correlational descriptive type, in which it was worked with a sample of 83 students who voluntarily participated in the study. The instruments used were the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Epworth Sleepiness Scale, and the Beck Anxiety Inventory. It was worked with 43 women (51.8%) and 40 men (48.2%). It was found that, in general, students tend to have a quality of sleep that merits medical attention (44.6%), likewise, that 61.4% of students present normal drowsiness and that the majority of students have mild anxiety levels (49.4 %). An

³Luis Arturo Ramón Sotelo, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad Morelos, Nuevo León, México, ramonlui@um.edu.mx

⁴Tomas Felipe Cahuich Cahuich, Catedrático de la Facultad de Educación, Universidad Morelos, Nuevo León, México, tomca@um.edu.mx

⁵Shayam Fernanda López Calderón, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Morelos, 1160615@alumno.um.edu.mx

association was found between sleep quality and excessive daytime sleepiness, as well as a relationship between sleep quality and anxiety levels.

Key words: sleep quality, daytime sleepiness, anxiety

Introducción

Como sociedad estamos conscientes del gran impacto que surte el sueño sobre la vida de las personas. Los efectos de este no se limitan al propio organismo, si no que afecta el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad, por medio de múltiples vías, es un componente necesario para el restablecimiento y el equilibrio de los niveles adecuados de la actividad cerebral. De manera especial, un buen sueño es vital para el buen funcionamiento de la memoria; no sólo en su consolidación, sino también en procesos mucho más complejos, como la integración de la información recordada en redes corticales, la extracción de cuales permiten al ser humano recordar la esencia de las experiencias, más que los detalles (Sáez et al., 2013).

La somnolencia excesiva diurna (SED) y la mala calidad del sueño son consideradas problemas de salud pública en la sociedad occidental, que afectan al estado de ánimo y el rendimiento laboral y académico. Según (Sierra et al., 2002) la SED se define como un nivel de somnolencia diurna que interfiere con la atención, caracterizado por menor tiempo de reacción, errores por omisión, problemas de memoria y pérdida de información, con lo que se afecta el desempeño normal del individuo. Puede causarla en gran medida la mala calidad de sueño y repercute directamente en la funcionalidad del individuo.

El sueño es parte del ciclo diario del cuerpo. Los estudios observacionales y experimentales han demostrado que la corta duración del sueño y las alteraciones del sueño están asociadas con un bajo rendimiento de las tareas diarias del cuerpo, trastornos depresivos, problemas de memoria, problemas académicos rendimiento, de la motivación, pensamientos suicidas, obesidad y morbilidad cardíaca. Los trastornos psiquiátricos, que incluyen estado de ánimo y ansiedad. los trastornos del sueño se han sugerido como las principales causas de discapacidad a nivel mundial

y estos son características comunes de trastornos del estado de ánimo, el más frecuente de los cuales es somnolencia diurna excesiva. (Concepción et al., 2014).

Es un hecho que los alumnos universitarios tienden a manejar rutinas desfavorables de sueño y tienden a tener niveles de ansiedad relativamente altos, pero ¿qué tanto les afecta durante el día? Esa es la pregunta que se busca contestar. Se considera que los estudiantes universitarios manifiestan una tendencia a la privación del sueño autoimpuesta que deriva en algún trastorno del sueño tal como lo sería el caso de la SDE con las alteraciones cognitivas y comportamentales que este trastorno implica. Al respecto, se ha postulado incluso que el 21 % de los estudiantes universitarios duerme poco (menos de 6 horas, el 6 % y entre 6-7 horas el 15 %) (De la Portilla Maya et al., 2019).

Se ha demostrado en la universidad pública de Manizales en Colombia que luego de la privación del sueño solo se logra recuperar un tercio del tiempo total perdido dentro de la totalidad del sueño lento y solo un 30 al 50 % del sueño de movimientos oculares rápidos (MOR o REM). De hecho, reducciones diarias relativamente modestas del tiempo de sueño —aproximadamente entre 1 o 2 horas— pueden acumularse a través de los días para inducir lo que se ha denominado una deuda crónica de sueño; la cual puede conducir al problema de la SDE (De la Portilla Maya et al., 2019).

En una investigación sobre el insomnio, latencia y cantidad de sueño en estudiantes universitarios chilenos tuvo como resultado que al comparar la somnolencia diurna, insomnio, latencia al sueño y cantidad de horas de sueño entre periodo de clases y exámenes se observa un incremento significativo en la latencia al sueño ($p < 0,05$) durante el periodo de exámenes; al diferenciar por sexo, las mujeres incrementan significativamente la latencia al sueño en periodo de exámenes; en cambio, en los hombres se observa una disminución de las horas de sueño en el periodo de exámenes. (Agüero et al., 2017).

Los estudiantes con niveles de ansiedad elevados se llenan de pensamientos negativos con respecto a sus deficiencias académicas y tareas mal efectuadas (Rivas-Martínez, 1997). Contreras et al. (2005) establecen que la ansiedad es un mediador entre el rendimiento académico y la autoeficacia; además, índices positivos de autoeficacia generan bajos niveles de ansiedad (Quintero Montelongo et al., 2009), en tanto que los estudiantes que se perciben como poco auto eficaces generan mayor ansiedad, lo que repercute en un bajo rendimiento académico (Contreras et al., 2005).

De acuerdo con Agüero et al. (2017), en periodo de exámenes se incrementa significativamente la latencia al sueño, en especial en mujeres; en hombres se observa una disminución de las horas de sueño. Finalmente, las mujeres presentan un mayor riesgo de somnolencia diurna; en cambio, la ausencia de insomnio es un factor protector. Es necesario que las universidades realicen educación en los estudiantes sobre higiene de sueño y la importancia de este en la salud en general y el rendimiento académico.

En relación con la calidad del sueño, se encontró en un estudio (Cancino Borbón y Monterrosa Castro, 2018) que 7 de cada 10 mujeres con ansiedad eran malas dormidoras [Pittsburg: 7.0 ± 3.3], a diferencia de 3 de cada 10 que no presentan ansiedad [Pittsburg: 4.4 ± 1.1], $p < 0.001$. Igual diferencia se observó en los siete componentes de la escala.

La calidad del sueño fue peor en un grupo de mestizas caribeñas colombianas en climaterio que informaron presentar ansiedad que otras que no informaron ansiedad. De acuerdo con otro estudio (Miró et al., 2006), el ánimo deprimido es la variable que guarda una relación más estrecha con los procesos del sueño. Incluso en una muestra no clínica sus puntuaciones son moduladas tanto por la cantidad como por la calidad subjetiva de sueño. La ansiedad se relaciona aquí con la calidad del sueño.

Según una investigación (Claros González et al., 2012). la falta de sueño, afecta el entorno de los estudiantes, alteran su estado de ánimo, los incomoda y genera sensación de irritabilidad, el ser en sí mismo se siente confundido y desorientado, no se explica por qué se generan cambios en el estado de ánimo, se genera un vacío y un estancamiento

emocional, no se encuentra salida de la realidad, no hay una ruptura de la cotidianidad del día, se genera un nuevo inicio de las actividades sin tener un alivio, una restauración, un descanso. Se ha reportado que la privación de sueño produce alteraciones en la salud, la seguridad y la productividad.

Un estudio epidemiológico a gran escala de rasgos del sueño y CPD (Common Psychiatric Disorders) entre los jóvenes adultos tailandeses demostró que las probabilidades de CPD entre los estudiantes con el cronotipo nocturno fueron más de tres veces mayor en comparación con los tipos de la mañana. Estudiantes con mala calidad del sueño y aquellos que tienen un día somnolencia excesiva tenía respectivamente cinco y dos veces mayores probabilidades de CPD que sus contrapartes (Haregu et al., 2015).

La pobre calidad del sueño y la somnolencia diurna se presentan en diferentes áreas del dominio y disciplinas, y no solo en los pregrados en salud. Se requiere una mayor educación en la relación con la higiene del niño. Existe una dependencia entre la SDE y una baja calidad de sueño. (De la Portilla et al., 2019).

Con el sueño se produce una ruptura de las relaciones con el mundo exterior, con cambios en el nivel de conciencia, las funciones vegetativas, metabólicas, hormonales, la movilidad y el tono muscular. No se duerme de cualquier manera, el sueño está mediado por factores biológicos (genético, edad, estado de salud) y culturales (costumbres, prácticas y pautas de crianza, compromisos académicos, familiares y laborales), la genética y las tradiciones recibidas de las generaciones anteriores determinan cómo dormir, con quién y dónde, lo cual puede hacer que factores genéticos de ansiedad puedan influir en su calidad de sueño.

Dentro de los factores biológicos se encuentran; los denominados patrones de sueño, que son el conjunto de información cuantificable sobre los ritmos temporales, estructurales y fisiológicos de ciclo sueño-vigilia y donde la cantidad necesaria de sueño en el ser humano está condicionada por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento (Claros González et al., 2012)

Método

El estudio que se realizó fue del tipo cuantitativo, transversal, *ex post facto* y descriptivo correlacional; el propósito principal de dicho estudio es conocer los efectos en la somnolencia diurna en estudiantes con respecto a la calidad de sueño, y los niveles de ansiedad presentados, así como especificar las características.

Muestra

La muestra se encuentra compuesta por 83 alumnos inscritos en la carrera de médico cirujano de una universidad privada del norte de México. La selección de los participantes se realizó a partir de un muestreo no probabilístico, siendo un total de 51.8% mujeres y el 48.2%, hombres.

Instrumentos

Con el propósito de medir las variables se utilizaron tres instrumentos. El primer instrumento, cuyo propósito es medir la calidad de sueño, es el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP). Este instrumento consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 preguntas evaluadas por el compañero de cama (estas últimas son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del PSQI, y no fueron utilizadas en esta investigación. Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, agrupados en 7 componentes del sueño: calidad; latencia; duración; eficiencia; alteraciones; uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 se obtiene la puntuación total del PSQI, que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Esta variable es de escala métrica (Luna Solís et al., 2016).

El instrumento que se utilizó para medir los niveles de ansiedad fue el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Este instrumento es uno de los más empleados en población clínica y no clínica para evaluar sintomatología ansiosa. Esta escala está conformada por cuatro factores, los cuales son: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y síntomas vasomotores. La consistencia interna demuestra un alfa de Cronbach de 0.82 (Vázquez et al., 2015). Este instrumento de autoevaluación consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. El BAI ha

demostrado una alta consistencia interna (alfas superiores a 0,90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0,60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0,50). Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos (Díaz Barriga y Rangel, 2019).

Finalmente, el instrumento usado para medir la somnolencia diurna es la Escala de Somnolencia de Epworth. Esta escala es un cuestionario autoadministrado y validado que se utiliza para valorar la probabilidad de que el sujeto se quede dormido durante el desarrollo de ocho actividades sedentarias, calificadas entre 0 y 3, las cuales son: sentado y leyendo; viendo televisión; sentado, inactivo en un lugar público; como pasajero de un carro en un viaje de 1 hora sin paradas; estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten; sentado y hablando con otra persona; sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol y en un carro estando parado por el tránsito unos minutos. Después de otorgarle el valor correspondiente a cada ítem, se suman las respuestas, donde la cantidad mínima es de 0 y el máximo es de 24, donde un valor mínimo significa menor somnolencia y a mayor puntaje mayor somnolencia (Sandoval Rincón et al., 2013).

Recolección de datos

Para llevar a cabo este estudio, lo primero que se llevó a cabo fue la identificación de ambos grupos de octavo semestre, que se dividen en el grupo A y B. Posteriormente se reunieron los consentimientos informados por los alumnos.

Resultados

En este estudio participaron 83 estudiantes, 43 mujeres (51.8%) y 40 hombres (48.2%). Las edades estaban comprendidas entre 20 y 34 años, de los cuales predominaban en un 47.0% los estudiantes de 21 años.

El primer análisis realizado fue determinar posibles diferencias entre hombres y mujeres en las distintas puntuaciones proporcionadas por el índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, Escala de Somnolencia de Epworth y el Inventario de

Ansiedad de Beck. Dado que la prueba de homogeneidad de las varianzas demuestra que éstas no son significativamente diferentes, podemos concluir que el sexo no marca una diferencia en la sintomatología. La calidad del sueño es igual entre hombres y mujeres ($t_{(77.9)} = 0.704, p = 0.483$).

Con respecto a la somnolencia diurna, al realizar la comparación según el sexo se observó que ninguno de los dos presenta una mayor somnolencia diurna. La somnolencia diurna es igual entre hombres y mujeres ($t_{(81.0)} = 0.743, p = 0.460$).

Al igual que en los niveles de ansiedad, no se encuentra diferencia significativa de la ansiedad y el sexo de los participantes. Los niveles de ansiedad son iguales entre hombres y mujeres ($t_{(81.0)} = 0.455, p = 0.651$).

La muestra de 83 personas revela que el 18.1% no presenta problemas de sueño, el 44.6% merece atención médica, el 32.5% merece atención y tratamiento médico y el 4.8% presenta problemas de sueño grave, lo que nos indica que la mayor parte de esta población necesita atención médica, pero sin necesidad de tratamiento médico.

De acuerdo con las correlaciones el 61.4% presentan niveles de somnolencia normal, el 10.8% tuvo somnolencia marginal y el 27.7% presento somnolencia excesiva.

La muestra de niveles de ansiedad revelo que el 22.7% presenta ansiedad mínima, el 49.4% tuvo ansiedad leve, 20.5% con ansiedad moderada y el 2.4% con ansiedad severa.

Prueba de hipótesis

HO1: No existe relación entre la calidad de sueño y la somnolencia diurna, en estudiantes universitarios de la carrera de medicina.

Existe correlación lineal significativa entre la calidad y la somnolencia diurna ($\rho: .421, p = .001$). Esta correlación es medianamente fuerte y positiva, lo que significa que a mayor puntaje de calidad de sueño (desvelarse, mala higiene del sueño, etc.), mayor será la somnolencia diurna y a menor calidad de sueño menor será la somnolencia diurna.

Existe correlación lineal significativa entre la somnolencia y la ansiedad ($\rho = .357, p = .001$). Esta correlación es medianamente fuerte y positiva, lo que significa que ha mayor puntaje de somnolencia diurna, mayores serán los niveles de

ansiedad y a menor somnolencia diurna menor será la ansiedad.

HO2: No existe relación entre la calidad de sueño y la presencia de ansiedad, en estudiantes universitarios de la carrera de medicina.

Existe correlación lineal significativa entre la calidad de sueño y la ansiedad ($\rho = .422, p = .001$). Esta correlación es medianamente fuerte y positiva, lo que significa que ha mayor puntaje de calidad de sueño (Desvelarse, mala higiene del sueño, etc.), mayores serán los niveles de ansiedad y a menor calidad de sueño menor será la ansiedad.

Discusión

La presente investigación se centró en el análisis de la calidad de sueño, la somnolencia diurna y la ansiedad, principalmente manifestados desde la percepción de los estudiantes de médico cirujano de una universidad privada del norte de México.

Los resultados mostraron que los estudiantes no tienen en gran porcentaje problemas graves de sueño (4.8%), pero sí una calidad de sueño que necesita atención médica (44.6%). Se evidenció que la calidad de sueño es igual entre hombres y mujeres, por lo cual el sexo no marca una diferencia significativa en la sintomatología.

Es importante que las personas que presentan baja calidad del sueño reciban atención y tratamiento médico, puesto que diferentes estudios han demostrado la asociación entre la baja calidad del sueño con diferentes trastornos de salud mental como fallas cognitivas, atencionales y ejecutivas, dificultades emocionales relacionadas con ansiedad, depresión, irritabilidad, así como riesgo físico y cardiovascular entre otros (De la Portilla Maya et al., 2019).

Los resultados encontrados en la presente investigación, en relación con la calidad del sueño, coinciden con los hallazgos de un estudio realizado en Chile (Agüero et al., 2017) que tuvo como objetivo conocer la calidad del sueño en los estudiantes de medicina de la Universidad San Sebastián mediante la evaluación del PSQI y registrando las horas de sueño en el último mes. Entre los hallazgos se estableció que al menos el 83,0% de las personas que participaron de dicha investigación eran “malos dormidores” con disfunción leve del sueño, así como que al menos un

53,8 % dormía menos de 6 horas diarias en promedio (Ripp et al., 2015).

De acuerdo con una investigación (De la Portilla et al., 2019) en la que se incluyeron estudiantes de diferentes programas de pregrado, no solo del área de la salud, coinciden con lo señalado en otros estudios en los que se refiere que la privación crónica del sueño, la mala calidad del sueño y la presencia de la SDE, son comunes entre los estudiantes universitarios y de manera especial entre los estudiantes de medicina.

En el caso de la SDE se pudo demostrar que los alumnos presentan niveles de somnolencia normal, así como somnolencia marginal y excesiva por lo que podríamos rechazar nuestra primera hipótesis nula porque existe correlación lineal significativa entre la calidad de sueño y la somnolencia diurna excesiva en los estudiantes de médico cirujano de octavo semestre de la universidad de Morelia. Puesto que se demostró que, los alumnos presentan niveles elevados de mala calidad de sueño, y esto ha repercutido en la somnolencia que presentan a diario.

Otro factor que se debe considerar en los jóvenes es la desincronización circadiana, comúnmente inducida por trabajo/horarios escolares, conocida como jetlag social.

El jetlag social se asocia con peor salud, incluyendo un mayor riesgo de sobrepeso/obesidad, independiente del sueño de poca cantidad de horas, que se ha asociado con el incremento de riesgo de obesidad y enfermedades crónicas (Wittmann et al., 2006).

Cabe recalcar que en este estudio no se evaluó horas dormidas fuera del horario nocturno, horas de guardias realizadas, carga horaria por curso y el consumo o uso de sustancias que alteren el desempeño del estudiante.

Para el caso de la SDE no se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar entre sexo, lo que se distancia de lo reportado por Tlatoa Ramírez et al. (2015) en el que los hombres presentaron un riesgo 4 veces mayor al de las mujeres de padecerla.

Los resultados de esta investigación coinciden con otros estudios en los que se ha indicado dependencia entre pobre calidad del sueño y

somnolencia diurna moderada o grave (Owens, 2014).

De acuerdo con los datos del BAI se demostró que los estudiantes tienen niveles de ansiedad leve mínima, leve, moderada y severa por lo cual podemos rechazar la segunda hipótesis nula porque los alumnos presentaron necesidad de atención médica en sus hábitos de calidad de sueño y tuvieron niveles de ansiedad que sostienen la correlación (Spearman's rho 0.422). Por lo tanto, hay una correlación lineal significativa entre ambas variables que pueda afirmar que la calidad de sueño es una posible predictora de los niveles de ansiedad o viceversa. También se demostró que los niveles de ansiedad son iguales tanto en hombres como en mujeres (0.01 p-value) por lo cual el sexo no es un factor que cause algún tipo de diferencia significativa.

Por ende, las correlaciones de este estudio se hicieron con base en más investigaciones. Un aporte relevante de este estudio es la correlación entre la somnolencia y los niveles de ansiedad. Se demostró que existe correlación lineal significativa entre estas variables (Spearman's rho 0.357). Esta correlación es medianamente fuerte y positiva, lo que significa que ha mayor puntaje de somnolencia diurna, mayores serán los niveles de ansiedad y a menor somnolencia diurna menor será la ansiedad.

Entre los posibles factores que inciden sobre el estrés del alumnado se pueden nombrar el estilo de vida universitario, cambios de horarios de clases, de estudios, periodos de pruebas y exámenes. Además, los estudiantes pueden ser más susceptibles a los cambios en horarios debido al desarrollo incompleto del sistema neuroendocrino, dado por su edad, lo cual da como resultado una hipersecreción de cortisol en el pre-sueño, que afecta el retraso del inicio de sueño, así como favorece el aumento de la ansiedad y depresión (Forbes et al., 2006).

Conclusiones

En los hallazgos reportados en la presente investigación se encuentra que los estudiantes participantes tienden a presentar somnolencia leve o moderada en general; una calidad de sueño que merece atención médica, así como niveles de ansiedad leve en su mayoría.

En conclusión, se encontró asociación entre la calidad del sueño y la somnolencia diurna excesiva,

al igual que se encontró relación entre la calidad de sueño y los niveles de ansiedad. Es necesario que las universidades realicen educación en los estudiantes sobre higiene de sueño y la importancia de este en la salud en general y el rendimiento académico.

Se obtuvieron tasas de incidencias relevantes para el estudio de hábitos de sueño de los alumnos de Medicina Humana (tales como uso de medicamentos, calidad de sueño subjetiva percibida, episodios de somnolencia, etc.) con lo cual se puede acceder a profundizar la investigación sobre las variables expresadas. Se recomienda integrar nuevas variables que incluyan la existencia o no de siestas diurnas, así como rendimiento académico.

Referencias

- Agüero, S. D., Rosales Soto, G., Moya Cantillana, C. y García Milla, P. (2017). Insomnio, latencia al sueño y cantidad de sueño en estudiantes universitarios chilenos durante el periodo de clases y exámenes. *Salud Uninorte*, 33(2), 75–85.
- Cancino Borbón, D. y Monterrosa Castro, A. (2018). Presencia de ansiedad y calidad del sueño de mujeres mestizas climatéricas de cartagena, ciudad de la Costa Caribe Colombiana. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69, 1.
- Claros González, G. A., Rodríguez Villalobos, A. C., Forero, D. A., Camargo Sánchez, A. y Niño Cardozo, C. L. (2013). Influencia Familiar en El Hábito Del Sueño en Una Muestra De Estudiantes Universitarios Sanos en Bogotá, Colombia 2012. *Revista Cuidarte*, 4(1), 437–443. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v4i1.2>
- Concepcion, T., Barbosa, C., Vélez, C., Pepper, M., Andrade, A., Gelaye, B., Yanez, D. y Williams, A. (2014). daytime sleepiness, poor sleep quality, eveningness chronotype, and common mental disorders among Chilean college students. *Journal of American College Health*, 62(7), 441–448. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.917652>
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía y Rodríguez, A. (jul-dic, 2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194.
- De la Portilla Maya, S., Dussán Lubert, C., Montoya Londoño, D. M., Taborda Chaurra, J. y Nieto Osorio, L. S. (2019). Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. *Hacia Promoc. Salud*, 24(1), 84-96. Doi:10.17151/hpsal.2019.24.1.8
- Díaz-Barriga, C. G., y Rangel, A. L. G. C. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16.
- Forbes EE, Williamson DE, Ryan ND, Birmaher B, Axelson DA, Dahl RE, (2006). Perisleep cortisol levels in children and adolescents with affective disorders. *Biol Psychiatry*, 59(1), 24-30.
- Haregu, A., Gelaye, B., Pensuksan, W. C., Lohsoonthorn, V., Lertmaharit, S., Rattananupong, T., Tadesse, M. G. y Williams, M. A. (2015). Circadian rhythm characteristics, poor sleep quality, daytime sleepiness and common psychiatric disorders among Thai college students. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7(2), 182–189. <https://doi.org/10.1111/appy.12127>
- Littlehales, N. (2016). Dormir. España: *Editorial planeta*.
- Luna-Solis Y., Robles-Arana, Y. y Agüero-Palacios, Y. (2016). Validación del índice de calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Revista Anales de Salud Mental*, 31(2).
- Miró, E., Martínez, P. y Arriaza, R. (2006). Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Salud Mental*, 29(2), 30–37.
- Owens J. (2014). Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An

- Update on Causes and Consequences. *Pediatrics*, 134(3), 921-932.
- Quintero-Montelongo, M. A., Pérez-Córdoba, E. y Correa-Gutiérrez, S. (2009). La relación entre la autoeficacia y la ansiedad ante las ciencias en estudiantes del nivel medio superior. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19(2), 69-91.
- Ripp, J., Bellini, L., Fallar, R., Bazari, H., Katz, J. y Korenstein, D. (2015). The Impact of Duty Hours Restrictions on Job Burnout in Internal Medicine Residents: A Three-Institution Comparison Study. *Academic Medicine*, 90(4), 494-499.
- Rivas-Martínez, F. (1997). El proceso de enseñanza/aprendizaje en la situación educativa. Barcelona, España: Ariel Planeta.
- Sáez G., J., Santos R., G., Salazar C., K. y Carhuancho-Aguilar, J. (2013). Calidad del sueño relacionada con el rendimiento académico de estudiantes de medicina humana. *Revista Horizonte Médico*, 13(3), 25-32.
- Sandoval-Rincón, M., Alcalá-Lozano, R., Herrera-Jiménez, I. y Jiménez-Genchi, A. (2013). Validación de la escala de somnolencia de Epworth en población mexicana. *Gaceta médica de México*, 149(4), 409-416.
- Sierra, J. C., Jiménez-Navarro, C. y Martín-Ortiz, J. D. (2002). Calidad Del Sueño en Estudiantes Universitarios: Importancia De La Higiene Del Sueño. *Salud Mental*, 25(6), 35-43.
- Tlatoa-Ramírez H, Ocaña-Servín H, Márquez-López M, Bermeo-Méndez J, Gallo-Avalos A. (2015). El género, un factor determinante en el riesgo de somnolencia. *Medicina e Investigación*, 3(1), 17-21. <http://doi:10.1016/j.mei.2014.06.003>
- Vázquez, O. G., Castillo, E. R., García, A. M., Ponce, J. L. A., Avitia, M. Á. Á. y Aguilar, S. A. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51.
- Wittmann, M., Dinich, J., Merrow, M. y Rotenberg, T. (2006). Social jetlag: misalignment of biological and social time. *Chronobiol Int*, 23, 497-509.

ESTUDIO DE CASO DE CONDUCTAS DEPRESIVAS: AUTOCRÍTICA, DESESPERANZA Y SENTIMIENTO DE CULPA

Brenda Tabardillo Vázquez⁶
Anneth Elizabeth Andrade⁷

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo conocer los efectos de la intervención primaria en cuatro sujetos universitarios con conductas depresivas. Los resultados revelan tres conductas presentes en ellos: autocrítica, desesperanza y sentimiento de culpa; también se observó que, las estrategias de intervención, impactan positivamente sobre la mentalidad y la actitud de los sujetos.

Palabras clave: culpa, autocrítica, desesperanza

ABSTRACT

This research aimed to know the effects of the primary intervention in four university subjects with depressive behaviors. The results reveal three behaviors present in them: self-criticism, hopelessness, and feeling of guilt; It is also observed that the intervention strategies positively impact the mentality and attitude of the subjects.

Palabras claves: self-criticism, hopelessness, guilt

Introducción

Dado a que uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en diversos contextos del mundo es la depresión (Murray et al., 2012) el objetivo de este trabajo de investigación es el estudio de cuatro casos de estudiantes universitarios que presentan conductas depresivas.

Según Gómez-Maquet (2010) la depresión se singulariza, esencialmente, por la existencia de un estado de ánimo irritable y/o disfórico y por la falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Además se añaden las alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, disconformidad con uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio o intento de suicidio.

En México, se estima que 8.4% de la población, alguna vez en la vida, ha padecido un episodio de depresión mayor con una mediana de edad de inicio de 24 años. En edades tempranas 2% de la población ha sufrido depresión en la infancia o en la adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida. El primer episodio perdura alrededor de 31 meses, durante los cuales, por lo general, no obtienen tratamiento (Carreón Nieto et al., 2012). Por estas razones, la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Entre las conductas características de la depresión podemos mencionar, en primer lugar, a la autocrítica la cual es concebida como un estilo cognitivo de personalidad mediante el cual el

⁶Brenda Tabardillo Vázquez, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad Morelos, Nuevo León, México, btabardillo@um.edu.mx

⁷Anneth Elizabeth Andrade, anneth.andrade@gmail.com

individuo se evalúa y se juzga a sí mismo; se le considera actualmente de manera multidimensional (Dunkley, et al., 2006 citado en De Rosa et al., 2012) presentando un aspecto disfuncional o desadaptativo y por otra parte un aspecto más adaptativo; en segundo lugar, la culpa que como Etxebarria y Apodaca (citado en Gurevicz y Muraro, 2015) refieren desde los años 60 fue descrita como una ansiedad experimentada ante el temor de la pérdida del amor de personas cercanas o por sentirse responsables del daño causado a un ser amado; la tercer conducta es la ideación suicida y, según Ceballos-Ospino et al. (2015), se entiende como 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, por lo cual, a través de la ideación se puede estar a alerta frente a los riesgos potenciales. Según la Organización Mundial de la Salud (2010) el suicidio es *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado, realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social”*; la quinta conducta se refiere a la desesperanza que ha sido identificada considerablemente como un punto psicológico vinculado con la depresión y central relacionado con el suicidio (Abello Luque et. al., 2016), esta es entendida como las convicciones negativas en relación al futuro, es un esquema cognitivo que potencia sesgos cognitivos para atender y procesar estímulos de forma distorsionada, lo que lleva a intuir que el suicidio es el único remedio, formándose la ideación suicida (Beck et al., 1974). La desesperanza Es un estado de pérdida de la motivación, de la esperanza de alcanzar los sueños, una renuncia a toda posibilidad de que sus propósitos obtengan buenos resultados, asimismo cuando hay desesperanza la persona tiene pensamientos negativos y en general una visión negativa para su realidad, es frecuente que suceda cansancio, agotamiento físico, teniendo pesimismo y tristeza (Delgado Ramirez 2019). La tristeza, también una conducta depresiva, opera en el individuo llevándole a un malestar ocasionado por algún evento previo, como lo puede ser una pérdida de cualquier tipo de una cosa, de una situación, de

un estado, de una persona, una pérdida física; su función parece estar en el procesamiento del acontecimiento previo que llevó a ese estado en el individuo (Cruz Pérez, 2012).

Método

La investigación realizada es de tipo cualitativo. La muestra fue compuesta por cuatro universitarios, 1 del sexo masculino y 3 del sexo femenino. Las carreras a las que pertenecen son Terapia Física y Rehabilitación, Químico de Alimentos y Arquitectura, todos estudiantes de universidades particulares en Morelos, Nuevo León, México. En primer lugar, se recibió el consentimiento de cada sujeto para participar dicha investigación y posteriormente se agendó, con cada uno, la entrevista inicial en la cual se obtuvieron los datos de los sujetos, así como información de la sintomatología depresiva. Estas entrevistas fueron grabadas en audio, con previo consentimiento de los sujetos, esto con el propósito de facilitar el posterior análisis de datos. Precedentemente se agendaron sesiones individuales para llevar a cabo la intervención psicológica en base a las conductas depresivas encontradas en las primeras entrevistas. Las sesiones de intervención fueron, cinco en su mayoría, todas grabadas en audio para estudiar las conductas depresivas y así obtener conclusiones para poder desarrollar estrategias específicas para las mismas y averiguar el impacto de la intervención psicológica. Los resultados de este estudio se presentan utilizando seudónimos para mantener el anonimato de los participantes.

Resultados

A lo largo de las primeras sesiones y el análisis de las entrevistas se exploraron las diferentes etapas, empezando con la niñez, adolescencia temprana y la actualidad, los sujetos declararon mayormente expresiones específicas de tres conductas: autocrítica, culpa y desesperanza. Su análisis se presenta a continuación:

Autocrítica

Sujeto 1

Estudiante del tercer semestre de arquitectura, vive con familiares fuera del campus; su situación y estructura familiar es estable, dentro de lo aceptable socialmente. Sin embargo, exteriorizó que su padre es un poco exigente y muy crítico hacia ella. Declaró

que desde la secundaria empezaron esos sentimientos negativos hacia su persona: *“En la prepa atravesé una etapa como de depresión o algo así porque siempre tengo pensamientos muy negativos de mí acerca de todo lo que hago o lo que soy incluso de mi carácter porque pues mi carácter no está bien así que son cosas que me preocupa todo los días de oye deberías hablar así no debiste haber respondido de esa forma así que creo que son mis pensamientos negativos los que más son diarios en vez de cosas que hayan pasado en un momento pasado.”* Mencionó que en la etapa de preparatoria tuvo un intento de suicidio: *“Realmente me da gracia ese momento de depresión que tuve, pero pues en ese momento intenté suicidarme una vez y me da risa porque ni siquiera eso pude hacer bien, fue algo muy raro no sé porque me intenté tirar de un tercer piso ¡y no me pasó nada! me impresiona hasta la fecha, estoy como que wow.”* Al cuestionarle sobre los motivos respondió: *“Pues siempre me he presionado a mí misma a hacer bien las cosas, siempre que estoy como con proyectos o tareas estoy muy estresada y siento que a veces es todo lo que tenía que dar es más como que nunca estoy conforme conmigo misma”.*

Sujeto 2

Estudiante del último año de la carrera de Químico en alimentos, expresó que tiene antecedentes de ansiedad lo cual lo ha llevado a tener dificultad con las relaciones interpersonales y a dudar de sus capacidades: *“Los primeros años yo tenía la autocrítica y el sentimiento de que yo no tenía las capacidades de estar estudiando lo que estudio y hay ocasiones que todavía me siguen volviendo esos pensamientos”, “No me sentía capaz en mi trabajo”, “Me cuesta expresar lo siento o pienso, me cuesta bastante hacer contacto visual con ciertas personas y en ciertas situaciones por que se que mi cara es muy expresiva y no quiero que las demás personas sepan cómo me siento por que son prejuicios que me hago a mí mismo aunque en verdad no sé lo que la otra persona está percibiendo de mí”, “Ahora que ibas a leer lo que escribí no sé por qué pero tengo por alguna situación me siento que cuando escribo y es algo que alguien más va a leer siento como esa pequeña ansiedad de que es lo que van a pensar de lo que escribí”.*

Sujeto 3

Estudiante de la Carrera de Terapia Física y Rehabilitación, quien sufrió la muerte de su madre sin embargo mencionó que, previo a la pérdida, ya tenía pensamientos negativos hacia su persona, no obstante su situación familiar reciente influyó en su percepción y en su desempeño: *“Tengo miedo a equivocarme y ahora mucho más, siento que dependía mucho de los consejos de mi mamá”, “Ya era insegura y ahora más”, “Ya iba mejorando y me da miedo volver a caer o equivocarme y fallar”, “Siento que yo solita me digo no puedo, no puedo”.*

Sujeto 4

Estudiante del tercer semestre de la carrera de Terapia Física y Rehabilitación, con antecedente de ansiedad y tratamiento psiquiátrico, mencionó que tuvo una niñez normal y regular sin embargo a la edad de 20 años su familia sufrió un intento de secuestro y fue donde inició con síntomas de ansiedad: *“Sufrimos un atentado como familia, nos quisieron secuestrar, de hecho a mí me apuntaron en la cabeza y a mi papá también, y pues si ya tenía crisis de ansiedad me tuvieron que llevar otra vez con el psiquiatra y me diagnosticaron Ansiedad Generalizada y la psicóloga con la que iba me diagnosticó con TDA.”* Mencionó que esa situación la llevó a desertar de la escuela en la que estudiaba y a dudar de su capacidad, hasta llegar a un punto donde llegaron a su mente ideas suicidas: *“Pues de repente me vienen esos pensamientos, en un pasado si lo intenté y ahora siempre trato de evitarlos por que yo se que esa no es la salida, y pues casi siempre puedo contra ellos pero de repente vienen, por que la verdad a veces no me entiendo”.*

Desesperanza

Sujeto 1

En sesión expresó sentimiento de desesperanza y hastío hacia las personas y hacia ella misma: *“Ahora casi no socializo con las personas me da mucha flojera es como ¿para qué? no me dan ganas me meto mucho en mis tareas y cosas así entonces siempre cerca mis proyectos y si tengo amigos y platico con ellos tengo pero personas cercanas solo una amiga”, “me frustra mucho no lograr las cosas que tengo planeadas”, “Si siento que no merezco*

que me halaguen”, “Que me digan que todo está bien no cambia nada”.

Sujeto 2

Las conductas o expresiones referentes a la desesperanza se encontraron en relación a su acercamiento y experiencias negativas con otras personas y en su familia *“Me siento frustrado por que ella (su madre) me mira de una manera que ya no soy”, “Creo que mi opinión no cuenta”, “Siento que me trataron como bote de basura”, “No todas las personas van a estar ahí para ayudarte es por eso que mejor no pido ayuda”.*

Sujeto 3

“He bajado mi nivel y creo que voy hacia atrás”, “Creo que mi familia no me ayuda y no me va a entender”, “Tengo muchos pensamientos en mi mente y no me puedo concentrar, siento que no voy a poder con la escuela”.

Sujeto 4

Su sentimiento de desesperanza reside en su situación familiar, pues mencionó que se han tenido “choques” sus abuelos y tíos con su padre: *“Nunca han querido mis abuelos a mi papá, entonces eso hace que no tengamos una buena relación, la verdad me da mucho sentimiento pero creo que ya no tiene remedio”, “Pues si nos juntamos todos pero ya no es como antes, mis abuelos ya no los conozco y mi tío ya es otro, eso me decepciona mucho.”* Otra situación es su ansiedad y el TDA lo cual ha influido, no solo en su desempeño escolar si no en su vida personal: *“Pues el semestre pasado sí llegué a cortarme e inclusive a mordirme esta parte de la mano, porque no podía conmigo misma, estaba muy medicada y sentía que nada me hacía efecto.”* La sujeto comentó posteriormente su apatía hacia la escuela: *“Ya para qué le echo ganas si ya se que voy a reprobar, podría decir que me vale pero es que no quiero tener ansiedad así que mejor que me valga”.*

Culpa

Sujeto 1

En sesión no declaró un detonante específico ante esta conducta sin embargo sí comentó expresiones implícitas: *“Tal vez si, si, con ciertas cosas que hago me siento culpable pero nadie lo sabe, a nadie se las digo; como que yo sé que está mal lo que hice,*

o lo que estoy haciendo pero pues nada más queda ahí”, “Si me afecta mucho lo que me dicen las personas”.

Sujeto 2

Hay una situación específica la cual fue el divorcio de sus padres, el cual ha estado afectando su desempeño, particularmente ha afectado la situación con su madre ya que fue ella quien decidió irse de casa, el sujeto expresó que se siente culpable pues quiere perdonarla sin embargo no sabe cómo decirlo: *“Hay cosas con mi mamá que tengo que mejorar, son cosas que sé que no es resentimiento y las he trabajado y he tenido que madurar pero casi no las he expresado, entonces siento eso de que ya no está mal pero no se como reconectar las cosas y me hace sentir un poco culpable, como que si pero no, esa es mi duda”, “Siempre tuve ese sentimiento de culpa de que no estoy trabajando lo suficiente y no tengo la capacidad pero lo hago por compromiso”, “Hay cosas del pasado que quisiera mencionarle para que vea que ya no me afectan por ejemplo el hecho de que haya tomado ciertas posturas cuando entré a la universidad, y creo que en su momento si se lo hice ver de que no era su responsabilidad que yo le había cargado la mano, y por ejemplo el hecho de que ella fue la que se fue de la casa si lo resentí pero después de un tiempo entendí que ella estaba frustrada, y yo al estar lejos y ser independiente me di cuenta de muchas cosas”, “Me agarró en curva, quería perdonarla pero no supe como y me gustaría decirle pero no se como expresarle cómo me siento”.*

También el sujeto mencionó que su madre regañaba a su hermano y él tomaba esos regaños personales, lo cual empezó a desarrollar en él una culpa no adjudicable: *“Mi mamá se desesperaba mucho con mi hermano y le gritaba y no sé por qué, por alguna razón yo me lo tomaba personal, entonces así pasaron los años y creo que cada vez me sentía más culpable por cosas que yo no había hecho, había comentarios que yo me adjudicaba y son cosas que fueron haciendo mella para llegar a una autoestima que no es muy saludable”.*

Sujeto 3

Los motivos que llevaron al sujeto a tener este sentimiento es el no poder establecer una relación con su padre pues no tiene la misma confianza que

tenía con su madre, al mismo tiempo comentó que siente culpa, pues cree estar defraudando las enseñanzas de su madre: *“Siento que no solo me estoy defraudando a mí misma si no que todo lo que me enseñó mi mamá no lo estoy aplicando”, “Siento que no puedo controlar mis emociones”, “Veo las decisiones que estoy tomando y no me siento bien”, “Me siento culpable porque no le estoy dando el tiempo a mi papá cuando él es el que está aquí”.*

Sujeto 4

Identificó que la razón del sentimiento de culpa es a causa de la ansiedad detectada y a raíz de eso no ha podido realizar algunas actividades: *“Pues cuando me equivoco no me siento culpable por ejemplo con algún paciente o así, pero hay ocasiones que si me siento culpable que por mi culpa no podemos hacer algunas cosas en la casa, por mi ansiedad”, “Cuando hice lo de cortarme y todo eso, siempre pensé que Dios no me puede perdonar, yo tengo la culpa de todo lo que hago”.*

Intervención

De acuerdo a las intervenciones y estrategias aplicadas en sesión estas conductas antes descritas tuvieron cierta dinámica o impacto por lo tanto estas fueron algunas expresiones las cuales señalan un cambio ya sea de pensamiento o actitud por parte de los sujetos:

Sujeto 1

“Pues creo que he descubierto bastante de mi misma y no se que siga después de esto, bueno, sé que lo que sigue es actuar por que ya aprendí mucho pero sigue el momento clave que es actuar y creo que eso puedo hacerlo”, “Ya casi no he pensado cosas negativas por que algo que he hecho también es que he dibujado y eso me relaja y me hace pensar mejor”, “Tal vez debo madurar sentimentalmente para entenderme a mí misma primeramente para poder entender con más exactitud a las demás personas”, “He intentado entender un poco más a las personas por que siempre te mencionaba que me aburrían las personas entonces también traté de evitar ese pensamiento de me aburren y trabajar en eso y así”.

Sujeto 2

“A veces sentía que si expreso lo que siento me voy a ver como un patán, por el pasado o la historia

que tengo pero con estas sesiones pues me di cuenta que son cosas que me pasaron cosas que sentí y aunque ya quedaron en el pasado el hecho de sacarlas te das cuenta de que la intención que tenían no eran las que pensabas por ir yo me empezaba a crear escenarios e historias”, “A veces mi mamá cuando veía algo en mi papá que no le gustaba nos decía este hombre ya no tiene arreglo y de alguna manera me lo creí y hay veces que tengo como un sentimiento o mentalidad a veces de que lo que yo haga no tiene remedio o no lo voy a poder arreglar entonces lo que yo diga no creo que haga un cambio, claro que me di cuenta con estas dos personas que diciendo lo que siento si puedo generar un cambio, solo que como esto es de situaciones de más atrás entonces necesito trabajar más”, “Al momento de expresar lo que siento de una manera más reflexiva por que en orientación no he tenido la oportunidad de expresar ciertas cosas de cierta manera, siempre salía llorando por que si soy muy sensible, yo las cuento como un cuento y ya pero no las cuento como yo la viví o como yo la pensé, entonces creo que están tomando el control de mi historia pero al momento de contarlo a mi manera ya le da la validación de que así fue como pasó”.

Sujeto 3

“Me creo capaz y fuerte por todo lo que he pasado”, “Creo que de todo lo que pasó puedo ver que mi papá es mi base ahora y le puedo contar cosas a él, en la noche le conté que me sentía cansada y estresada, y se que no son las mismas palabras pero me sentí bien hacerlo parte y sé que él también se sintió bien, más que el me dijera fue más que me escuchara”, “Creo que ya sé el motivo de cómo me siento, y es que todo se me juntó, lo de mi mamá, mi familia y la escuela me estresa mucho, todavía no me siento mejor pero ya se de donde viene eso que siento”, “Pues he aprendido a discernir lo bueno de lo malo.”

Sujeto 4

“Pues creo que aprendí que debo perdonarme para estar con la conciencia tranquila, no sabría decir más, tal vez para poder sentir una paz interna y saber que estás bien contigo mismo y con los demás”, “Pues en ese momento me sentí incómoda, ¿Cómo me voy a pedir perdón a mí misma? Pero

pienso que si debo perdonarme”, “Puedo hacer frases y pegarlas para recordarlo, recordar lo que me motiva y cómo hacerlo”.

Discusión

Investigaciones como la de Furr et al. (citado en Fouilloux Morales et al., 2013) han reportado que la depresión afecta cerca del 50% de la población universitaria, demostrando que muchos factores son los que pueden aportar a la presencia de conductas depresivas en los estudiantes, las más comunes son: el bajo desempeño académico, los estresores sociales, problemas económicos y el ajuste inherente a la transición del contexto familiar al ambiente universitario.

Según Vélez et al. (2016), los adolescentes con ideación suicida muestran menor autoconcepto y estrategias de solución positivas, en comparación con los adolescentes sin ideación suicida. Así mismo los adolescentes con síntomas de depresión, como pensamientos disfuncionales elevados y mayor uso de estrategias de solución negativas, tienen mayor posibilidad de reportar ideación suicida. Estudios concretos han comprobado que la desesperanza tiene poder predictivo para la conducta suicida letal y no letal (Inostroza et al., 2015). Se conoce que la ideación suicida es el mejor predictor de un intento de suicidio y, los intentos repetidos a su vez, predicen el cumplimiento del hecho (Jiménez-López et al., 2015). El principal sentimiento o conducta encontrado en los cuatro sujetos fue la autocrítica. Si bien, en estudios anteriores se ha encontrado la relación de la baja autoestima, desesperanza y autoconcepto con la ideación suicida, en este estudio se encontró en dos de los casos la relación de autocrítica con ideación suicida.

La autocrítica en su aspecto funcional tiene un rol importante: evaluar criteriosamente el propio comportamiento para detectar conductas adecuadas e inadecuadas. Sin embargo, en la autocrítica internalizada, que se define como una visión negativa de sí mismo, en comparación con los estándares personales internos, el énfasis no está puesto en la comparación con los demás o en las opiniones que otros tienen acerca de uno mismo, sino en la propia visión de sí mismo como deficiente. Esta percepción autocrítica va más allá

de la concreción de los objetivos propuestos (De Rosa et al., 2012).

En un estudio realizado en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad de Chile, se encontró asociación significativa en escalas de autocrítica y eficacia, tal asociación fue negativa, por lo tanto, se concluyó que a mayor autocrítica tenga una persona, menor será su capacidad de reconocer su estado de salud mental (Rodríguez et al. 2017).

La culpa fue una conducta común en los sujetos, cuando se habla de culpa con efectos negativos. Empieza cuando la persona que se siente culpable siente también la necesidad de arreglar ese daño que realizó debido a la sensación de que actuó de manera errónea con el otro sujeto. Se puede ver la culpa como un proceso en el que intervienen elementos como valoraciones cognitivas, afectivas y comportamientos que discrepan de la escala de valores establecida por la cultura (Etxebarria, 1999).

En una investigación se puso de manifiesto que el sentimiento de culpa entre los estudiantes universitarios de esa muestra fue muy elevado: un 70% lo manifestaba como muy importante hacia los padres y un 54% hacia la sociedad. Más no muestra una relación con la depresión. (i Gomà et al., 2014)

En la investigación realizada por Paez et al. (2016), se comparó la muestra por géneros, la literatura mostró que las diferencias encontradas en las declaraciones clínicas de la depresión en hombres y mujeres se debe a que las mujeres tienden a admitir los sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa, mientras que los hombres tienden a reconocer que sienten fatiga, cambios en el sueño y pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras. En comparación al presente estudio se puede observar el que el género masculino mostró más expresiones de culpa que las féminas evaluadas

La desesperanza es considerada, por algunos autores, como un síndrome de renunciado o desamparo, abarca un amplio espectro de manifestaciones humanas que van desde sentimientos de hastío abandono, culpa, depresión, hasta las ideas fatalistas. Toro-Tobar et al. (2016) afirman en su estudio la correlación estadísticamente significativa entre ideación suicida, desesperanza, depresión y la tríada cognitiva negativa, así mismo afirman que la

ideación suicida es más probable que se presente en personas con desesperanza, visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, como factores cognitivos de la depresión según el modelo explicativo de este trastorno. De hecho, aquello que determina el grado de desesperanza tiene relación con el autoconcepto creado en las relaciones afectivas con personas importantes en la vida, y los antecedentes depresivos a nivel personal y familiar (Andrade-Salazar et al., 2017). Según González et al (2018), la desesperanza conlleva a la baja autoestima y un bajo insight.

Conclusiones

Las referencias analizadas en esta investigación muestran diferentes conductas depresivas y la relación entre ellas. También muestran los porcentajes, no solo de la presencia de síntomas depresivos sino también de la atención que se les da. Según la OMS, el predominio de la depresión alcanza el 8% en las personas jóvenes y cerca de 100,000 personas por año padecen depresión en algún momento de su vida. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje es diagnosticado debido a la falta de capacitación en el personal de salud o a la inconciencia de los síntomas por parte de los pacientes (Montoya et. al 2010). Es por eso que se recomienda una intervención temprana ante cualquier síntoma depresivo por parte de estudiantes universitarios, esto implica la capacitación no solo de personal de salud si no de los docentes puesto que son el primer contacto que los alumnos tienen. Cada vez más pueden surgir diferentes relaciones por esta razón es necesario también que los alumnos tengan consejería y apoyo en su salud mental durante sus estudios.

Mientras que la depresión intensa está singularizada por la persistencia de un cuadro emocional que les impide funcionar en su vida diaria, las conductas aquí estudiadas competen a una esfera del proceso salud-enfermedad que bien atendidas pueden ser superadas con relativa facilidad (Natera y González-Forteza 2012). Esta investigación realiza una contribución a la comprensión de la importancia de trabajar con conductas depresivas, específicamente en jóvenes, sin embargo, se reconoce y considera que no hay suficientes investigaciones de este tipo, por lo tanto, su alcance es limitado.

Referencias

- Abello Luque, D., García-Montaño, E., García Roncallo, P., Márquez-Jiménez, L., Niebles-Charris, J. y Pérez-Pedraza, D. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 299-311.
- Andrade-Salazar, J. A., Duffay-Pretel, L., Ortega-Maya, P. A., Ramírez-Avilés, E. y Carvajal-Valencia, J. E. (2017). Autoestima y desesperanza en adolescentes de una institución educativa del quindío. *Duazary*, 14(2), 1-9.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Carreón Nieto, C. H., Sauza Escutia, R., Martínez Jiménez, S. y Mejía Rodríguez, O. (2012). Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. *Atención Familiar*, 19(1), 12-15.
- Ceballos-Ospino, G. A., Suárez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E. y Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22.
- Cruz Pérez, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(4).
- De Rosa, L., Dalla Valle, A., Rutzstein, G. y Keegan, E. (2012). Perfeccionismo y autocrítica: consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 209-215.
- Delgado Ramirez, R. N. (2019). *Relación entre rasgos de personalidad y desesperanza en los estudiantes de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Perú-Canadá-Tumbes, 2016*

- (Tesis de Pregrado). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, Perú.
- Etxebarria, I. (1999). *Psicología moral y crecimiento personal*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Fouilloux Morales, C., Barragán Pérez, V., Ortiz León, S., Jaimes Medrano, A., Urrutia Aguilar, M. y Guevara-Guzmán, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud mental*, 36(1), 59-65.
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología* 39(3), 435-447.
- González, J. M., Abelleira, C., Benítez, N., Baena, E., Fernández, J. A. y Rodríguez, C. J. (2018). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con Esquizofrenia y autoestigma. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(2), 33-41.
- Gurevicz, M. G. y Muraro, V. (2015). Desarrollos freudianos acerca del sentimiento inconsciente de culpa. In VII ^[1] _[2] Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 303-305.
- i Gomà, H. T., Gelabert, A. S. y Andreu, M. E. (2014). El sentimiento de deuda de los estudiantes universitarios hacia sus padres y hacia la sociedad. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 7(1), 289-307.
- Inostroza, C., Cova, F., Bustos, C. y Quijada, Y. (2015). Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea median la relación entre sintomatología depresiva y conducta suicida no letal en pacientes de salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(4), 231-240.
- Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J. y Angeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-28.
- Montoya, L. M., Gutiérrez, J. A., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E. y Salazar, L. E. (2010) Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev CES Med*, 24(1), 7-17
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Memish, Z. A. (2012). Disability- adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9857), 2197-2223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4
- Natera, G. y González-Forteza, C. (2012). Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Salud Mental*, 35(1), 1-2.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10).
- Organización Mundial de la Salud. (2012). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento.
- Páez, V. C., Gómez, S. M. M., Durán, I. R. C. y Vargas, P. A. D. (2016). Caracterización de la depresión en estudiantes universitarios. *Revista Salud, Historia y Sanidad*, 11(1), 37-50.
- Rodríguez, E., Ruiz, J. C., Valdés, C., Reinel, M., Díaz, M., Flores, J., ... y Tomicic, A. (2017). Estilos de personalidad dependiente y autocrítico: desempeño cognitivo y sintomatología depresiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(2), 102-109
- Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L. y Sarmiento-López, J. C. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.
- Vélez, Y. D., Lorenzo-Luaces, L. y Rosselló, J. (2016). Ideación suicida: síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(2), 1-16.

INDICADORES DE DEPRESIÓN EN JÓVENES UNIVERSITARIOS EN BASE A GÉNERO

Brenda Tabardillo Vázquez⁸
Rebeca Abigail Pérez Larios⁹

RESUMEN

Uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en diversos contextos del mundo es la depresión (Murray et al., 2012). Las estadísticas apuntan a que, en el año 2020, la depresión será el segundo lugar como enfermedad incapacitante. Se estima que uno de cada cinco adolescentes llegará a padecer un cuadro depresivo antes de los 18 años. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo, la escuela, así como la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. El objetivo de la presente investigación es conocer los niveles de depresión en estudiantes universitarios que cursan su primer grado en la Universidad de Morelos. Los resultados de la investigación, arrojaron bajos niveles de depresión en los estudiantes universitarios, algo completamente diferente declarado por investigaciones anteriormente realizadas.

Palabras clave: depresión, adolescentes, estudiantes universitarios

ABSTRACT

One of the mental disorders with the highest prevalence in diverse contexts in the world is depression (Murray et al., 2012). The statistics point out that in the year 2020, depression will be the second place as a disabling disease. It is estimated that 1 in 5 adolescents will get a depressive picture before age 18. Depression can become chronic or recurrent and significantly impede performance at work, school and the ability to cope with daily life. In its most serious form, it can lead to suicide. The objective of the present investigation is to know the levels of depression in university students who are studying their first year at the University of Morelos. The results of the research carried out showed low levels of depression in university students

Keywords: depression, adolescents, university students

Introducción

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o

falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión en adolescente es una problemática social y predictora de problemas

⁸Brenda Tabardillo Vázquez, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad Morelos, Nuevo León, México, btardillo@um.edu.mx

⁹Rebeca Abigail Pérez Larios, estudiante de la Licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Morelos, 1150477@alumno.um.edu.mx

sociales y otros trastornos, por ello es considerada un problema de salud pública (Navarro Loli, 2017). Tomando en consideración la etapa evolutiva de las personas, se ha identificado que en la adolescencia es cuando se inicia el desarrollo de la sintomatología depresiva. Debido a ello, las personas que están en la adolescencia se convierten en uno de los sectores más vulnerables (OMS, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anteriormente mencionaba que el periodo comprendido como adolescencia rondaba entre los 10 a 19 años. Sin embargo, conforme avanza el tiempo, especialista en el área del desarrollo han dicho que los adolescentes comprenden de los 10 a 24 años. Es decir, que la última fase es la adolescencia tardía que abarca de los 17 años en adelante. El informe titulado “*Health for the world’s adolescents*,” publicado por la OMS, refiere que los adolescentes en edades de 10-19 años de ambos sexos, son aquejados por la depresión. Algunos estudios han demostrado que uno de cada dos personas que desarrolla un trastorno mental presenta los primeros síntomas a los 14 años de edad (OMS, 2014). El 26 % de los casos de depresión en adultos iniciaron antes de los 18 años (Benjet, Borges, Medina Mora, Fleiz-Bautista, y Zambrano-Ruiz, 2004). Debido a que la depresión no es atendida de manera adecuada, en los últimos años, se ha relacionado con el suicidio, que es una de las principales causas de muerte entre las personas de 15 a 35 años.

Actualmente la depresión ha ido en aumento, sin importar el género o la edad, este trastorno afectivos se presenta en aproximadamente 350 millones de personas en el mundo ([Organización Panamericana de la Salud, 2012](#)). Cifras dadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (Citado por Fuentes, 2017) dice que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones son hombres y 20.37 millones son mujeres. Asimismo, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.

Según la OMS (2018) las cifras son significativamente altas, por lo cual es una problemática que se debe combatir, ya que aquellas personas que sufren de depresión podrían dejar de

ser funcionales. A pesar de la amplia variedad de tratamientos contra este trastorno afectivo, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe un tratamiento adecuado a sus necesidades.

Método

Este estudio es de tipo cuantitativo; por lo que busca conocer los niveles de depresión que tiene los alumnos de la Universidad de Morelos. Con la finalidad que los estudiantes puedan recibir atención psicológica en un futuro próximo, el estudio, buscó detectar aquellos estudiantes con altos niveles de depresión.

El procedimiento que se siguió, fue solicitar autorización para la aplicación por parte de los coordinadores de las siete facultades de la Universidad de Morelos a través de la elaboración de una carta y consentimiento informado. En el cual se solicitó el permiso para poder aplicar el instrumento de medición a los alumnos de primer grado y de esa manera conocer el grado de depresión. Este fue obtenido por el inventario de depresión de Beck mejor conocido por su acrónimo BDI 1998 (Beck Depression Inventory) la confiabilidad por consistencia interna del BDI es de alfa de Cronbach = 0.87 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, y Varela 1998). Este instrumento es utilizado a nivel internacional para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas. El BDI consta de 21 apartados los cuales son estado de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas, periodos de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral, trastornos del sueño, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocondría y libido.

Una vez otorgado el permiso, por el o la directora de las escuelas y facultades antes mencionadas, se solicitó permiso a algunos docentes para poder tomar tiempo de sus clases el cual se utilizaría para responder el instrumento. Posteriormente, estando frente a los alumnos se daban las instrucciones de cómo responder el instrumento, así como una carta de consentimiento en el cual los alumnos firmaron si deseaban participar en el proyecto de investigación. No se incluyeron en la muestra

aquellos instrumentos que no fueron respondidos correctamente.

Resultados

La investigación se realizó con 126 alumnos que cursan su primer grado en la Universidad de Morelos. De los cuales 61 son mujeres (48%) y 66 son hombres (52%). Las edades estaban comprendidas entre los 17-22 años. La representación por facultades fue la siguiente: Facultad de Psicología (FAPSI) - 13 alumnos, Escuela de Música (ESMUS) - 9 alumnos, Facultad de Ciencias Empresariales y Jurídicas (FACEJ) - 26 alumnos, Escuela de Artes y Comunicación (ARTCOM) -18 alumnos, la facultad de teología (FATAME) - 17 alumnos, Facultad de Ciencias de la Educación (FACED) -27 alumnos y, por último, Facultad de Ingeniería en Electrónica y Telecomunicaciones (FIT) - 16 alumnos.

El objetivo de la presente investigación es conocer los niveles de depresión en estudiantes universitarios. Para poder revisar los datos obtenidos del BDI no se utilizó la forma convencional de corrección para dicho instrumento, esta investigación se basó en los ítems contestados en apartados específicos los cuales fueron estado de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, odio a sí mismo, autoacusación, impulsos suicidas, periodos de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal y capacidad laboral. Dejando a un lado las áreas de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocondría y libido. Se decidió agrupar a los alumnos en tres grupos, el primer grupo está basado en aquellas personas que contestaron de cero a seis ítems de manera positiva, el segundo grupo lo conforman aquellas personas que contestaron de siete a nueve ítems de manera positiva y por último el grupo que contestó de 10 a más ítems de manera positiva.

Los resultados fueron los siguientes: el 75% de la población tuvo bajo niveles de depresión, debido a que se situaron en el primer grupo, contestando de cero a seis ítems de manera positiva. El segundo grupo, que muestra niveles de depresión moderados, lo conforman las personas que contestaron de siete a nueve ítems de manera positiva, los cuales conforman del 14% de la población total. Por

último, el grupo con mayor nivel de depresión, es decir, aquellas personas que contestaron 10 o más ítems de manera positiva, obtuvieron un 11% de la población total.

Los resultados por géneros obtenidos en esta investigación dicen que el grupo con mayor nivel de depresión está conformado por hombres. Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos de cada una de las facultades y escuelas que participaron en el proyecto. En dicha tabla se aprecia la cantidad de alumnos que se situaron en los diferentes grupos.

Discusión

La adolescencia es una etapa llena de oportunidades, exige compromiso con su desarrollo durante la primera década de sus vidas, para ayudarles a superar los peligros y las vulnerabilidades, y prepararlos para alcanzar todo su potencial (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

Los resultados obtenidos en la investigación no concuerdan con estudios previamente realizados, debido a que los niveles de depresión en los estudiantes de la Universidad de Morelos fueron bajos.

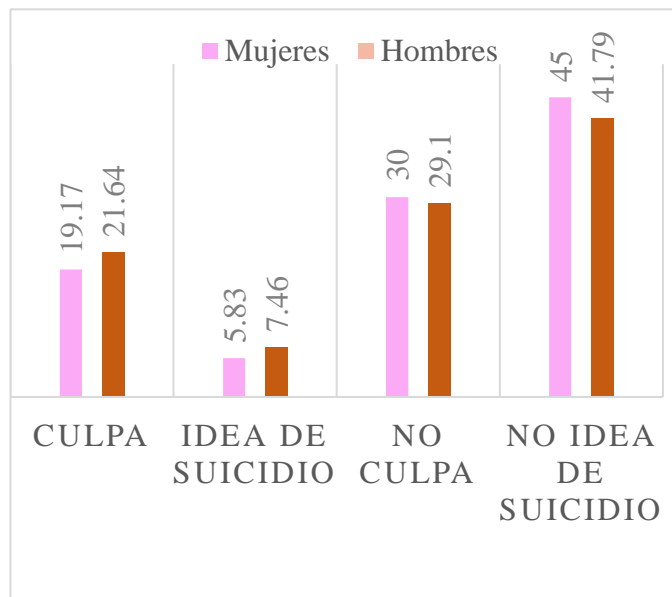
Un estudio menciona que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres; en cambio, los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para el género masculino (Medina Mora et al., 2003). Otro ejemplo es un estudio donde se describe una mayor reacción de síntomas depresivos en mujeres que en hombres (Benjet, et al., 2009).

El 11% de la población que tuvo niveles elevados de depresión, no fueron en su mayoría mujeres como lo encontrado por estos estudios. Por el contrario, se encontraron mayores niveles de depresión en hombres (57%), que en mujeres (43%).

A pesar que no se encontraron altos niveles de depresión en los alumnos de primer año de la Universidad de Morelos, se decidió investigar a fondo dos apartados del BDI, los cuales fueron ideación suicida y culpa. Los resultados obtenidos muestran la existencia de sentimientos de culpa en la población estudiantil, así como también ideación suicida (Figura 1, culpa e ideación suicida).

Como se puede observar, las personas que más presentan ideas de suicidio y sentimientos de culpa

son los hombres. A pesar de que parece ser que las mujeres tienen depresiones más agudas, es necesario señalar que la depresión masculina es una de las principales causas de suicidio en el mundo (Haefel et al., 2007; Merikangas et al., 2011; Mittendorfer-Rutz, 2006; Troister y Holden, 2010). Esto se debe a que los síntomas de la depresión en hombres se llegan a observar como una vulnerabilidad. El pensamiento del género masculino es que debe ser fuerte y soportar el dolor, haciendo difícil reconocer que está triste y necesita ayuda profesional (Rodríguez Calva, 2019). En cambio, en la mayoría de los casos las mujeres buscan ayuda profesional y se expresan emocionalmente, esto hace que sean tratadas por un especialista. La literatura dice que las mujeres adolescentes son más propensas que los hombres adolescentes a las tentativas suicidas. Sin embargo, ellos tienen cinco veces más probabilidades de daños físicos graves o de muerte en sus intentos de suicidio que ellas (Sánchez Teruel y Robles-Bello 2014). Luna Contreras y Dávila Cervantes (2018) refieren que las estadísticas en México dicen que la razón hombre: mujer de suicidios en 2015 fue de 4.02, lo que implica que se presentaron cuatro suicidios en hombres por uno femenino.



Conclusiones

Los niveles de depresión encontrados en los estudiantes de la Universidad de Morelos no fueron similares a otros estudios realizados. Debido

a que se encontraron bajos niveles de depresión y la población que mostró más síntomas fueron los hombres a diferencia de otras investigaciones en las cuales las mujeres son las más propensas a tener niveles de depresión elevados. A pesar de no tener altos niveles de depresión es importante poder detectar a tiempo este tipo de trastorno en los estudiantes universitarios debido a que esta enfermedad podría afectar su rendimiento académico y también personal.

Las recomendaciones que se dan a los docentes y directores de cada una de las facultades y escuelas de la Universidad de Morelos, es que no sólo se preocupen por el rendimiento académico de sus estudiantes, sino también de su salud mental. Aun cuando los niveles de depresión fueron bajos y los pensamientos suicidas también, los alumnos no están exentos de padecer un trastorno afectivo, ya que hay personas que han tenido pensamientos de suicidio y personas que están presentando sintomatología depresiva.

Es importante canalizar los casos de depresión con profesionales en el área de salud mental, así como trabajar para prevenir que más alumnos formen parte de las estadísticas. La depresión ha llegado a ser la primera causa de enfermedad y discapacidad en adolescentes y jóvenes, por lo cual es esencial que los adolescentes puedan tener intervención temprana efectiva para evitar consecuencias negativas

Referencias

- Benjet, C., Borges, G., Medina Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, A. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 155-163.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). La adolescencia Una época de oportunidades. Recuperado de https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_

- [_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011__L_a_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf](#)
- Fuentes, M.L. (2017). México social: depresión, agenda de riesgo. *Excelsior*. 15-17.
- Haefffel, G., Abramson, L., Brazy, P., Shah, J., Teachman, B. y Nosek, B. (2007). Explicit and implicit cognition: A preliminary test of a dual-process theory of cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1155- 1167.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Luna Contreras, M. y Dávila Cervantes, C. A. (2018). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 1–12
- Medina Mora, ME., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F. y Tapia Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública de México*, 45(1), S16-S25.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J-P., Kessler, R., Lee, S., Sampson, N., Viana, M. C. Andrade, L. H., Hi, Ch., Karam, E., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, E. y Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archive General of Psychiatry*, 68(3), 241-251
- Mittendorfer-Rutz, W. E. (2006). Trends of youth suicide in Europe during the 1980`s and 1990`s. *Gender Differences and Implications for Prevention*, 3, 250-257.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C. y Memish, Z. A. (2012). Disability- adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9857), 2197-2223.
- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- Navarro Loli, J., (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Health for the world`s adolescents: a second chance in the second decade. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Salud mental del adolescente. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Panamericana de Salud (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- Rodríguez Calva, P. (2019). El hombre, más propenso al suicidio que la mujer: especialista. *Excelsior*.
- Sánchez Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores Protectores Que Promueven La Resiliencia Ante El Suicidio en Adolescentes Y Jóvenes. *Papeles Del Psicólogo*, 35(3), 181–192
- Troister, T. y Holden, R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman`s theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 689-693.

PROPUESTA PARA EL PROCESO DE CREACIÓN DE UN INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS: DESDE UN ENFOQUE CUALITATIVO

Mar Benedicto Elizondo Smith¹⁰
José Luis Ruiz Regalado¹¹

RESUMEN

La creación de un instrumento diagnóstico de inclusión en instituciones educativas requiere aplicar líneas de acción propias de la investigación-acción y el trabajo de campo. Después de la teoría fundamentada de los cinco ámbitos de inclusión, se ofrece una herramienta que puede facilitar la toma de decisiones para los administradores educativos que buscan una mejora continua y la conducción de su institución hacia estándares de calidad, mediante la consolidación de servicios institucionales para las personas con diferencias.

Palabras clave: inclusión, actitud de colaboración, intervención temprana, diferencia cognitiva, diferencia psicológica, diferencia físico-motora, diferencia socio-cultural

ABSTRACT

The creation of a diagnostic inclusion instrument for educational institutions requires the application of lines of action typical of action research and field work. After the grounded theory of the five areas of inclusion, a tool is offered that can facilitate decision-making for educational administrators who seek continuous improvement and drive their institution towards quality standards, by consolidating institutional services for people with differences.

Palabras claves: inclusion, collaborative attitude, early intervention, cognitive difference, psychological difference, physical-motor difference, socio-cultural difference

Introducción

Esta investigación - acción es uno de los pocos trabajos de campo que se han desarrollado sobre el tema de educación inclusiva en Instituciones de Educación Superior (IES) en Latino América. La inclusión, según Parrilla Latas (2002), supone el reto de crear un espacio de convergencia de múltiples iniciativas y disciplinas. No importando la

diferencia que posea la persona, sea un adulto, un adolescente o un niño. Plantea la posibilidad de nuevas relaciones de personas con o sin discapacidad, basada en la igualdad y la solidaridad. Es una metodología alternativa en la investigación sobre capacidades diferentes, dirigida a hacer oír las voces de las personas discriminadas o excluidas de la sociedad, o de la escuela, así como garantizar su

¹⁰Mar Benedicto Elizondo Smith, Catedrático de la Facultad de Psicología, Universidad de Morelos, Nuevo León, México, mares@um.edu.mx

¹¹José Luis Ruiz Regalado, estudiante de la Licenciatura en Psicología Educativa en la Universidad de Morelos, Nuevo León, México, jlr033@icloud.com

participación. Esta plataforma enfatiza la igualdad por encima de la diferencia, entendiendo que toda diferencia se clasifica en cognitiva, física, psicológica o socio-cultural. El punto de partida y fin a alcanzar de la inclusión es la igualdad inherente a todas las personas, y desde ese motor accionar la igualdad de los derechos humanos que da pie a todo el desarrollo del movimiento inclusivo.

El diseño de un diagnóstico de inclusión favorece el análisis de qué lineamientos de la educación inclusiva están presentes en las IES, desde un enfoque exploratorio para diagnosticar el grado de declaración, apertura, intervención, capacitación del personal y adecuación de infraestructura para atender a personas con Necesidades Educativas Especiales (NEE), con o sin diferencias cognitivas, psicológicas, físico-motora y diferencias sociales y culturales.

La enseñanza, producción y difusión del conocimiento son los tres ejes sustentables de toda IES. Si a esta declaración se agrega el amplio concepto de educación (White 1984); de formar al ser humano de manera integral, atendiendo la dimensión mental, física, moral y social, y preparándolo para el bienestar en el mundo actual y el venidero, se esperaría de manera directa que los distintivos de la educación inclusiva sean significativamente vivenciales en los quehaceres de toda institución educativa.

Sobre la importancia de la inclusión en las instituciones educativas, Mirete Ruiz y Sánchez (2014) comentan que el sorprendente desarrollo de los procesos de inclusión que ha caracterizado a la sociedad en estos últimos años será uno de los rasgos más notables de las futuras décadas, es el principal reto al que la educación del Siglo XXI tendrá que enfrentarse. La actividad de formar profesionales tiene un sitio privilegiado entre todas las funciones que se llevan a cabo en una universidad, por causa de la influencia que ésta tiene en la comunidad, por esa razón es necesaria la elaboración de un instrumento que facilite el diagnóstico y la visualización de las fortalezas o debilidades de los lineamientos de inclusión en una institución formadora de profesionales; para de ahí partir hacia la creación de programas para la formación de profesionales vinculados con la inclusión, programas de reingeniería institucional

para la atención de personas con Necesidades Educativas Especiales, planes estratégicos de desarrollo, la adecuación de la infraestructura para la atención a personas con diferencias, programas de capacitación al personal docente y no docente para asegurar la calidad de los servicios institucionales, y reconsiderar los criterios de evaluación de organismos acreditadores de instituciones de educación superior.

Esto debe tener lugar sobre todo en países como los latinoamericanos ya que la integración y/o Inclusión son elementos de transferencia entre la comunidad y la escuela. Posicionando al centro educativo que vincule estos dos elementos en una plataforma de calidad educativa. Este punto de transferencia es el que dará el rasgo de competitividad a las instituciones de calidad. El panorama de competitividad internacional está moviendo a las empresas y a las instituciones educativas hacia una cultura de excelencia y de calidad, respetando y atendiendo las diferencias en las personas.

Desde el enfoque de la filosofía de la ciencia se torna necesario delinear algunos elementos epistemológicos sobre la problemática social existente en cuanto al desfase operativo entre los esenciales filosóficos de las reformas educativas actuales en Latino América en relación a la integración / inclusión de personas con Necesidades Educativas Especiales y otras diferencias sociales y culturales. La realidad social conlleva a declarar los siguientes factores que acentúan la no correspondencia entre el discurso y la práctica; ya que la casi totalidad de las instituciones proclaman formar al ser humano para beneficio de la sociedad: a) los indefinidos procesos de ingreso de personas con barreras para el aprendizaje y la participación en la educación, b) Poca permanencia en las instituciones educativas de personas con barreras para el aprendizaje y la participación (identidad cultural étnica, por ejemplo), c) la Necesidad de fortalecer la pluriculturalidad en las instituciones educativas, d) Desigualdad de oportunidades para el ingreso de personas con NEE, y e) La necesidad de ajustar y realizar una reingeniería en la infraestructura física de las instituciones educativas. Atender esta problemática conlleva al análisis de condiciones para el desarrollo social, y por lo tanto favorecer el nivel de calidad de vida para un sector

importante de la comunidad. Al diseñar una estrategia metodológica para atender esta realidad, debe perfilarse esta atención desde una dirección científica, con pensamiento diagnóstico, reflexivo y creativo. Ya que las funciones integradoras, tanto en la actividad práctica y valorativa de la institución y el proceso enseñanza-aprendizaje, lo requieren inherentemente para el fortalecimiento de la identidad institucional con los fines educativos que Lev Vigotsky (citado por Fraca de Barrera, 2003) declara que el papel de la educación es crear desarrollos específicos, partiendo de las realidades de los educandos. Esta acción no está ajena a la educación, por lo que, en esta intervención, ambos elementos, tanto el sujeto que interactúa, como el objeto observado, se ven afectados. Cambia el sujeto y a la vez, cambia el objeto de estudio; por lo que, al atender esta realidad con una lente de la dialéctica social, emergen funciones de dirección y de control, a través de la toma de decisiones que a las escuelas les corresponderá atender.

El proceso de tránsito por la educación profesional es una propuesta de calidad de vida, que no debe excluir a las personas con Necesidades Educativas Especiales, pues de acuerdo con White (1984) la educación verdadera va más allá de la terminación de un determinado curso de estudios, prepara al estudiante para enfrentar las adversidades de la vida. Las entidades reguladoras, en la mayoría de los países, desde su Secretaría, Departamento o Ministerio de Educación (según sea el caso en cada país), cumplen su función de normar, certificar y acreditar a las instituciones educativas a quienes les ha cedido la facultad de formar individuos de bien para la sociedad, a través de programas gubernamentales y reformas de sus propias instituciones; por lo que a las universidades les corresponde trascender mediante a) la enseñanza, b) la investigación y c) la difusión de la cultura. Estos tres procesos también existen para regular la calidad de vida de las personas con Necesidades Educativas Especiales, con o sin discapacidad, que corresponde integrar o incluir.

El contexto social de acción en las escuelas está limitado, ya que sólo se toman en consideración, prioritariamente las necesidades de las personas no-discapacitadas. Las personas con algún tipo de diferencia están obligadas a adaptarse al entorno ya

determinado. Existen medidas políticas e institucionales que reconocen sus derechos a la convivencia, pero la realidad es que ese progreso es sólo nominal y esta integración o inclusión educativa queda sólo plasmada en papel en la filosofía, misión, visión y valores institucionales. Las personas con Necesidades Educativas Especiales, con o sin discapacidad, son un “fenómeno social” y su derecho fundamental como lo decreta particularmente para México la Ley General de Educación (1993), es el acceso a la educación, y a una vida en igualdad de condiciones, aun cuando la sociedad (o instituciones) con sus valores, costumbres, intereses, creencias, miedos y fobias; rechaza la integración e inclusión de una diferencia, a la que segrega como inferior. Popper (1984) argumenta que la sociedad abierta es aquella en la que el hombre ha aprendido a ser hasta cierto punto crítico de tabúes, y basar sus decisiones en la autoridad de su propia inteligencia.

Los lineamientos de inclusión están dosificados en los siguientes cinco ámbitos, para asegurar una creciente calidad de vida en la sociedad del Siglo XXI:

- a. Acceso de toda persona: Ofreciendo las facilidades para que todo tipo de persona no sea excluido de cualquier tipo de lugar.
- b. Una actitud de colaboración: Mostrando un espíritu de equidad hacia las diferencias, sobre todo en las dependencias de atención a personas.
- c. La Intervención temprana: Actuando de manera activa desde la manifestación de los indicadores iniciales de una diferencia.
- d. Capacitación del personal: Asegurando que quienes están en línea directa en la atención con personas reciban la capacitación correspondiente a la diferencia.
- e. Adecuación en infraestructura: Atendiendo gradualmente los espacios físicos y modificación en los equipos necesarios para la atención a personas con diferencias.

Diferencias presentes en la inclusión

Cada persona es única. Con su propio esquema de rasgos y elementos distintivos. En la singularidad del ser humano están presentes sus diferencias, que se clasifican en cuatro tipos:

- a. Diferencias cognitivas: propias de quienes manifiestan ausencias o alteraciones en los procesos del pensamiento, la toma de decisiones, el cálculo y demás procesos del aprendizaje.
- b. Diferencias psicológicas: propias de quienes manifiestan algún criterio de conductas psicopatológicas, afectando ámbito de la personalidad.
- c. Diferencias Físico-motoras: propias de quienes manifiestan ausencias o alteraciones funcionales en las extremidades motoras, o en lo visual, auditivo o del lenguaje.
- d. Diferencias Socio-culturales: propias de quienes se identifican en ámbitos etnográficos, comunidades distintivas por su creencia, cultura o subcultura; contextualización de género o brecha generacional.

Elementos contextuales de la inclusión

La idea de inclusión implica aquellos procesos que, según Booth y Ainscow (1998), conducen al incremento de la participación de estudiantes y a reducir su exclusión del currículum común, la cultura y comunidad.

La inclusión no sólo atiende el derecho de determinadas personas a vivir y gozar de las condiciones de vida parecidas a las del resto de los ciudadanos, sino del derecho y la responsabilidad social de construir entre todos comunidades para todos, comunidades que permitan y valoren cualquier tipo de diferencia, basándose en el reconocimiento básico de la igualdad.

La inclusión pretende alterar la educación en todo nivel (no simplemente la educación especial o la educación básica o superior). Impulsa abierta y claramente el proceso de inclusión como un proceso que afecta a una comunidad (se niega la posibilidad de comunidades paralelas, sean sociales o educativas, destinadas a subgrupos específicos de ciudadanos o alumnos, en la que todos han de tener cabida).

Barton (1996) menciona que la educación inclusiva no es simplemente emplazar a los alumnos con diferencias en el aula con sus compañeros

“promedio”; no es mantener a los alumnos en un sistema que permanece intocable, no consiste en que profesores especialistas den respuestas a las necesidades de los alumnos en la escuela regular. La educación inclusiva tiene que ver con cómo, dónde, porqué y con qué consecuencias se educa a todos los alumnos.

Diferencia entre integración e inclusión

La Integración, es la dinámica que se efectúa en los dos primeros ámbitos de la inclusión. Permite la apertura de toda persona con sus diferencias a todo tipo de lugar, esperándose una actitud de colaboración hacia las diferencias. En la integración la persona con diferencias se ajusta a las condiciones contextuales del lugar al que ingresa. Según Sapon-Shevin (1996) Es posible observar este proceso cuando se intenta integrar a alumnos con necesidades y conductas educativas desafiantes, a una institución promedio, dice mucho acerca del centro escolar, que aún con su falta de imaginación, de que están poco equipados, de que se sienten poco responsables de sus actuaciones y, en definitiva, de que son simplemente inadecuados, se prestan a recibir a una persona con diferencias.

La inclusión, según Adirón (2005), es plena (“full inclusion”) cuando, además de permitir el acceso a personas con diferencias y atenderlo con una actitud de colaboración hacia sus diferencias, da evidencia que su personal está capacitado para atender las diferencias, desde la manifestación de los primeros indicadores; así como la adecuación en áreas de la infraestructura, adecuación de equipos que se requerirán para la atención de la diferencia y la adecuación en los procesos y contenidos para que la persona con diferencias pueda internalizarlos en su persona. EL proceso de inclusión muestra donde están los problemas. La plena inclusión no hace sino revelar la manera en la cual el sistema educativo debe crecer y mejorar para dar adecuada respuesta a las necesidades de todo tipo de alumnos”. La inclusión no sólo exige el esfuerzo de acoger en condiciones de igualdad a todos y garantizar su participación en los distintos contextos, sino que traslada esa misma exigencia a la construcción del conocimiento de ello, Parrilla Latas (2002). Es importante observar que las necesidades educativas especiales son aquellas que para ser atendidas requieren (Warnock Report, 1979) medios de

acceso al currículo. Algunas necesidades educativas especiales sólo requieren para ser atendidas una serie de medios, recursos o ayudas técnicas que van a permitir que el alumno pueda seguir en gran medida el currículo común, y van a facilitar su autonomía y proceso de aprendizaje. Los medios de acceso están relacionados con factores físico-ambientales (eliminación de barreras arquitectónicas), la utilización de materiales y equipamiento específico o material adaptado y el aprendizaje de un código aumentativo, complementario o alternativo al lenguaje oral o escrito (lengua de señas, braille, etc). Estas adaptaciones son las modificaciones o ajustes que se realizan en relación con el qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar; es decir, en objetivos y contenidos y su secuenciación, metodología, y criterios y procedimientos de evaluación. Hay que considerar realizar modificaciones en el contexto educativo, estructura social o clima afectivo en el que tiene lugar el hecho educativo. Algunas necesidades educativas requieren cambios en la organización de la enseñanza o en las interacciones que tienen lugar en el aula. Es preciso recordar que muchas necesidades educativas especiales se generan por una enseñanza inadecuada y, aún no siendo así, siempre será necesario revisar aquellos aspectos relacionales y de la enseñanza que dificultan el aprendizaje de los alumnos para introducir las modificaciones necesarias.

Las universidades como gestoras de la integración/inclusión

La inclusión supone una nueva ética, unos nuevos valores basados en la igualdad de oportunidades. La educación inclusiva tiene que formar parte de una política escolar de igualdad de oportunidades para todos. Si es así proporcionará la base para analizar e identificar las fuerzas o los factores que inducen a la exclusión. Los valores que mantiene la inclusión deberían, por ejemplo, educar a los alumnos en la conciencia de la necesidad de participación social de todas las personas y deberían suponer en la práctica la entrada en escena de una generación de ciudadanos comprometidos socialmente en la lucha contra la exclusión. Los valores de la educación inclusiva tienen que ver con abrir la escuela a nuevas voces (los menos familiares) y con

escucharlas activamente, pero también con el respeto y la redistribución de poder entre todos los miembros de la comunidad escolar, incluidos aquellos que tradicionalmente han sido excluidos o mantenidos testimonialmente sin voz y sin voto (Parrilla Latas, 2002). Sacristan (2000) define la inclusión como “una estructura educativa capaz de enseñar con un alto nivel intelectual en clases que son heterogéneas desde el punto de vista académico, lingüístico, racial, étnico y social, de forma que las tareas académicas puedan ser atractivas y retadoras”. Se considera que el trabajo cooperativo puede ser la vacuna contra el bullying. En muchas ocasiones el alumnado sufre problemas de relación social (Díaz Aguado, 2009).

El análisis de los centros educativos en los que se llevan a cabo culturas, políticas y prácticas inclusivas, ofrecen información sobre el tipo de liderazgo y las características de los directores, y sobre las condiciones/factores de los centros y su entorno que les permiten mejorar los centros y promover la inclusión (León, et al, 2018).

Como se ha planteado anteriormente la convivencia escolar se ha venido desarrollando en nuestro medio desde una perspectiva unidireccional que busca dar a conocer al estudiante unas normas de comportamiento y si no las cumple aparece el castigo como solución, situaciones que se reflejan claramente en los manuales de convivencia. Por este motivo la convivencia escolar estudiantil no pasa de ser un concepto abstracto que no tiene ningún significado para los estudiantes y se convierte solamente en unas reglas de comportamiento que hay que obedecer, porque unas personas tienen autoridad y poder (docentes, directivos-opresores) sobre otras que tienen que obedecer (estudiantes-oprimidos). Es urgente para la escuela formar integralmente ciudadanos capaces de resolver los problemas cotidianos de forma pacífica, a través del diálogo, el respeto y el reconocimiento de las diferencias y particularidades del otro, sujetos capaces de interactuar armónicamente en la solución de conflictos y para dicho trabajo requiere del apoyo decidido de padres, madres y docentes, la tarea de educar en ambientes de paz no es sólo tarea de la escuela sino de la familia y la sociedad en general según Muñoz et al. (2017).

El docente universitario como promotor de la integración/inclusión

Siendo que los trastornos cognitivos, de conducta, motores o socioculturales, engloban emociones, y siendo que la emoción, la afectividad, los sentimientos, son también respuestas de conducta vinculadas con el aprendizaje, el docente universitario inclusivo debe definir para sí mismo, los conceptos de normalidad (conducta promedio) y anormalidad (conducta no promedio) implícitos en su práctica docente (Pérez, 2003).

Daniel Goleman (1995) en su libro *Inteligencia Emocional*, destaca la necesidad de deshacernos del viejo paradigma que exigía la liberación de la razón de los impulsos emocionales, por un nuevo paradigma en el que su propuesta es armonizar la cabeza y el corazón. Pero, para llevar a cabo adecuadamente esta tarea, el docente debe comprender con más claridad lo que significa utilizar inteligentemente las emociones.

Deutsch (2003) describe los trastornos emocionales y de la conducta como una condición que produce una conducta inapropiada que interfiere en el aprendizaje del estudiante, sus relaciones con otras personas y su satisfacción personal, y requiere un importante grado de intervención por parte del docente.

Hablando del potencial latente del que nadie habla como la creatividad, el ingenio, la hiperconcentración, la sensibilidad, entre otros. Ser hiperactivo es positivo si tenemos la habilidad de comprender y tratar el trastorno desde una perspectiva educativa diferente ya que el alumnado es uno de los colectivos con mayor diversidad que requiere entrenamiento por parte del docente (Guerrero, 2006).

Las dificultades de aprendizaje también están presentes en la educación superior, según Deutsch (2003). Alrededor de 50% de todos los estudiantes con o sin discapacidades poseen un diagnóstico que los incluye en dicha categoría. Sin embargo, conforman un grupo heterogéneo, pues, al igual que sucede en otras discapacidades, el grado de afectación va de leve a severo. Requiriendo del docente la disposición a darle aprendizajes.

Martínez-Frutos et al. (2014) dicen que “*el alumnado presenta ciertas necesidades educativas a las cuales hay que ofrecer una respuesta acorde a*

las características particulares de cada uno de ellos”. Esto implica que los docentes tengan la formación y los conocimientos adecuados que les permitan actuar antes las diferentes manifestaciones de los alumnos (Cubero., 2002).

Las diversas características de los alumnos, requieren del docente, un manejo de la relación interpersonal y de la disciplina, y la creación de una estructura curricular que permita la atención de las necesidades educativas de los alumnos, con el objetivo de proporcionar estrategias de autocontrol tanto para el aula, como para el centro educativo y la vida cotidiana.

Las limitaciones en la atención psicopedagógica pueden quedar patente en el rendimiento del alumno, por tanto, corresponde al docente el entrenamiento en las destrezas necesarias para conseguir un adecuado procesamiento cognitivo, al igual que adoptar las adaptaciones oportunas acordes a las necesidades.

Murillo (2004) advierte que en la base de la atención prestada a la calidad y equidad educativa se encuentra la siguiente cuestión: “*¿puede darse calidad sin equidad en educación?*”, y por otra parte, según Murillo, Cerdán y Grañeras (1999) “*... sin equidad no puede darse calidad, y no hay equidad sin calidad, de tal forma que pueden considerarse como dos ideas inseparables*”.

Así pues, de la revisión empírica y conceptual realizada, se pueden extraer tres ideas:

- a. La eficacia y la eficiencia son dos dimensiones esenciales de la calidad educativa, con un peso inexistente o menor de la equidad educativa, que junto con la satisfacción de necesidades y expectativas de los usuarios, configura la dimensionalidad de muchas propuestas sobre calidad educativa (Tiana, 2006).
- b. La equidad es considerada como un elemento más en los modelos sistémicos de calidad, salvo algunas excepciones en las que se convierte en el eje articulador del resto de dimensiones.
- c. Cuando se hace referencia a equidad en el marco de un modelo o propuesta sobre calidad educativa se vincula con distribución de los recursos y/o de las oportunidades de aprendizaje, pero no es frecuente identificar

modelos de calidad educativa que incorporen la equidad de resultados más allá del rendimiento académico.

En todos los procesos en donde se atiende la equidad, se fortalecen los lineamientos de la inclusión en la educación, como proceso productivo en el paraguas del movimiento de escuelas eficaces (Murillo, 2005).

En este sentido, el no considerar los ámbitos de la inclusión, bloquea en los jóvenes el principal canal de movilidad e inclusión social, por lo cual estos ven restringidas sus oportunidades futuras ya en su hogar de origen, puesto que el nivel educativo de los padres, variable determinante del clima educacional del hogar, aparece altamente correlacionado con las trayectorias educacionales de los hijos (CEPAL-OIJ, 2004; citado en Machinea y Hopenhayn, 2005). Cualquier alumno puede transitar a lo largo de su proceso de formación de unos ámbitos a otros de acuerdo con su vocación, esfuerzo y expectativas vitales, enlazando con las necesidades de una formación”. Los siguientes apartados a tener en cuenta dentro del apartado de tratamiento de la inclusión y la diversidad:

- a. La equidad, que garantice la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa, la no discriminación y la accesibilidad universal, y actúe como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que deriven de discapacidad.
- b. El desarrollo de la igualdad de derechos y oportunidades y el fomento de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, así como la prevención de la violencia de género.
- c. La educación para la prevención de conflictos y para la resolución pacífica de los mismos, así como para la no violencia en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social, y en especial en el del acoso escolar.
- d. La libertad de enseñanza y de creación de centro docente, de acuerdo con el ordenamiento jurídico.

Cosmovisión bíblico-cristiana de la inclusión

La Biblia menciona, en Romanos 2:11 “Porque no hay acepción de personas, para con Dios”. Para el Creador todo ser humano, con sus diferencias, tiene la oportunidad de ser considerado miembro del pueblo de Dios. Elena G. White (1994) declara en Servicio Cristiano: “Vi que en la providencia de Dios han sido colocados, en estrecha relación cristiana con su iglesia, viudas y huérfanos, ciegos, mudos, cojos, y personas afligidas de varias maneras; para provocar a su pueblo y desarrollar su verdadero carácter”.

Método

Como propuesta para el proceso de creación de un diagnóstico de inclusión en instituciones educativas; se adoptó la naturaleza cualitativa de teoría fundamentada para identificar y describir los cinco ámbitos de la inclusión, y los cuatro tipos de diferencias. Tanto los ámbitos, como las diferencias fueron sometidas al criterio de expertos en inclusión a la luz de varios autores.

Desde la perspectiva cualitativa el instrumento creado recoge información para el análisis contextual; y así identificar y describir el nivel de inclusión en una institución.

Desde la perspectiva cuantitativa el instrumento requiere someterse al proceso de validación. Aun cuando cuenta con sustento de teoría fundamentada, y está estructurado bajo escala de Likert, se requiere aún someterlo a un pilotaje, para el sustento estadístico, mediante mecanismos multifactoriales, y filtrar los resultados para un análisis confirmatorio.

Resultados

Como producto de este estudio de campo, se ha creado el Diagnóstico de Inclusión para Instituciones de Educación Superior (ver Apéndice A), que puede ser utilizado para identificar el nivel de inclusión, dependiendo los cinco ámbitos explorados.

Discusión

Para la medición cuantitativa de los procesos de inclusión en las IES se requiere someter el instrumento a un proceso objetivo de validación, para poder explicar relaciones, diferencias y así pre-determinar y encontrar tendencias en estudios que consideren la variable inclusión correlacionada con

otras variables. Sin la necesidad de adoptar una contra-posición, este diagnóstico de inclusión es significativamente útil para la obtención de información contextual, en relación a los cinco ámbitos propios de esta variable; el análisis de esta información facilita la toma de decisiones para conducir a la institución a una mejora continua y así cumplir con estándares de calidad, como distintivo de todo centro formador de profesionales que se distinguirán en la sociedad, más allá de sus diferencias distintivas como personas.

Conclusiones

La educación inclusiva debe basarse en unir esfuerzos y criterios de evaluación para definir los avances del alumnado teniendo en cuenta los diferentes contextos en los que se encuentran para de este modo llegar a la finalidad de la educación: mejorar la calidad de vida del alumno (Verdugo, 2009).

La calidad de vida, se valora con relación a un conjunto integrado de factores que componen el bienestar personal, dentro de una perspectiva sistémica, esto es, en un marco de la persona – contexto, ya que las personas viven en varios sistemas sociales, en los que se confrontan y desarrollan sus valores, actitudes y conductas. Consecuentemente, hablar de calidad de vida, puede hacerse tanto en políticas generales o sobre discapacidades, en programas generales o en específicos para una comunidad o persona, convirtiéndose, la calidad de vida, en un vehículo de igualdad social. Logrando que la conducta adaptativa la cual se refiere al conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas, que han sido aprendidas por las personas para funcionar en sus vidas diarias sean aplicadas (Schalock., 2001; Schalock y Verdugo, 2003).

A menudo los menores adoptados son niños más inmaduros, con carencias significativas en su proceso de aprendizaje, que han sido menos estimulados en su primera infancia y presentan disarmonías en diferentes áreas, menos autonomía para afrontar los retos y tareas, menos autocontrol y capacidad de regulación. Es necesario respetar el ritmo de los menores en su adaptación a este nuevo entorno, marcando los objetivos de aprendizaje en función de sus capacidades y maduración y no de su edad cronológica (Mújica, 2011). En este proceso es

importante favorecer que familia y escuela se coordinen en el abordaje de las posibles dificultades, y contar con servicios especializados de asesoramiento y apoyo para detectar las dificultades, entenderlas desde la peculiar realidad de estos menores y favorecer la integración de los menores adoptados a la escuela (Berástegui, 2012; Rosser y Suriá, 2012). En definitiva, se hace necesario aceptar la diferencia y adecuar los recursos a las necesidades que presentan estos menores.

Referencias

- Adirón, F. (2005). *¿Qué es la inclusión? La diversidad como valor*. Perú. Ministerio de Educación.
- Barton, L. (1996) *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- Berástegui, A. (2012). *La Adaptación familiar y social de los menores adoptados internacionalmente: seguimiento postadoptivo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Miscelánea Comillas.
- Booth, T. y Ainscow, M. *From them tous. An international site of inclusion on education*. Londres: Routledge, 1998.
- Cubero, C. (2002). Niveles de intervención en el aula para la atención de estudiantes con trastornos de la atención. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 2(1), 1-18.
- Deutsch, D. (2003). *Bases psicopedagógicas de la educación especial*. 4ta. Edición. España: Pearson Prentice Hall.
- Díaz Aguado, M. J. (2009). *Respuesta educativa para el alumnado con TDAH. Déficit de atención e hiperactividad*. <http://www.ite.educacion.es/materiales/.pdf>
- Fraca de Barrera, L. (2003). *Pedagogía integradora en el aula*. Caracas, Venezuela: CECSA/El Nacional.
- Goleman, D., (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Guerrero, J. F. (40oord.) (2006) *Creatividad, ingenio e hiperconcentración: las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- León, M. J., Crisol, E. y Moreno Arrebola, R. (2018). Las Tareas del líder inclusivo en centros educativos de zonas desfavorecidas y

- favorecidas. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*.
- Ley General de Educación. (1993). *Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General de Los Estados Unidos Mexicanos*.
- Machinea, J. L. y Hopenhayn, M. (2005). *La Esquiva equidad en el desarrollo latinoamericano: una visión estructural, una aproximación multifacética*. CEPAL.
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y López-Ortuno, J. (2014). *Conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación*. En: J. Navarro, M.D. Gracia, R. Lineroso y F.J. Soto (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.
- Mirete Ruiz, A. B. y Sánchez, M. (2014). *La Formación del profesorado frente a los desafíos del Siglo XXI*. España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones / Edit.UM.
- Mújica, J. (2011). *Hacia una escuela inclusiva: el reto de integrar niños y niñas adoptados*. Seminario ASTURIADOP.
- Muñoz, M., Graciano, W. y Ramírez Perdomo, V. (2017). Mejoramiento de la convivencia escolar en el grado sexto a partir del teatro foro como estrategia didáctica. *Avances en liderazgo y mejora de la educación*, 326-332
- Murillo, F. J. (2004). Nuevos avances en la mejora de la escuela. *Cuadernos de Pedagogía*, 339, 48-51.
- Murillo, F. J. (2005). *La Investigación sobre eficacia escolar*. Barcelona: Octaedro.
- Murillo, F. J., Cerdán, J. y Grañeras, M. (1999). Políticas de calidad y equidad en el sistema educativo español. *Revista de Educación*, 319, 91-113.
- Parrilla Latas, A. (2002). Acerca del origen y sentido de la educación inclusiva. *Revista de Educación*, 327(1), 11-29.
- Rabadán, J.A., Parra, J. y Hernández, E. (2013). *Actas del XVI Congreso Nacional/II Internacional Modelos de Investigación Educativa de la Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica*. Alicante: AIDIPE.
- Pérez, I. P. (2003). *Educación especial: técnicas de intervención*. España: McGraw-Hill.
- Popper, K. (1984). *La Sociedad abierta y sus enemigos*. Madrid: Tecnos.
- Rosser, A. y Suriá, R. (2012). La Adaptación escolar de los menores adoptados. Riesgos y estrategias de prevención. *Electronic journal of research in educational psychology*, 10(1), 151-170.
- Sacristán, J. G. (2000). *La Educación obligatoria: su sentido educativo y social* (Vol. 1). Ediciones Morata
- Sapon-Shevin, M. (1996). Inclusion as Disclosing Tablet: revealing the flaws in our present system, *en neory into practice*, 35(1), 35-41.
- Schalok, R. L. y Verdugo, M. Á. (2003). Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales.
- Shalock, R. (2001). Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida, en *Siglo Cero*, 194(2001), 32-39.
- Tiana, A. (2006). Calidad, equidad e integración educativa. En M.A. Sancho y M. De Esteban (Coords.), *Libertad, calidad y equidad en los sistemas educativos. Buenas prácticas internacionales*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Verdugo, M. (2009). El Cambio educativo desde una perspectiva de calidad de vida. *Revista de Educación*, 349, 23-43.
- Warnock Report. (1979). *Special Educational Needs. Report of the Committee of inquiry into Education of Handicapped Children and Young People*. London: HMSO.
- White, Elena G. (1984). *La Educación*. Mountain View, California: Pacific Press Publishing Association.
- White, Elena G. (1994). *Servicio cristiano*. Mountain View, California: Asociación Publicadora Interamericana.

APÉNDICE A**DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN EDUCATIVA**
Instrumento para Instituciones de Educación Superior**INSTRUCCIONES**

Este instrumento se ha creado para diagnosticar a las instituciones de educación superior en términos del contexto de los cinco enfoques de la INCLUSIÓN EDUCATIVA. 1. Acceso de toda persona, 2. Actitud de colaboración, 3. Intervención temprana, 4. Capacitación de personal y 5. Infraestructura. Anote los puntos que usted atribuye como alumno de su institución, en cada uno de los ítems.

Para que la puntuación sea confiable, usted debe responder con absoluta sinceridad bajo los siguientes valores: 0 Nunca, 1 Casi nunca, 2 Frecuentemente y 3 Casi siempre.

ÁMBITO 1.- Acceso de toda persona

1. Mi institución promueve el acceso de toda persona como estudiante	0	1	2	3
2. Institucionalmente se cuenta con un proceso de admisión	0	1	2	3
3. Institucionalmente se cuenta con un proceso de selección	0	1	2	3
4. En la admisión de un estudiante se visualizan necesidades educativas especiales	0	1	2	3
5. La admisión de un estudiante es a través de examen de conocimientos base	0	1	2	3
6. La institución cuenta con declaración filosófica de acceso a toda persona	0	1	2	3
7. El estudiante tiene acceso a conocer la filosofía antes de llegar al campus	0	1	2	3
8. Existen reuniones para dar a conocer los lineamientos filosóficos de la institución	0	1	2	3
9. El estudiante firma un código de aceptación del estilo de vida institucional	0	1	2	3
10. Se cuenta con mecanismos para detectar necesidades especiales de los alumnos	0	1	2	3
11. La institución está preparada para la admisión de todo tipo de personal	0	1	2	3
12. Se cuenta con mecanismos para detectar necesidades especiales en el personal	0	1	2	3
13. Las prestaciones laborales al personal responden a criterios de equidad	0	1	2	3
14. El personal femenino/masculino recibe las mismas prestaciones laborales	0	1	2	3
15. El personal soltero/casado recibe las mismas prestaciones laborales	0	1	2	3
16. El ambiente institucional es sano en términos de equidad	0	1	2	3

SUBTOTAL DE PUNTOS EN ACCESO DE TODA PERONA ___ / 48

ÁMBITO 2.- Actitud de colaboración

17. Mi institución promueve el trabajo colaborativo en los estudiantes	0	1	2	3
18. Mi institución promueve el trabajo colaborativo en el personal	0	1	2	3
19. La institución cuenta con reglamento estudiantil	0	1	2	3
20. La institución cuenta con código de ética para el personal	0	1	2	3
21. El incumplimiento a normas estudiantiles cuenta con oportunidades de mejora	0	1	2	3

22. El incumplimiento a normas del personal cuenta con oportunidades de mejora	0	1	2	3
23. Existen espacios que fomenten la colaboración entre estudiantes y personal	0	1	2	3
24. Se promueven proyectos que integren a personas con capacidades diferentes	0	1	2	3
25. Existen mecanismos en las carreras para la intervención temprana en alumnos	0	1	2	3
26. Existen mecanismos institucionales para evitar el rezago escolar	0	1	2	3
27. Se cuenta con mecanismos de tutoría institucional	0	1	2	3
28. Los docentes publican su horario de atención a alumnos con necesidades	0	1	2	3
29. Se cuenta con líneas claras para canalizar a alumnos con necesidades	0	1	2	3
30. En los Consejos Técnicos de cada carrera hay representación estudiantil	0	1	2	3
31. En el Consejo universitario hay representación estudiantil	0	1	2	3
32. En el Consejo administrativo hay representación estudiantil	0	1	2	3

SUBTOTAL DE PUNTOS EN ACTITUD DE COLABORACIÓN ____ / 48

ÁMBITO 3.- Intervención temprana

33. Institucionalmente se cuenta con mecanismos de detección de alumnos en riesgo	0	1	2	3
34. Se realizan estadísticas de aprovechamiento escolar en cada programa educativo	0	1	2	3
35. En las reuniones escolares se plantean necesidades de estudiantes en riesgo	0	1	2	3
36. Existen líneas claras para el seguimiento de estudiantes en riesgo	0	1	2	3
37. Se tienen detectadas institucionalmente las razones de deserción escolar	0	1	2	3
38. Los docentes cuentan con espacio para atender a estudiantes en riesgo	0	1	2	3
39. Los docentes cuentan con tiempo para atender a estudiantes en riesgo	0	1	2	3
40. Existen líneas de seguimiento para estudiantes con ideologías diferentes	0	1	2	3
41. Existen líneas de seguimiento para personal con ideologías diferentes	0	1	2	3
42. Se practican mecanismos para registrar situaciones en riesgo de los estudiantes	0	1	2	3
43. Se practican mecanismos para registrar situaciones en riesgo del personal	0	1	2	3
44. Institucionalmente se atiende a alumnos con deficiencias motoras	0	1	2	3
45. Institucionalmente se atiende a alumnos con deficiencias visuales	0	1	2	3
46. Institucionalmente se atiende a alumnos con deficiencias cognitivas	0	1	2	3
47. Institucionalmente se atiende a alumnos con deficiencias de lenguaje-audición	0	1	2	3
48. Institucionalmente se atiende a alumnos con diferencias socio-culturales	0	1	2	3

SUBTOTAL DE PUNTOS EN INTERVENCIÓN TEMPRANA ____ / 48

ÁMBITO 4. Capacitación de personal

49. Institucionalmente se brinda capacitación para atender alumnos con diferencias	0	1	2	3
--	---	---	---	---

50. Institucionalmente se capacita para atender alumnos con disfunciones cognitivas	0	1	2	3
51. Institucionalmente se capacita para atender alumnos con disfunciones motoras	0	1	2	3
52. Institucionalmente se capacita para atender alumnos con disfunciones auditivas	0	1	2	3
53. Institucionalmente se capacita para atender alumnos con disfunciones de habla	0	1	2	3
54. Institucionalmente se capacita para atender alumnos con diferencias sociales	0	1	2	3
55. Institucionalmente se capacita para atender alumnos con diferencias culturales	0	1	2	3
56. Existen grupos colegiados de docentes para compartir situaciones de inclusión	0	1	2	3
57. Existen grupos de apoyo en preparación de alumnos en situación de riesgo	0	1	2	3
58. Ante la presencia de necesidades educativas especiales hay apoyos institucionales	0	1	2	3
59. Los docentes son capaces de atender necesidades educativas especiales	0	1	2	3
60. Los docentes cuentan con tiempo laboral para atender alumnos con disfunciones	0	1	2	3
61. Los docentes cuentan con tiempo laboral para atender alumnos con diferencias	0	1	2	3
62. Se gratifica a docentes que atienden necesidades educativas especiales	0	1	2	3
63. Se gratifica al personal no-docente que atiende necesidades educativas especiales	0	1	2	3
64. Institucionalmente se hacen estudios sobre necesidades educativas especiales	0	1	2	3

SUBTOTAL DE PUNTOS EN CAPACITACION DE PERSONAL ____ / 48

ÁMBITO 5.- Infraestructura

65. El campus está acondicionado para atender necesidades educativas especiales	0	1	2	3
66. Los espacios en un segundo piso cuentan con rampa de acceso	0	1	2	3
67. Los espacios en un tercer piso o más cuentan con elevadores	0	1	2	3
68. Los espacios en planta baja con escalones cuentan con rampa de acceso	0	1	2	3
69. Los estacionamientos cuentan con el 10% de espacios para discapacitados	0	1	2	3
70. Los accesos a espacios con escalones cuentan además con pasamanos	0	1	2	3
71. Los sanitarios cuentan con un cubículo para discapacitados	0	1	2	3
72. Los espacios recreativos cuentan con rampas y andadores pavimentados	0	1	2	3
73. Los espacios para el desarrollo espiritual cuentan con rampas	0	1	2	3
74. Los edificios cuentan con salidas de emergencia	0	1	2	3
75. Los edificios cuentan con extinguidores	0	1	2	3
76. La institución cuenta con puntos de encuentro identificados	0	1	2	3
77. La institución cuenta con altavoz para dar instrucciones generales	0	1	2	3
78. Los edificios cuentan con señalética para evacuaciones	0	1	2	3

79. Se practican anualmente por lo menos dos simulacros de evacuación	0	1	2	3
80. Los caminos viales de la institución tienen los colores correspondientes	0	1	2	3

SUBTOTAL DE PUNTOS EN INFRAESTRUCTURA ____ / 48

CÁLCULO DE PUNTUACIÓN			
Institución:			
Ámbito 1:	Acceso de toda persona	____ / 48 =	
Ámbito 2:	Actitud de colaboración	____ / 48 =	
Ámbito 3:	Intervención temprana	____ / 48 =	
Ámbito 4:	Capacitación de personal	____ / 48 =	
Ámbito 5:	Infraestructura	____ / 48 =	
Total de puntos:			____ / 240

GRÁFICA DE ÁMBITOS DE INCLUSIÓN EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

48					
44					
40					
36					
32					
28					
24					
20					
16					
12					
8					
4					
Ámbito:	Apertura	Actitud	Intervención	Capacitación	Infraestructura

REPRESENTACIÓN DE PUNTAJE DE INCLUSIÓN:

RANGO DE PUNTUACIÓN:	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE INCLUSIÓN:
0 a 96	Nivel de integración / inclusión peligrosamente pobre. Es necesario tomar medidas a nivel administrativo en relación a la reingeniería institucional en términos de acceso a toda persona, actitud de colaboración con personas disfuncionales y/o diferentes en

	<p>la atención a necesidades educativas especiales, lineamientos para la intervención temprana, capacitación del personal y ajustes en la infraestructura institucional.</p> <p>Se requiere replantear el Plan Estratégico de Desarrollo institucional. Así como mecanismos de acción a nivel de dirección, control, operación y evaluación de servicios. La institución se encuentra en zona de riesgo de posibles demandas.</p>
97 a 192	<p>Nivel bajo de integración / inclusión. Se requiere nutrir líneas de acción tanto a nivel administrativo como de operación para dejar de sólo integrar personas con discapacidades y diferencias, si no empezar a contemplar las líneas de la inclusión. Existen algunas acciones institucionales que no reflejan la intencionalidad de una manera sistemática en términos de acceso a toda persona, actitudes de colaboración, intervención temprana, capacitación de personal y adecuaciones de la infraestructura.</p>
193 a 288	<p>Nivel medio de integración / inclusión. Se contemplan algunas acciones en términos de integración y de inclusión. Es necesario cuidar la operación y sistematización de algunas acciones de acceso de toda persona, actitudes de colaboración, intervención temprana, capacitación de personal y adecuaciones en la infraestructura</p>
289 a 384	<p>Nivel excelente de inclusión. La institución goza de líneas claras de integración / inclusión en sus diferentes ámbitos de acceso de toda persona, actitud de colaboración, intervención temprana, capacitación de personal e infraestructura inclusiva.</p>

Guía para la presentación de artículos

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

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

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

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

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

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

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

Los artículos pueden llegar a la redacción de la Revista por correo electrónico como documento adjunto en formato Word. A la dirección: cipfapsi@um.edu.mx

FORMATO DEL ARTÍCULO:

TÍTULO

Nombre completo del autor 1 (Primero Nombres seguido de Apellidos)
Nombre completo del autor 2(Primero Nombres seguido de Apellidos)
(Cuando son dos autores o más, el orden es por orden alfabético
del apellido incluido el asesor principal)

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

RESUMEN

Resumen del estudio, aspectos sobresalientes. (En itálica, espacio sencillo, sangría de 5 espacios en todos los párrafo).

Palabras clave: Palabra 1, palabra 2, palabra 3

ABSTRACT

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

Key words: Palabra 1, palabra 2, palabra 3

Nombres y Apellidos, cargo que desempeña y lugar/universidad donde trabaja,

Introducción

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

Subtitulo

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

Tercer subtítulo

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

Método

Especificar el tipo de estudio al que pertenece. Descripción de la muestra, por género, edad entre otras variables; seguido de la descripción de los instrumentos utilizados para realizar el estudio. Incluyendo el procedimiento que se siguió.

Resultados

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

Discusión

Explicación de los resultados a la luz del marco teórico

Conclusiones

Consideraciones finales.

Referencias

Abraham, A. (2012). *El mundo interior de los enseñantes*. Barcelona: Gedisa. (sangría francesa, espacio sencillo, sin espacio entre las referencias).

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

Pie de página: En la primera página del artículo se incluye la descripción breve de identificación de los autores con su correo electrónico, en itálica.

Apéndices: según sea el caso.

COMENTARIOS:



Facultad
de Psicología

Universidad de Morelos

psicosophia.um.edu.mx/ojs