



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: XI Número: 1. Artículo no.:149 Período:1ro de septiembre al 31 de diciembre del 2023

TÍTULO: Asociación entre la Ansiedad y la depresión en estudiantes de Enfermería de Sinaloa, y el Modelo de Phil Barker.

AUTORES:

1. Dra. Eleazara Tejada-Rangel.
2. Dra. Marina Tejada Rangel
3. Dra. Hilda Retamoza.

RESUMEN: La depresión y la ansiedad son también un problema de salud pública que afecta las actividades diarias de la población, manifestándose trastornos emocionales como tristeza, culpa, inutilidad, inseguridad, miedo, preocupación, pensamientos negativos, entre otros, que pueden desencadenar en la toma de malas decisiones por parte de los estudiantes o bien repercutir en su rendimiento escolar. Se desarrolló una investigación cuantitativa, transversal, prospectiva y observacional con un muestreo aleatorio simple a 277 alumnos de tres de las unidades académicas de la Universidad Autónoma de Sinaloa, con el objetivo de Identificar asociación entre depresión y ansiedad a través de la aplicación de los instrumentos: CES-D y HAMILTON, además de evidenciar la relación con datos sociodemográficos como el grado escolar, edad y sexo.

PALABRAS CLAVES: modelo de Phil Barker, ansiedad, depresión, estudiantes de enfermería.

TITLE: Relationship between anxiety and depression in Nursing students from Sinaloa, and the Phil Barker Model.

AUTHORS:

1. PhD. Eleazara Tejada- Rangel.
2. PhD. Marina Tejada- Rangel.
3. PhD. Hilda Retamoza.

ABSTRACT: Depression and anxiety are also a public health problem that affects the daily activities of the population, manifesting emotional disorders such as sadness, guilt, uselessness, insecurity, fear, worry, negative thoughts, among others, which can trigger decision-making. bad decisions by students or have an impact on their school performance. A quantitative, cross-sectional, prospective and observational research was carried out with a simple random sampling of 277 students from three of the academic units of the Autonomous University of Sinaloa, with the objective of identifying the association between depression and anxiety through the application of the instruments: CES-D and Hamilton, in addition to evidencing the relationship with sociodemographic data such as school grade, age and sex.

KEY WORDS: Barker Phil model, anxiety, depression, nursing students.

INTRODUCCIÓN.

La depresión y la ansiedad son un problema de salud pública que afecta las actividades diarias, estos son trastornos emocionales que se caracterizan por síntomas y signos como la tristeza, culpa, inutilidad, inseguridad, miedo, preocupación, pensamientos negativos, entre otros. La población en México ha padecido depresión en algún momento de su infancia o adolescencia (Flores R. Et.al. 2007).

La encuesta nacional de psiquiatría en su publicación del 2010 menciona, que la población general en México ha padecido depresión en algún momento de su infancia o adolescencia, y la población estudiantil joven está inmersa en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal e interpersonal,

lo cual puede repercutir en su desempeño académico y producir conductas de riesgo. Algunos logran que estos ajustes se den de manera exitosa, mientras que otros no; en esta población se han documentado la presencia de algunos problemas de salud mental y psicosociales, así como bajo rendimiento escolar, problemática suicida, consumo de sustancias y sintomatología depresiva elevada, la cual es probable que sea uno de los principales factores que limitan el desarrollo académico entre los estudiantes; asimismo, se le ha asociado con conductas de riesgo que contribuyen a la presencia de lesiones no intencionales, violencia, uso de tabaco, alcohol y otras drogas (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2010).

Los datos más frecuentes en torno a la salud de la población Mexicana muestran, que de las enfermedades mentales, sólo una pequeña parte recibe tratamiento, pero éstas provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Dentro de las diez principales enfermedades tres son enfermedades mentales y la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, que de acuerdo con las encuestas realizadas en el 2010 por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población la padece (Becoña E. et al. 2010).

Una de las aportaciones importantes para la atención de padecimientos psiquiátricos es la que realizó el Instituto Nacional de Psiquiatría en el 2010, como parte de su proyecto la elaboración de 12 guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país; a partir del análisis de la evidencia científica, criterios diagnósticos de prácticas terapéuticas y acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales, dentro de estas guías está la guía clínica para el manejo de la depresión, la que reporta sintomatología específica para la detección del trastorno como minusvalía, inutilidad, culpa, astenia, suicidio, autoagresión, psicomotricidad alta o baja, apetito aumentado o disminuido, y sueño aumentado a disminuido (Gerhard M, Camacho P. 2014).

Más allá de analizar el fenómeno en una sola escuela de enfermería esta investigación se lleva a cabo en tres unidades académicas de enfermería Culiacán, Mazatlán y Los Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa, donde se conoció este problema.

Existen programas que ofrece la Secretaría de Salud a través de sus programas y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz para la atención de la ansiedad y la depresión, pero no se logra disminuir la incidencia de depresión y ansiedad; este fenómeno social sigue en aumento, como lo reporta la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2011 que menciona que la sintomatología depresiva es uno de los cinco principales factores que limitan el desarrollo en los estudiantes, con tasas que pueden estar por arriba del 50% (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2010), datos que dan muestra de la magnitud del problema social, en particular, en adolescentes mexicanos.

La Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión (ACTAD) en Barcelona, España, afirma que la ansiedad es un proceso natural de activación fisiológica que hace movilizar a los seres humanos y otros animales ante el peligro como lo afirma la OMS. A esta respuesta también se la denomina lucha-huida. Así es como el propósito de la ansiedad es preparar nuestro organismo para protegernos luchando o huyendo del peligro o amenaza. Este sistema defensivo, necesario para la vida, se torna un problema cuando la respuesta es desadaptativa; es decir, si el estímulo no reviste gravedad o no amenaza nuestra vida o integridad psicofísica, nos encontramos ante una desadaptación que puede llegar a ser patológica.

En la Depresión, el sujeto posee un sentimiento profundo de tristeza y desánimo, como también una apatía inusual que le impide disfrutar de aquello que antes le producía satisfacción. Además, la depresión suele estar acompañada de fatiga o cansancio que no se corresponde con el nivel de actividad. También son habituales los cambios físicos, la falta de apetito, la pérdida del deseo sexual, la alteración del sueño, las dificultades cognitivas como la pérdida de concentración, de memoria o

la dificultad para tomar decisiones. A su vez, son habituales los pensamientos derrotistas, la baja autoestima y algunas conductas autodestructivas (Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión, 2014); cómo podemos observar, estos dos conceptos que se presentan, los analizaremos en su prevalencia y asociación en particular en este grupo cautivo y vulnerable como son los estudiantes de licenciatura de enfermería en Sinaloa, quiénes al terminar su carrera serán un modelo para la población y que participarán directamente en la atención de la salud de la población; por lo anterior, en este estudio se estimó la prevalencia de ansiedad y depresión; finalmente, la intención de este trabajo es procesar los datos para evidenciar si existe una asociación entre estas variables de interés y presentar los hallazgos.

Se tiene un referente teórico para la producción de nuevas investigaciones, el desarrollo y la implementación de programas dirigidos a la atención de estudiantes, que así lo requiera, pudiendo ser alteraciones como la depresión y la ansiedad; estos programas permitirán brindar a los estudiantes, alternativas de atención y/o tratamiento para el logro de objetivos educativos e insertarse en el ámbito laboral del estado en condiciones de salud mental adecuadas.

Es importante mencionar, que durante la revisión de la literatura, se pudo constatar, que existe poca información en relación al fenómeno social que estamos tratando, enfocado específicamente en estudiantes de enfermería, por lo que se tomará como referentes teóricos a estudiantes, adolescentes y universitarios para ampliar la búsqueda.

Como objetivo principal se planteó evaluar la relación de depresión y ansiedad, y tres objetivos específicos: a) estimar la prevalencia de depresión, b) estimar la prevalencia de la ansiedad y c) determinar la asociación entre depresión y ansiedad en estudiantes de licenciatura en enfermería en tres unidades académicas de la Universidad Autónoma del estado de Sinaloa, México.

Ansiedad y depresión.

La Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y la Depresión (ACTAD) en Barcelona, España, se denomina trastornos de ansiedad a un grupo de afecciones que tienen en común la sintomatología ansiosa física y psicológica, pero cada trastorno de ansiedad tiene características, así también como una génesis particular y un tratamiento adecuado; por ello, es importante determinar qué tipo de trastorno de ansiedad se padece. Los más habituales suelen ser: crisis de ansiedad o ataques de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, estrés postraumático, fobias específicas y ansiedad por separación.

La sintomatología de la ansiedad es muy variada, y depende en gran parte de la biología y características psicosociales de los individuos. Si bien el listado de síntomas es extenso, la aparición de tan solo una señal, tanto a nivel físico como psíquico, es con frecuencia causa suficiente de un gran malestar.

Algunos síntomas físicos habituales, aunque no comunes a todos los trastornos son taquicardia, sudoración, mareos, temblores, vértigo, náusea, y hormigueo en las extremidades. Desde lo psicológico se destaca la sensación de pérdida de control, problemas de atención y memoria, despersonalización, hasta la aparición de falsas creencias, ideas obsesivas y sensación de amenaza de muerte, entre otras.

En lo que se refiere a la conducta, el rasgo más característico es el de la evitación de situaciones que podrían generar ansiedad. La hipervigilancia, la rigidez corporal, el sentido del ridículo y la falta de habilidades sociales, suelen ser síntomas de algunos trastornos de ansiedad. También algunos trastornos asociados a la ansiedad como pueden ser el abuso de sustancias, problemas sexuales y trastornos alimentarios, que a su vez son fuente de otra lista de síntomas (Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión, 2014).

Si bien la aparición de la ansiedad suele darse a una edad temprana ansiedad infantil, es habitual tomar conciencia del problema; por ello, es necesario tomar medidas para paliar los síntomas y resolver los problemas que generan los trastornos de ansiedad tan pronto como sea posible; de esta manera, las posibilidades de mejora aumentan considerablemente. Es fundamental recibir ayuda de los profesionales de la salud mental para la correcta erradicación del malestar que aqueja todos los ámbitos de la vida del afectado.

El CIE-10 menciona que la depresión es un trastorno afectivo que varía desde la baja del estado de ánimo característica de la vida cotidiana, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración prolongada; dentro de los síntomas más usuales de la depresión están los siguientes:

- Sentimientos de tristeza, ansiedad y sensación de vacío persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía; fatiga, agotamiento.
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertar temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

La clasificación internacional de enfermedades publicada y actualizada periódicamente por la OMS, siendo la última versión la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) quien determina la

clasificación y codificación de las enfermedades codifica de manera oficial a la ansiedad con el F41, y a la depresión con F32, las cuales están contenidas en la clasificación de trastornos mentales (Clasificación de trastornos Mentales OMS, 2010).

Modelo de Enfermería de Phil Barker (El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental).

Phil Barker nació en Escocia, cerca del mar, y por tanto, así empezó la influencia y su interés por el agua, la metáfora fundamental de la vida y su curiosidad en el modelo de la marea.

El modelo de la marea se centra en los procesos fundamentales de los cuidados de enfermería, es aplicable a nivel universal y es una guía práctica para la enfermería psiquiátrica y de la salud mental; además, destaca la importancia central de desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo en colaboración, desarrollar una relación terapéutica a través de métodos diferenciados de delegación de acciones, establecer la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención interdisciplinaria, y la búsqueda de resolución de problemas y la promoción de la salud mental a través de métodos narrativos.

El modelo de la marea no es prescriptivo, sino más bien un grupo de principios (los 10 compromisos) que son la brújula metafórica para el profesional. Orienta al personal de enfermería en el desarrollo de respuestas para cumplir necesidades individuales y conceptuales unidas a la persona que ahora es el paciente. La experiencia del malestar psíquico siempre se describe en términos metafóricos de la marea, empleando metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar para representar los aspectos conocidos del estrés humano. El agua es la metáfora central de la experiencia vivida de la persona y el sistema de cuidado hacia la persona con la ayuda de las enfermeras.

Se basa en tres teóricas que sustentan el modelo de la marea:

1. La teoría de relaciones interpersonales de Peplau (1952-1969).

2. La teoría de la enfermería psiquiátrica y de salud mental derivada de la necesidad de estudios de enfermería.
3. La delegación de poder en las relaciones interpersonales.
4. El modelo de la marea extrae su metáfora filosófica central de la teoría del caos, donde la naturaleza imprevisible, aunque limitada, de las conductas y las experiencias humanas puede compararse con el flujo y el poder del agua.

Esta problemática social puede ser visualizada a través del modelo de la marea en la recuperación en salud mental de Phil Barker (Raile M, Marriner A. 2011). Para realizar las recomendaciones, que permite a la enfermera comprender lo que la salud mental puede significar para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para definir, conocer y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación; en el caso de los estudiantes como grupo vulnerable, esta teoría permite comprender su comportamiento para realizar actividades de apoyo y orientación, en este viaje que puede tener múltiples problemas de salud emocional como la ansiedad y la depresión, además de problemas económicos, culturales, familiares y de violencia, el modelo de la marea se basa en la teoría del caos que menciona que en determinados sistemas naturales, pequeños cambios en las condiciones iniciales conducen a enormes discrepancias en los resultados, este principio suele llamarse también efecto mariposa, debido a que en meteorología, la naturaleza no lineal de la atmosfera ha hecho afirmar que es posible que el aleteo de una mariposa en determinado lugar y momento, pueda ser la causa de un terrible huracán varios meses más tarde en la otra punta del globo (Teoría del caos, 2014).

Podemos mencionar también, que el flujo constante de las mareas que van y vienen muestran patrones no repetitivos, y aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados, en esta perspectiva, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles. La teoría del caos sugiere, que existen límites

que debemos saber, y Barker invita al personal de enfermería a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la acción real.

La experiencia de la enfermedad mental se traduce en diversas alteraciones de la vida diaria y las respuestas humanas a los problemas cotidianos. Una característica clave de la práctica de la enfermería de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones participativas genuinas por parte de la persona para lograr la recuperación mental.

De acuerdo con Jacqueline Fawcett (2014), se están generando conocimientos de enfermería específicos derivados de la investigación, utilizando en este caso un modelo y metodología precisa, que permita la investigación con aportaciones a la disciplina; el modelo de la marea es retomado en investigaciones, y una de estas es la facultad de enfermería en Murcia precisamente en el año 2014 y se llama Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad; donde se retoma el modelo de Phil Barker para explicar la manera como mujeres con diagnóstico de ansiedad pueden recibir apoyo y asesoría, logrando así encontrar dentro de su propio contexto actividades que le permitan recuperar su salud, a través del reconocimiento del problema y de sus propias fortalezas internas; este estudio de Miriam Amad Pastor (2014) logra determinar que a través del reconocimiento de características definitorias como la tensión, preocupación, insomnio, cambio de la función del rol, entre otras características de ansiedad y la participación de la enfermera en actividades planeadas, se logra mejorar y elevar la puntuación de los indicadores del criterio de resultado nivel de ansiedad, autocontrol y conocimiento; estos logros permitieron mejorar la capacidad de afrontamiento de la respuesta de ansiedad (Pastor MA. 2014).

Las recomendaciones para esta problemática que en algunas ocasiones se presenta en estudiantes de enfermería como es la presencia de ansiedad y depresión, es retomar el modelo de la marea y como concepto principal agua: una metáfora, la cual describe que ésta se centra en lo imprescindible que es la experiencia humana a través de la alusión central del agua, retomando en este caso la vida del

estudiante como un viaje realizado en un océano de experiencias en la escuela, con sus compañeros, con sus amigos, con su familia, con sus maestros, incluyendo sus experiencias de salud y enfermedad; en algunos momentos críticos de ese viaje puede haber tempestades o piraterías. El barco puede hacer agua y la persona puede tener que hacer frente a la perspectiva de ahogarse; es decir, ese momento crítico metafórico puede hacerse una realidad si se encuentra pasando por un problema de salud, como lo es la ansiedad y la depresión; este concepto nos permite visualizar que existen alternativas de atención para estos casos como programas gubernamentales financiados bajo la correcta elaboración de programas dirigidos a la problemática de la presencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de Sinaloa.

Jamal Mumtaz y colaboradores, realizaron un estudio de cohorte que inició en septiembre del 2012, en Netherlands, sobre depresión y ansiedad, incluyeron 1725 participantes con diagnóstico reciente de alguna de estas dos patologías, Las mediciones basales indicaron que los síntomas depresivos, la ansiedad, estaban presentes. Después de dos años de seguimiento, la proporción de participantes con síntomas depresivos y de ansiedad fue menor en relación con los otros grupos. Las mediciones basales fueron obtenidas a través de un cuestionario auto-aplicado (Jamal M, 2012).

Impulsado por las teorías de socialización existentes, este estudio describe los contextos específicos de amistad en que se produce la influencia de pares y los síntomas depresivos. En el otoño y la primavera del año escolar del 2010, una encuesta fue aplicada a 704 adolescentes italianos (hombres, 53%; edad mediana, 15.5) inscritos en los grados 9, 10 y 11. Diferentes contextos de relación se distinguen sobre la base de dos dimensiones: nivel de amistad (mejores amistades y redes de amistad) y la reciprocidad (unilateral y recíproca), independientemente de si la relación era correspondida o no, por el contrario, la socialización entre iguales con síntomas depresivos sólo surgió dentro de mejores amigos en mujeres adolescentes. Los resultados sugieren, que los efectos de la socialización

entre pares dependen del contexto de amistad y tipos específicos de comportamientos (Giletta M. et. al. 2012).

Enríquez y Pimenta (2008) en Concepción, Chile, opinan que de los estudiantes universitarios se espera que sean modelos de rol y educadores de la salud.

DESARROLLO.

Metodología.

Se desarrollo un estudio cuantitativo, transversal, prospectivo, de tipo correlacional causal, se realizó una medición sistemática y se empleó el software estadístico Stata Intercooled versión 13.1 para el análisis de los datos obtenidos.

La población de estudio quedó constituida por 5382 alumnos que cursan la carrera de licenciatura en enfermería en una de las tres unidades académicas de la Universidad Autónoma de Sinaloa. La distribución por unidad académica es: Mazatlán con una matrícula de 1372 alumnos, Culiacán con 2260 alumnos y Los Mochis con 1750 alumnos.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para muestras finitas, dando como resultado una muestra de 277 alumnos, usando un nivel de significancia del 5%, una diferencia máxima del 5%, una proporción esperada del 20% y ajustado al 15% de pérdidas. La muestra fue estimada para cada unidad académica según su proporción de estudiantes; para Mazatlán la muestra fue de 71 alumnos, Culiacán con 116 y para Los Mochis con 90 alumnos. La selección de los alumnos se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio probabilístico en cada unidad académica.

La selección de los alumnos se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio probabilístico, incluyendo a aquellos con las siguientes características: alumnos inscritos en una de las tres unidades académicas de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa, que cursen en ese momento el primero, segundo, tercero o cuarto año, con edad entre los 18 a 25 años, la recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero del 2015.

Estas variables permitieron lograr los objetivos previstos. Para estimar las prevalencias de las variables principales, se utilizaron instrumentos validados. Para depresión, CES-D con una clasificación de sus respuestas de la siguiente manera: Sin depresión: 0-16, depresión leve: 17-20, depresión moderada: 21-25, depresión severa: 26 ó más.

Para la variable de ansiedad, se utilizó la escala de HAMILTON, con una clasificación de sus respuestas de la siguiente manera: Intensidad Ausente: 0 a 14 puntos, Intensidad leve: 15 a 28 puntos, intensidad moderada: 29 a 42 puntos, intensidad grave: 43 a 55 puntos, totalmente incapacitado: 56 puntos.

Descripción de los instrumentos.

CES-D (Center For Epidemiologic Studies, Depression Scale).

La (CES-D) fue desarrollada originalmente por Lenore Radloff en 1977. La escala es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión, y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático ocurridos durante la última semana.

De acuerdo con la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, posterior a un análisis bibliométrico de más de 80 artículos, cuyos datos fueron recabados a partir de la aplicación de la encuesta CES-D en México, señalan que: “La CES-D es un instrumento válido y confiable que funciona en diferentes poblaciones mexicanas, debido a que es una herramienta breve” (González- Forteza C, Warner FA, Jiménez A. 2012).

El instrumento HAMILTON.

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en el año 1959, e inicialmente constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se resumieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en el año 1969, se dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos

(“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”), quedando en 14. Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usado para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad y para monitorizar la respuesta al tratamiento (Hamilton M. 1969).

Validez y confiabilidad de los instrumentos.

En un estudio transversal a 943 estudiantes de 13 unidades académicas en el año 2012, mediante estadística descriptiva y análisis factorial, se logró evaluar las propiedades psicométricas de la CES-D, mediante su aplicación a estudiantes de nivel licenciatura de la Universidad Juárez del Estado de Durango, obteniendo como resultado una consistencia interna de 0.89 en el Alfa de Cronbach. El índice resultó homogéneo cuando se analizó por área de estudio, edad y sexo (Terrones-González A. et al., 2012).

Otro estudio de cohorte, observacional a 106 individuos se logró validar en la versión española, y en las propiedades psicométricas de la escala de ansiedad de Hamilton se encontró una confiabilidad interna de Alfa de Cronbach de 0.88; es decir, la escala tiene propiedades psicométricas similares en la versión en español y puede ser aplicada con confianza en nuestra población (Lobo A. et al. 2002). Una vez obtenidos los resultados, se procedió a realizar correlaciones con las variables intervinientes como edad, sexo, estado civil, trabajo, y grado escolar. Los resultados se presentan en tablas y gráficas de manera grupal.

Para cumplir con los protocolos de la declaración de Helsinki, se incluyó en el cuestionario un párrafo de explicación de los objetivos de este trabajo de investigación y firma, la cual permite y autoriza el procesamiento de los datos obtenidos.

Resultados.

Un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las variables principales fue realizado. Para las variables cualitativas se utilizó un análisis de frecuencias y porcentajes. El cálculo de la media, mediana, desviación estándar e intervalo de confianza del 95% (IC95%) fue usado para las variables cuantitativas. La correlación entre dos variables cuantitativas, en este caso: los puntajes de depresión y ansiedad fueron estimados a través del coeficiente de Spearman, por ser variables ordinales.

La asociación entre dos variables cualitativas se realizó con el estadístico de prueba ji-cuadrado de Pearson o de razón de verosimilitud o la prueba exacta de Fisher, cuando los valores esperados fueron menores a 5. La estimación del riesgo, en este caso: razón de momios, fue obtenido a través del análisis de regresión logístico múltiple. Un valor $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo. Todos los análisis se realizaron en el software estadístico Stata Intercooled edición especial versión 13, donde:

a) La muestra quedó constituida por 277 alumnos de tres unidades académicas de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa. El 41.5% (n=115) fueron alumnos de enfermería Culiacán, el 32.5% (n=90) de Los Mochis, y el resto de Mazatlán. El 72.9% (n=202, IC95%: 67.3 – 78.1) de los participantes correspondió al sexo femenino. La edad promedio de los alumnos fue 20.4 años (IC95%: 20.2-20.6), y respecto al estado civil, el 83% (n=230) de los alumnos refirió ser soltero; sin embargo, aproximadamente el 15% (n=41) del total de los participantes dijo estar casado o en unión libre (Mazatlán, 11.1%; Los Mochis, 14.5% y Culiacán, 17.4%). El 26.7% (n=74) del total de los participantes refirió trabajar, la distribución por turno (matutino y vespertino) fue en igual proporción (Tabla 1).

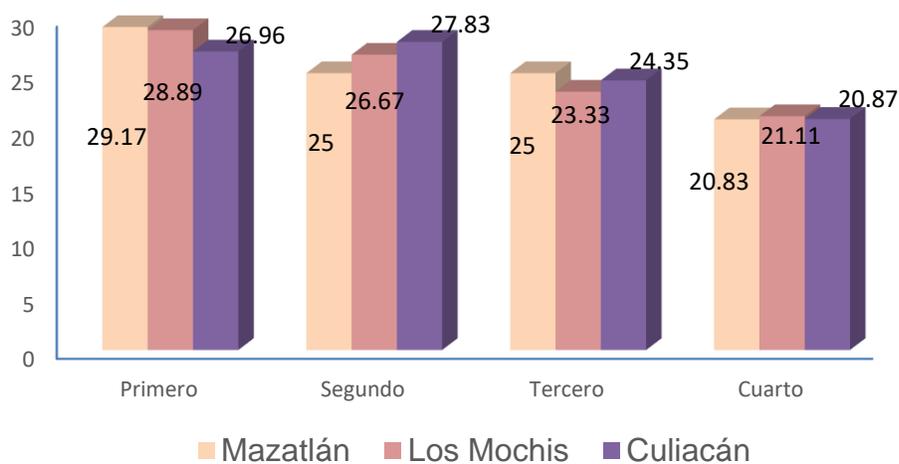
Tabla 1. Distribución porcentual de los participantes según variables sociodemográficas por unidad académica.

Escuela	Sexo		Estado civil		Trabaja	
	Masculino f. (%)	Femenino f. (%)	Soltero f. (%)	Otro f. (%)	Sí f. (%)	No f. (%)
Mazatlán	20 (27.80)	52 (72.20)	62 (86.10)	10 (13.90)	21 (29.20)	51 (70.80)
Culiacán	29 (25.20)	86 (74.80)	93 (80.90)	22 (19.10)	28 (24.30)	87 (75.70)
Mochis	26 (28.90)	64 (71.10)	75 (83.30)	15 (16.70)	25 (27.80)	65 (72.20)
Total	75 (27.10)	202 (72.90)	230 (83.00)	47 (17.00)	74 (26.70)	203 (73.30)

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

b) Respecto al grado académico, la escuela de Mazatlán fue la que presentó menor porcentaje de participantes, seguido por la unidad académica de Los Mochis, y finalmente, Culiacán; esto debido a su proporción poblacional de la matrícula vigente (Figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de alumnos por grado escolar en cada escuela.



Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

c) Mazatlán fue la escuela con mayor porcentaje de alumnos con un trabajo, 29.2%, seguido por Los Mochis (28.1%) y con un menor porcentaje para Culiacán, 24.4%; sin evidencia estadísticamente significativa, $p=0.729$. Cabe mencionar, que el 9.5% de los 74 alumnos que dijeron trabajar, su empleo es de mesero; actividad que podría poner en riesgo el consumo de alcohol y tabaco. Mazatlán y Culiacán son las unidades académicas con el mayor número de alumnos que se emplean como mesero (Tabla 2).

Los alumnos inscritos en las escuelas deberían dedicarse a estudiar; sin embargo, podemos observar el resultado en esta investigación donde las tres escuelas coinciden en aproximadamente el 30% de alumnos que trabajan, cuando solo deberían dedicarse a estudiar.

Tabla 2. Distribución porcentual de alumnos por escuela y trabajo desempeñado.

ESCUELA	NEGOCIO FAMILIAR	PRESTADOR DE SERVICIO	MESERO	RELACIONADA ENFERMERÍA	OTROS
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Mazatlán	5 (23.80)	1 (4.80)	3 (14.30)	3 (14.30)	9 (42.90)
Culiacán	11 (33.30)	3 (9.10)	4 (12.10)	11 (33.30)	4 (12.10)
Los Mochis	9 (32.10)	6 (21.40)	2 (7.10)	2 (7.10)	9 (32.10)

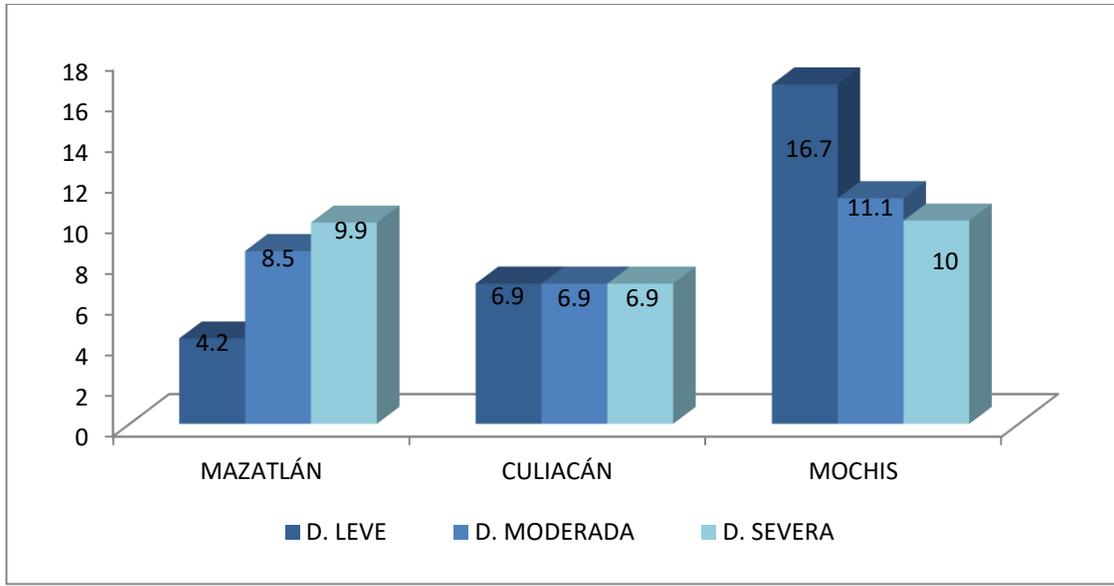
Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

Los resultados de depresión.

Cuando se consideró el nivel de depresión, según la clasificación de CES-D, se evidenció una diferencia entre los alumnos de las tres escuelas, y una significancia estadística marginal de $p=0.065$.

(Figura 2). Hay una tendencia de depresión en estudiantes de la escuela de los Mochis.

Figura 2. Distribución porcentual de nivel de depresión por escuela.



Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

Cuando se consideró la depresión en dos categorías, según la clasificación del CES-D, fue estadísticamente diferente entre los alumnos de las tres unidades académicas, $p=0.015$ (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución del nivel de depresión en dos categorías por unidad académica.

UNIDAD	DEPRESIÓN		RM	IC95%	Valor p
	No f (%)	Sí f (%)			
ACADÉMICA DE ENFERMERÍA					
Culiacán	92 (79.31)	24 (20.69)	1.00		
Mazatlán	55 (77.46)	16 (22.54)	1.12	0.55 – 2.28	0.765
Los Mochis	56 (62.22)	34 (37.78)	2.31	1.25 – 4.32	0.007*
Total	203 (73.30)	74 (26.70)			

RM \equiv Razón de momios, IC95% \equiv Intervalo de confianza del 95%. *Estadísticamente significativo al 5%. Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

La depresión no está asociada estadísticamente con alumnos por rango de edad, $p = 0.490$, a través de la prueba ji-cuadrada de Pearson (Tabla4).

Tabla 4. Distribución de edad y nivel de depresión en dos categorías.

EDAD	DEPRESIÓN		
	No f (%)	Sí f (%)	Total
18-19	64 (31.50)	29 (39.20)	93 (33.60)
20-21	93 (45.80)	30 (40.50)	123 (44.40)
22-25	46 (22.70)	15 (20.30)	61 (22.00)
Total	203 (73.30)	74 (26.70)	277

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

Los datos muestran que por cada tres mujeres que presenta depresión existe un hombre que presenta este estado de salud, como se muestra en el siguiente cuadro; esto no resulta asociado estadísticamente, $p = 0.217$ a través de la prueba ji-cuadrada de Pearson (Tabla 5).

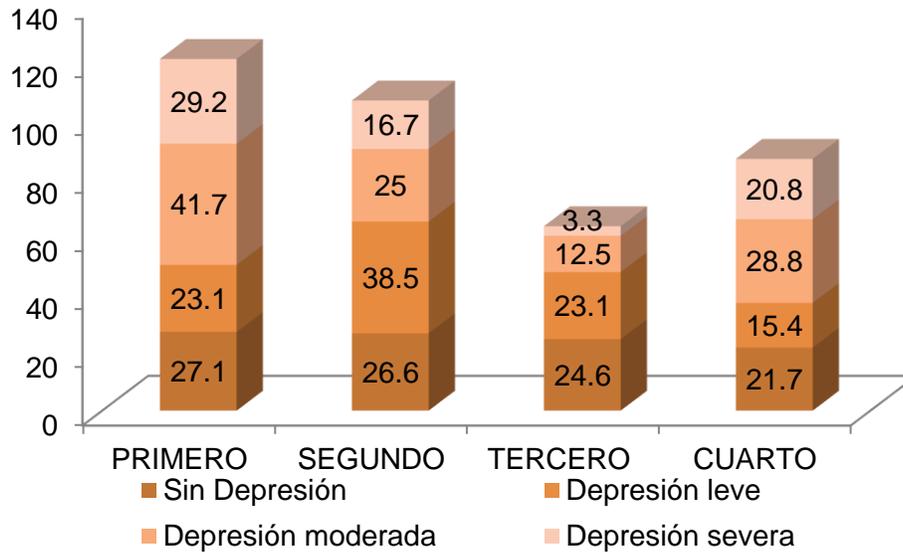
Tabla 5. Distribución porcentual de depresión y sexo.

SEXO	DEPRESIÓN		
	No f (%)	Sí f (%)	Total f (%)
Hombre	59 (78.70)	16 (21.30)	75 (27.10)
Mujer	144 (71.30)	58 (28.70)	202 (72.90)
Total	203(73.30)	74 (26.70)	277

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

En el análisis de estudiantes y nivel de depresión con grado escolar, a través de la prueba ji-cuadrada de Pearson, no se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación $p=0.657$ (Figura3).

Figura 3. Asociación porcentual de nivel de depresión y grado escolar.



Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

Los resultados de ansiedad.

El nivel de ansiedad, evaluado a través de la clasificación de HAMILTON, no mostró evidencia estadística en la proporción de alumnos con ansiedad entre las tres unidades académicas $p=0.559$ (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución porcentual de nivel de ansiedad por unidad académica

ESCUELA	ANSIEDAD			Total
	Ausente f (%)	Leve f (%)	Moderada f (%)	
Mazatlán	62 (86.10)	9 (12.50)	1 (1.40)	72
Culiacán	100 (87.00)	12 (10.40)	3 (2.60)	115
Los Mochis	73 (81.10)	12 (13.30)	5 (5.60)	90
Total	235 (84.80)	33 (11.90)	9 (3.20)	277

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

Cuando se consideró la ansiedad en dos categorías, según la clasificación del HAMILTON, no fue estadísticamente diferente entre los alumnos de las tres unidades académicas, $p=0.476$ (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución del nivel de Ansiedad en dos categorías por unidad académica.

ESCUELA	ANSIEDAD	
	No f (%)	Sí f (%)
Mazatlán	61 (85.90)	10 (14.10)
Culiacán	101 (87.10)	15 (12.90)
Los Mochis	73 (81.10)	17 (18.90)
Total	235 (84.80)	42 (15.20)

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

La ansiedad no está asociada estadísticamente con alumnos por rango de edad, $p = 0.519$, a través de la prueba ji-cuadrada de Pearson (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de rango de edad y ansiedad en dos categorías.

EDAD	Sin Ansiedad f (%)	Con Ansiedad f (%)	Total f (%)
18-19	82 (88.20)	11 (11.80)	93 (33.60)
20-21	103 (83.70)	20 (16.30)	123 (44.40)
22-25	50 (82.00)	11 (18.00)	61 (22.00)
Total	235 (84.80)	42 (15.20)	277

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

La asociación entre ansiedad y sexo, a través de la prueba ji-cuadrada de Pearson, no mostró evidencia estadísticamente significativa que indique alguna asociación, $p=0.814$ (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución porcentual de ansiedad por sexo.

Ansiedad			
Sexo	No f (%)	Sí f (%)	Total f (%)
Hombre	63 (22.70)	12 (4.30)	75 (27.10)
Mujer	172 (62.10)	30 (4.30)	202 (72.90)
Total	235 (84.80)	42 (15.20)	277

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

En el análisis de estudiantes y la asociación entre ansiedad y grado escolar, a través de la prueba ji-cuadrada de Pearson, no se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación, $p=0.830$ (Tabla 10).

Tabla 10. Asociación entre grado escolar y ansiedad.

GRADO	Ansiedad		
	Sin Ansiedad f (%)	Con Ansiedad f (%)	Total f (%)
Primero	67 (24.20)	11 (4.00)	78 (28.20)
Segundo	63 (22.70)	11 (4.00)	74 (26.70)
Tercero	58 (20.90)	9 (3.20)	67 (24.20)
Cuarto	47 (17.00)	11 (4.00)	58 (20.90)
Total	235 (84.8)	42 (15.20)	277

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

Asociaciones.

En el análisis de estudiantes con ansiedad y su asociación con depresión, a través de la prueba ji-cuadrada de Pearson se encontró evidencia estadísticamente significativa que indica asociación $p = 0.000$ (Tabla 11).

Tabla 11. Asociación entre depresión y ansiedad.

ANSIEDAD	DEPRESIÓN				
	Sin Depresión f (%)	D. Leve f (%)	D. Moderada f (%)	D. Severa f (%)	Total f (%)
Sin Ansiedad	190 (93.60)	20 (76.90)	15 (62.50)	10 (41.70)	235 (84.80)
A. Leve	11 (5.40)	6 (23.10)	8 (33.30)	8 (33.30)	33 (11.90)
A. Moderada	2 (1.00)	0 (0.00)	1 (4.20)	6 (25.00)	9 (3.20)
Total	203 (73.30)	26 (9.40)	24 (8.70)	24 (8.70)	277

Fuente: (Tejada-Rangel, E. 2016).

Análisis de regresión logística para estimar razón de momios para ansiedad (HAMILTON).

A través del análisis de regresión logística, se estimaron las razones de momios, con lo cual se evidenció que los alumnos con algún nivel de ansiedad (leve o moderada) tienen más riesgo de padecer efecto deprimido (OR=8.8) o somático (OR=31.6) en comparación con aquellos que no presentan síntomas de ansiedad $p < 0.05$.

CONCLUSIONES.

Los síntomas de depresión son variados, algunas personas no solo presentan un síntoma sino más de uno como la tristeza, desesperanza, falta de interés, falta de apetito, tal vez mas apetito de lo normal, entre otros síntomas que conforman la sintomatología depresiva.

En este estudio se encontró, que los alumnos presentan rasgos depresivos en un 26.7% en este grupo de estudio, el cual se considera especial por sus características, dentro de las que destacan las de ser estudiantes de enfermería y a los que la sociedad espera se comporte lo mejor posible.

El Instituto Nacional de Psiquiatría en México Ramón de la Fuente Muñiz reporta, que la depresión ocupa el primer lugar en el país, afectando al 20% de su población; podemos con esto darnos cuenta de lo importante que es atender la salud mental de este grupo vulnerable, tomando en cuenta las repercusiones que podría tener dejarlo llegar en estas condiciones de depresión al final de su carrera

y enfrentarse al mercado laboral; esto en el mejor de los casos, pero tomemos en cuenta los suicidios que se derivan de un episodio depresivo severo (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2010).

Dentro de este grupo de problemas mentales tenemos a la ansiedad, que si bien podría considerarse como una reacción humana natural que afecta a la mente y al cuerpo, tiene una importante función básica de supervivencia y es un sistema de alarma que se activa cuando una persona percibe un peligro o una amenaza, y cuando esto pasa, las personas sienten aceleración del ritmo cardiaco y respiratorio, tensión muscular, sudoración de las palmas de las manos, malestar en el estómago, temblor en las piernas; todas estas sensaciones son parte de la respuesta del cuerpo de huir o luchar y son provocadas por un aumento de la producción de adrenalina, principalmente lo que permite escapar rápidamente del peligro.

En esta investigación, se utilizó el cuestionario Hamilton para valorar la ansiedad de los alumnos en niveles y los resultados obtenidos son que el 26.7% de la población estudiada presentan ansiedad en alguno de sus niveles.

Los alumnos de enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa presentan rasgos de ansiedad, y depresión, con evidencia significativa de asociación entre ellas, además de entre algunas de las variables sociodemográficas, esta información en particular sirve para realizar intervenciones educativas en los alumnos que cursan grados escolares avanzados, realizar una evaluación posterior a la intervención para valorar su efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. ACTAD. Asociación Catalana para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión. (2014); Disponible en: http://www.actad.org/actad_es_ansiedad.php.
2. Becoña E. Et al. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. En: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>.

3. Clasificación de trastornos Mentales, CIE, OMS. (2010); Disponible en: [http://www.capitalemocional.com/Textos Psico/Clasificaci%F3n de transtornos mentales_CIE_10pdf](http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_transtornos_mentales_CIE_10pdf).
4. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2010). (adultos, Adolescentes)]; Disponible en: <http://indprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>.
5. Enriquez Cid P, Pimenta AM. (2008). Perceptions of drugs benefits and barriers to quit by under graduate health students. *Latino-am Enfermagem*; 16: 621- 626.
6. Flores R, Jiménez SD, Pérez S, Ramírez PB, Vega CZ. (2007). Depresión y Ansiedad en Estudiante Universitarios. *Revista de psicología Iztacala*; 10 (2): 94 -105.
7. Fawcett, J. (2014). Tendencias de investigación en enfermería. *Aquichan*, 14(3), 289-293. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.1>
8. Gerhard M, Camacho (2010). P. Guía Clínica Para el Manejo de la Depresión, Secretaría De Salud; Disponible en: [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo depresion.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo_depresion.pdf)
9. Giletta M, Scholte R, Prinstein M, Engels R, Rabaglietti E, Burk W. (2012). Friendship Context Matters: Examining the Domain Specificity of Alcohol and Depression Socialization Among Adolescents. *J. Abnorm Child Psychol*; 40: 1027-1043.
10. González- Forteza C, Warner FA, Jimenez A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: Análisis bibliométrico. *Salud Mental*; 35 (1): 13-20
11. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. *British. Journal of Psychiatry*. (1969); 3.
12. Jamal M, Willem Van Does AJ, Cuijpers P. Penninx BW. (2012). Asociación de smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. *Elsevier*; 126 (1):138-146.

13. Lobo A. et al. (2002). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*; 118(13):493-499.
14. Pastor MA. (2014). Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a las mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad; Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/133928/TMAP.pdf;jsessionid=9D4C5E83C1C67AD6E6E8FC4EE4D0C3CD.tdx1?sequence=1>
15. Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
16. Raile M, Marriner A. (2011). Modelos y Teorías: El modelo de la marea en la recuperación mental. 7º ed. España: Elsevier Mosby: P.673-705
17. Tejada-Rangel, E. (2016). "Asociación entre consumo de alcohol, tabaco, depresión y ansiedad en estudiantes de enfermería de Sinaloa". (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/92630>
18. Teoría del caos (2014). Disponible en: <http://www.slideshare.net/corpsitesnet/teoria-del-caos-1612721>
19. Terrones-González A. et al. (2012). Propiedades psicométricas de la CES-D en población universitaria de la ciudad de Durango, México. *Revista Salud Mental*; 35:305-313

DATOS DE LOS AUTORES.

1. **Eleazara Tejada-Rangel.** Doctora en Educación y docente de asignatura de maestría, Jefa de Enseñanza de Enfermería del H.G.C. Coordinadora de diplomados de la Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa, México. Correo electrónico: saraely2008@hotmail.com Orcid: 000-0003-1439-0719

2. **Marina Tejada Rangel.** Doctora en Desarrollo Humano y Educación, docente de la facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa, México. Coordinadora del Programa de Seguridad del paciente en el H.G.C. Correo electrónico: Rangel_ramirez1425@outlook.com Orcid: 000-0002-9727-917X

3. **Hilda Retamoza.** Doctora en Educación y docente de asignatura de la Maestría en Enfermería, Supervisora en el ISSSTE, Coordinadora de control escolar de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería, Culiacán, Sinaloa, México. Correo electrónico: hilda_retamoza@hotmail.com Orcid: 0000-0003-3699-0707

RECIBIDO: 10 de junio del 2023.

APROBADO: 23 de julio del 2023.