



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Medicina
Departamento de Estudios Avanzados
Maestría en Ciencias de la Salud

“Relación entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental en estudiantes de la Facultad de Medicina área de la salud en la nueva normalidad por pandemia de COVID-19”

TESIS

Que para obtener el grado de
Maestra en Ciencias de la Salud

Presenta:

LTF Nancy Magaly Mejía Quezada

Comité de Tutores:

Dra. Marcela Veytia López

Directora

Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Co-directora

Dra. Adriana Garduño Alanís

Asesora

INDICE

	No. página
Resumen	4
Summary	5
1. Antecedentes	6
1.1. <i>La salud mental desde el enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico</i>	6
1.2. <i>Una nueva normalidad derivada de la pandemia por SARS-CoV-2</i>	6
1.3. <i>Respuesta psicológica de la población durante la pandemia.</i>	8
1.3.1. <i>Ansiedad</i>	10
1.3.2. <i>Estrés</i>	10
1.3.3. <i>Depresión</i>	11
1.4. <i>Estudiantes de áreas de la salud</i>	12
1.5. <i>Conciencia corporal</i>	13
2. Planteamiento del Problema	15
3. Hipótesis	16
4. Objetivos	17
5. Justificación	18
6. Material y Métodos	19
6.1. Diseño de estudio	19
6.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	20
6.3. Procedimientos	21
6.4. Variables de Estudio	22
6.5. Instrumentos	22
6.6. Operacionalización de variables	27
6.7. Implicaciones Bioéticas	33
6.8. Recolección de Datos	33
6.9. Análisis Estadístico	33
7. Resultados	35
7.1. Carta de envío del artículo “Validación de la Evaluación Multidimensional de la Conciencia Corporal Interoceptiva (MAIA) en población mexicana”.	35
7.2. Resumen del artículo “Validación de la Evaluación Multidimensional de la Conciencia	36

Corporal Interoceptiva (MAIA) en población mexicana”.

8.	Discusión	37
9.	Conclusiones	38
10.	Referencias Bibliográficas	39
11.	Anexos	44
	11.1 Registro SIEA	44
	11.2 Consentimiento informado	45
	11.3 Adaptación de la carta de consentimiento informado para plataforma de Formularios de Google.	47
	11.4 Cédula de datos sociodemográficos	48
	11.5 Cédula de datos sobre Covid-19	53

RESUMEN

Desde un enfoque integrador en el que se considera al individuo dentro de su contexto bio-psico-social, la nueva normalidad como resultado de la pandemia por COVID-19 compromete la respuesta psicológica de las personas, lo que puede causar, desencadenar o potenciar los problemas de salud mental. En diversos estudios se ha identificado que los estudiantes del área de la salud presentan una mayor incidencia que la población en general en el desarrollo de alteraciones de la salud mental como la cronicidad de la ansiedad, el estrés y la depresión. A lo largo de la historia se han realizado propuestas de intervención para la prevención y tratamiento terapéutico de dichos trastornos mentales que incluyen técnicas somáticas con el objetivo de mejorar la relación entre el cuerpo y la mente a través del equilibrio, la respiración, la conciencia corporal y la calidad del movimiento. En el presente estudio se pretende conocer la relación que existe entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental de los estudiantes universitarios del área de la salud en la nueva normalidad por pandemia de COVID-19.

Se recolectaron los datos de 334 estudiantes del área de la salud. El instrumento de medición incluyó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario Sistémico Cognoscitivista para el estudio del estrés académico en su versión adaptada al contexto de la pandemia por COVID-19 (SISCO-SV), Evaluación Multidimensional de la Conciencia Corporal Interoceptiva (MAIA) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R). Como resultado de esta investigación, se realizó la validación de la versión en español de la escala MAIA en población mexicana. Se analizaron las correlaciones estadísticas entre las variables; se compararon grupos a través de las pruebas de diferencias en medias, rangos y frecuencias; y se generaron modelos de regresión lineal múltiple y logística para examinar los niveles predictivos de las variables.

En las puntuaciones de la escala MAIA y de la CES-D-R se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada e inversamente proporcional ($r_s = -.119$, $p < 0.05$). Se concluye que la presencia de síntomas de depresión es un predictor para la conciencia corporal y están inversamente relacionados entre sí. La investigación de esta temática permite sustentar las perspectivas de la fisioterapia en salud mental, la cultura de prevención y el tratamiento de la psicopatología en estudiantes universitarios mexicanos.

Palabras clave: Conciencia corporal, ansiedad, estrés, depresión, estudiantes, COVID-19.

SUMMARY

In an integrative approach in which the individuals are considered within their bio-psycho-social context, the new normality due to COVID-19 pandemic compromises people's psychological response, causing, developing or enhancing mental health problems. Some studies have identified that health science students have a higher incidence than the general population in the development of mental health disorders such as chronic anxiety, stress, and depression. Throughout the time, intervention proposals have been made for the prevention and therapeutic treatment of these mental disorders including somatic techniques which aim at improving the connection between the body and mind through balance, breathing, body awareness and the quality of movement. In the present study, we intended to identify the relation between body awareness and mental health disorders of university health science students in the new normality due to the COVID-19 pandemic.

Data from 334 health science students was collected. The measurement instrument included the Beck Anxiety Inventory (BAI), Systemic Cognitive Inventory for the study of academic stress in its version adapted to the context of the COVID-19 pandemic (SISCO-SV), Multidimensional Assessment of Interoceptive Body Awareness (MAIA) and The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-DR). As a result of this research, the validation of the Spanish version of the MAIA scale in Mexican population was carried out. Statistical correlations between variables were analyzed; groups were compared through tests of differences in means, ranges, and frequencies; multiple linear and logistic regression models were generated to examine the predictive levels of the variables. The MAIA and CES-D-R scale scores showed a statistically significant, moderate, and inversely proportional linear association ($r_s = -.119, p < 0.05$).

It is concluded that the presence of depression symptoms is a predictor for body awareness, and they are inversely related to each other. The investigation of this topic allows supporting the perspectives of physical therapy in mental health, the culture of prevention and the treatment of psychopathology in Mexican university students.

Key words: Anxiety, stress, depression, body awareness, students, COVID-19.

1. Antecedentes

1.1. La salud mental desde el enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico.

La psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) se centra en la aplicación del conocimiento médico para el abordaje de diferentes patologías, dirigiendo la atención al individuo dentro de su contexto bio-psico-social. La interrelación entre los sistemas nervioso, endocrino, inmunitario y la psiquis implica un sistema integrado ¹.

Al proceso activo de responder a los desafíos y los cambios adaptativos se denomina “alostasis”; esto implica a múltiples mediadores que interactúan entre sí para promover la adaptación a corto plazo, la desregulación o uso excesivo de estos mediadores da lugar a un cambio acumulativo que es denominado como “carga alostática y sobrecarga” ².

Experimentar eventos estresantes importantes dará como resultado un afrontamiento exitoso con una carga alostática mínima en la que los recursos internos son buenos y existe apoyo externo. Cuando no se logra afrontar la situación debido a la falta de recursos internos adecuados o apoyo externo deficiente para manejar los factores estresantes, se denomina “sobrecarga alostática” y se aplica a las situaciones de estrés en las que es probable que la desregulación fisiológica acelere el desarrollo de la enfermedad ^{2,3}.

Se ha observado que los individuos con características que deprimen al sistema inmunitario son más propensos a desarrollar trastornos psiquiátricos como la ansiedad, depresión y deterioro cognitivo ³. En la medicina actual el enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico es importante no solo en el diagnóstico sino también en el tratamiento de diversas patologías, el abordaje terapéutico de las distintas enfermedades desde un enfoque multidisciplinario es imprescindible, contemplando tanto las características somáticas (cuerpo-síntoma) como los elementos psicosociales, sabiendo que existe la comunicación entre la mente y el cuerpo ¹.

1.2. Una nueva normalidad derivada de la pandemia por SARS-CoV-2.

En diciembre de 2019, posterior a un brote de neumonía en Wuhan, provincia de Hubei, China; las autoridades sanitarias identificaron un virus que aparentemente se transfirió de los murciélagos a los humanos y posteriormente de humano a humano. Tras el análisis de una

muestra de líquido de lavado broncoalveolar de un paciente, se identificó a este virus bajo el nombre de SARS-CoV-2 y se clasificó dentro de la familia conocida como coronavirus ^{4,5,6,7}.

La transmisión del SARS-CoV-2 sucede principalmente por el contacto directo con una persona portadora o infectada, a través de los fluidos que expulsa en forma de microgotas, al toser, estornudar, espirar o hablar; estas partículas pasan directamente a otra persona mediante la inhalación o por contacto de las manos sucias con la cara, las mucosas orales, nasales u oculares ^{8,9,10}. El virus puede subsistir en lapsos variables, dependiendo de la superficie o ambiente en la que se desarrolle y es posible eliminarlo eficientemente con el uso de agentes antisépticos y desinfectantes domisanitarios o de uso común ¹¹.

Algunas personas superaron la enfermedad sin complicaciones y por lo tanto no recurrieron a la hospitalización ^{12,13}. En casos poco frecuentes, la enfermedad provocó cuadros graves como dificultad respiratoria, neumonía o incluso sepsis con desenlaces mortales ^{8,9,14}. Sin embargo, la capacidad del virus para propagarse permitió que se extendiera a una gran cantidad de territorios en poco tiempo y aumentó considerablemente la tasa de mortalidad de la enfermedad, por lo que a inicios del año 2020 se proclamó como una emergencia de salud pública internacional y finalmente, tras la evaluación de la cantidad de personas infectadas y muertes alrededor del mundo, fue declarada pandemia global ^{6,8,10,15,16}.

A finales de noviembre del mismo año, la cantidad de personas diagnosticadas superaba los 60,000,000 casos activos y se registraron hasta 1,429,689 decesos a nivel global. Las tendencias críticas mostraron a Estados Unidos, Brasil, India, México e Irán como parte de los 10 países más afectados ¹⁷. El primer caso reportado en México sucedió en el mes de febrero y la primera defunción el 18 de marzo de 2020 ^{8,18}, para el día 29 de marzo del 2022 ya se registraban hasta 5,654,311 casos confirmados y 336,975 muertes; el grupo de edad más afectado se encontraba entre los 20 y 54 años ^{13,18}. Los estados con mayor incidencia de la enfermedad, fueron la Ciudad de México, el Estado de México, y Puebla; lo cual podría atribuirse a la distribución geográfica y la dinámica de movilidad poblacional que caracteriza a dichas entidades ^{18,19}.

Ante la alerta sanitaria se implementaron medidas de salud pública para prevenir y limitar la transmisión viral de la enfermedad ¹¹. Inicialmente, la mayoría de los países afectados recurrieron a medidas de control no farmacéuticas, acciones de protección personal, medioambientales, aislamiento para reducir el movimiento e interacción social y periodo de

cuarentena nacional; lo cual permitió la limitación de exposición a personas infectadas con el virus SARS-CoV-2 y la reducción de los contagios y muertes ^{7, 15, 20, 21}.

En la República Mexicana las acciones de respuesta sanitaria incluyeron actividades de vigilancia epidemiológica, campañas de vacunación, información para los ciudadanos, formación para el personal de salud, el fortalecimiento de la red de laboratorios clínicos y la implementación de la Jornada Nacional de Sana Distancia que implicó la suspensión de las actividades no esenciales en los sectores público, social y privado con el objetivo de disminuir el contacto entre las personas ^{19, 22}.

La expresión “nueva normalidad” se ha utilizado en el contexto de la pandemia por COVID-19 para describir la flexibilización de la cuarentena y otras medidas de aislamiento, distanciamiento físico, entre otras que se han adoptado para reducir las tasas de propagación del virus y la mortalidad relacionada ^{9, 10, 15, 20}. Las precauciones y control de infecciones se aplican con cumplimiento obligatorio en los entornos que podrían propiciar la transmisión del virus, por lo cual se incluyó el cierre de instituciones educativas y espacios concurridos como gimnasios, albercas, estudios de baile, parques y patios de juego, reduciendo significativamente la posibilidad de recreación y entretenimiento ^{21, 22, 23, 24}.

1.3. Respuesta psicológica de la población durante la pandemia.

La COVID-19 se caracteriza principalmente por las alteraciones somáticas, sin embargo, es importante reconocer su impacto en la esfera psicológica por las emociones que provoca, tales como la tristeza, el miedo, el enojo y en algunas personas manifestaciones más complejas como la frustración, la ambivalencia y desorganización o incluso aburrimiento; las cuales también representan un riesgo potencial en el desarrollo de cuadros de depresión, síndrome de estrés y ansiedad ³. En momentos de distanciamiento físico y ante la presencia de la enfermedad, es importante salvaguardar la salud mental y promover la participación social, para evitar que en la experiencia percibida como desagradable se vea afectada la salud emocional y por lo tanto el estado de salud general ^{25, 26, 27}.

Los eventos críticos o extraordinarios de cualquier orden en los que se encuentra en riesgo la integridad física de la población, como en el caso de los desastres naturales, las emergencias humanitarias y las epidemias, al presentarse de manera imprevista y representar un daño,

comprenden un impacto múltiple que requiere ser abordado a través de recursos mentales por lo que se les considera generadores de estrés y son descritos como emergencias psicológicas^{22, 28, 29}.

De acuerdo con la experiencia documentada, se reconoce que en situaciones de emergencia que amenazan la seguridad y el funcionamiento normal de una persona o su comunidad, es normal experimentar angustia, miedo, tristeza, ansiedad, tensión, inseguridad, preocupación e incluso pánico o terror, también es común que el sistema de memoria falle y la capacidad de razonamiento se vea ligada a la supervivencia en contextos de alto estrés, por esto las personas son incapaces de procesar toda la información que demanda la situación^{22, 26, 30}.

En algunos casos, las situaciones de emergencia (independientemente de la naturaleza de los factores causantes), al comprometer directamente la respuesta psicológica de cada individuo pueden causar, desencadenar o empeorar los problemas de salud mental si las reacciones presentes se prolongan o se tornan más graves e incapacitantes^{29, 32, 33}. Ante las emergencias sanitarias y las crisis epidemiológicas hay factores como la magnitud del evento, la acción de los servicios sanitarios, las medidas de cuidado o prevención que se adoptan y el nivel de vulnerabilidad que percibe la población afectada, que influyen directamente en la respuesta psicológica de las personas y pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas de salud mental; se considera que la disminución del contacto físico con otras personas, a causa de las medidas de prevención para reducir la propagación de las enfermedades, provoca la alteración de la dinámica social y existe la posibilidad de incluso una ruptura social^{22, 28}.

Desde el momento en que el gobierno mexicano informó sobre el mayor potencial de transmisión del SARS-CoV-2 y el aumento de casos, la ansiedad y la depresión aumentaron significativamente en la población^{31, 34}; la tendencia a exagerar la presencia de cualquier síntoma físico, el temor a contagiarse o ser contagiado, la duración de la cuarentena, la pérdida de la rutina habitual, las pérdidas económicas por la falta de trabajo o la interrupción de las actividades laborales, la pérdida de acciones de recreación y la sensación de soledad por la reducción del contacto con otras personas, son factores que se perciben como estresores con potencial riesgo para desencadenar efectos psicológicos adversos o indeseables en las personas de diversas comunidades^{16, 22, 23, 34}.

1.3.1. Ansiedad.

La ansiedad es un estado emocional transitorio de intensidad y duración variable; es propia de la existencia humana y se presenta de forma cotidiana en todas las personas, funge como respuesta adaptativa por lo que se considera una reacción normal frente a una amenaza (estrés)^{35, 36, 37, 38}. Es descrita como un estado de agitación e inquietud que concentra manifestaciones físicas y mentales que incluyen la presencia de tensión muscular, mareo, sudoración excesiva, fluctuaciones de la presión arterial, taquicardia, parestesias, temblor, molestias y problemas digestivos³⁵.

Aunque este estado permite al individuo mejorar su desempeño en las actividades de la vida diaria, ocasionalmente el estrés puede ser excesivo para los recursos mentales que se dispone, lo que origina una respuesta de ansiedad inapropiada y se convierte en patológica o se considera un trastorno que supera la preocupación temporal, empeora con el tiempo y afecta la funcionalidad de la persona^{37, 38}. Los trastornos de ansiedad causan malestar clínicamente significativo o problemas en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento^{39, 40}. En México se consideran la principal causa de consulta psiquiátrica y psicológica³⁹, con una mayor tasa de presentación en niveles socioeconómicos bajos e incidencia más elevada en la adolescencia y la juventud³⁶.

1.3.2. Estrés.

El estrés representa un hecho de la vida común de todo individuo, se trata de un proceso adaptativo esencialmente psicológico imprescindible para la supervivencia humana ya que es provocado por los cambios en los ambientes en que se desenvuelve una persona. No es considerado una emoción sino como un agente generador de emociones como la tristeza, enojo, miedo y ansiedad^{35, 41}. Las manifestaciones que incluye son reacciones físicas, psicológicas y conductuales⁴¹. La relación entre el estrés y la enfermedad se basa en la posibilidad de que se produzcan cambios relevantes en la función del organismo ante las experiencias estresantes³⁵.

El estrés es una respuesta común de afrontamiento entre los estudiantes ante la sobrecarga académica, la falta de tiempo para cumplir con las actividades académicas y la realización de exámenes; en esta población se define como “estrés académico” y afecta con mayor frecuencia a las mujeres^{38, 41}. Los niveles elevados de estrés provocan diferentes alteraciones en el

comportamiento de los estudiantes, dificultades de atención y concentración, dificultades para memorizar y resolver problemas que al ser cada vez más negativos y menos adaptativos pueden influir en la productividad y rendimiento académico, provocando la deserción académica e índices altos de reprobación ^{41, 42}.

El estrés crónico al que están sometidas las personas durante el curso de la pandemia produce concentraciones elevadas de cortisol, con efectos inmunosupresores, a su vez, el sistema inmunitario presenta una respuesta de estrés visceral que impacta en la salud mental; el virus es capaz de alcanzar el sistema nervioso central y provocar la inflamación nerviosa que eventualmente favorece las manifestaciones psicológicas ³.

1.3.3. Depresión.

La depresión es descrita como una respuesta de tipo emocional que resulta de la interacción de múltiples factores tanto personales como sociales, biológico y ambientales que representan a la persona que la padece, se caracteriza principalmente por la presencia de periodos de profunda tristeza, la pérdida de interés y la capacidad de sentir placer por actividades, situaciones o elementos que solían ser importantes para la persona; también pueden presentarse sentimientos de culpa, inseguridad y falta de autoestima que en algunos casos provocan trastornos del sueño o del apetito y eventualmente la sensación persistente de cansancio, también se puede observar en la disminución del movimiento y su velocidad, así como en la reducción de la capacidad de poder concentrarse o razonar de manera eficiente ^{43, 44, 45, 46}. La duración e intensidad de estos sentimientos son indicadores que permiten diferenciar la depresión de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves propios de los problemas cotidianos presentes en la vida diaria ^{32, 36}.

Algunas de las condiciones que favorecen o aumentan el riesgo de presentar síntomas depresivos son el tipo de personalidad, principalmente aquellos tipos que tienden a ser emocionalmente negativos; la baja autoestima; la presencia de problemas económicos, laborales o académicos; las experiencias desagradables o que representan pérdida; las condiciones generales de salud; la dificultad para relacionarse o establecer un sentido de pertenencia, carecer de redes de apoyo social tanto familiares como amistades; la percepción de las responsabilidades y la deficiencia de estrategias para resolver problemas ^{32, 43}.

La cantidad e intensidad de los síntomas, son características que son de utilidad para determinar el grado de los episodios depresivos, estos se clasifican como leves, moderados o graves; en los casos leves, el abordaje no requiere el uso fármacos, caso contrario de los niveles moderado o grave, en los que se hace necesaria la administración de medicamentos y la intervención de profesionales de la psicoterapia ^{32, 43}. Las personas con dificultad para regular su respuesta emocional presentan mayor número de síntomas físicos y mayor tendencia al pensamiento negativo que eventualmente conduce a un deterioro funcional físico y social ^{37, 43, 44}.

Se calcula que al menos el 15% de la población mundial enfrenta un episodio de depresión a lo largo de su vida; la incidencia es mayor en mujeres que en hombres, afecta tanto a las personas adultas como a los jóvenes, sin embargo, aumenta en la adolescencia, lo cual puede asociarse a las características biológicas, sociales y psicológicas de estos grupos ^{32, 36, 45, 46, 47}.

En la población mexicana la depresión se presenta en aproximadamente el 10 al 28% de la población juvenil de 15 a 24 años, siendo este grupo el más afectado, seguido de los adultos con un porcentaje de presentación del 12 a 20% y por último los adultos mayores con 15 a 20% ⁴⁸. Algunas entidades como Veracruz, Puebla, Estado de México y Oaxaca presentan los mayores índices de depresión entre su población juvenil con un 60.6%, 60.3%, 60% y 59.4% de presentación respectivamente ⁴³.

La depresión es la principal causa de discapacidad a nivel global y en su forma más grave, hay presencia de ideación suicida o incluso suicidio contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad ^{32, 43, 44}.

1.4. Estudiantes de áreas de la salud.

Los estudiantes de áreas de la salud son todos aquellos que se encuentran cursando un programa con formación clínica o médica para la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para la atención de los enfermos, producción de avances en la ciencia de la Medicina y promoción de la Salud Pública; incluye todas las ramas de las Ciencias de la Salud ^{47, 49}.

Para algunos estudiantes de áreas de la salud, la escuela supone la experiencia de problemas físicos y psicológicos, momentos de angustia personal, traumas, inseguridad alimentaria, aislamiento social, discriminación, ansiedad y depresión a causa de las fuentes de estrés como

los altos requerimientos de rendimiento físico y mental, la falta de tiempo para la realización de diversas tareas, el enfrentamiento de conflictos emocionales que surgen al contacto con los pacientes y que se añaden a su propia vulnerabilidad psicobiológica ^{25, 45, 49, 50}.

1.5. Conciencia corporal.

El ser humano se comunica con el mundo que lo rodea a través de su cuerpo y el movimiento. El cuerpo como medio de percepción, expresión y transmisión, conforma la unidad funcional fisiológica y psicológica del ser humano ⁵¹. Miller, Murphy y Buss acuñaron y desarrollaron el concepto de “conciencia corporal” ^{51, 52} para describir un aspecto que, aunque conceptualmente no es claro, reconoce el vínculo inseparable entre la mente y el movimiento ⁴⁴.

La conciencia corporal suele ser descrita como un proceso emergente, de carácter dinámico, que surge de la interacción entre la evocación de los estados, los procesos y las acciones propias del cuerpo, a partir de las cuales se originan las aferencias propioceptivas e interoceptivas que puede contemplar una persona de forma activa y atenta ^{53, 54}. Para su instauración depende de la apreciación integral de las sensaciones físicas, por ejemplo, prestar atención a la posición corporal atendiendo a la experiencia que ofrece la alineación de los segmentos corporales, su relación con las superficies y contactos; la evocación del ritmo cardíaco y también la escucha activa de sensaciones más complejas como el dolor y la relajación ⁵¹.

La conciencia corporal se adquiere y se construye a lo largo de la vida mediante la maduración del sistema nervioso, el desarrollo psicomotor, las experiencias de movimiento y el contacto físico; se manifiesta en tres elementos del conocimiento que cada individuo tiene sobre sí mismo que son la imagen, el concepto y el esquema corporal ^{51, 53}. Los factores que influyen en la construcción de la conciencia corporal son los aspectos culturales, tradicionales, emocionales y vivenciales en los que se involucra una persona ⁵¹.

Hay estudios que sustentan la influencia que tiene directamente sobre la calidad del movimiento, la coordinación, las relaciones espaciales, la percepción, el equilibrio e incluso el autoconcepto ^{51, 53}, razón por la cual su entrenamiento se ha utilizado en el tratamiento de trastornos como el dolor crónico, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, síndrome del intestino irritable, entre otros ⁵⁴. Lowen ⁵⁵ interpreta las perturbaciones mentales como procesos adyacentes a las alteraciones físicas y explica que el ser, la individualidad y la personalidad de

las personas están determinados por el cuerpo; la pérdida de contacto con el cuerpo conduce a la pérdida de contacto con la mente y se hacen presentes las alteraciones mentales como los trastornos de ansiedad y pánico ^{32,54}.

La tendencia a dirigir la atención hacia sí mismos, especialmente hacia aspectos corporales internos tales como la frecuencia cardíaca, parece constituir un importante factor para tener en cuenta en la etiología, tratamiento y pronóstico de las alteraciones mentales ^{52,54}, pues se han relacionado las crisis psicológicas con la atención que los pacientes dirigen hacia aspectos corporales o somáticos ^{55,56}. Algunos autores han definido una relación entre la severidad de los síntomas somáticos, psiquiátricos y las concentraciones de citocinas en los pacientes positivos para SARS-CoV-2 ³.

2. Planteamiento del Problema:

Los eventos críticos en los que se encuentra en riesgo la integridad física de las personas, como es el caso de la actual emergencia sanitaria por COVID-19, al presentarse de manera imprevista y representar un potencial daño a la población, comprende un impacto múltiple que implica el uso de diversos recursos mentales y es considerado potencialmente generador de estrés. Al comprometer directamente la respuesta psicológica de cada individuo, se estima que la nueva normalidad ante la pandemia por COVID-19 puede causar, desencadenar o empeorar los problemas de salud mental, tal es el caso de la ansiedad, el estrés y la depresión.

Los estudiantes, principalmente del área de la salud, presentan una vulnerabilidad psicobiológica a la que se añade la ansiedad y depresión a causa de las fuentes de estrés como los altos requerimientos de rendimiento físico y mental, la falta de tiempo para la realización de diversas tareas. Se estima que el confinamiento causado por la pandemia exacerbó la presencia de sintomatología de alteraciones de la salud mental en la población estudiantil.

El desarrollo o persistencia de las alteraciones mentales que se tornan graves e incapacitantes afectan la capacidad para reaccionar de manera apropiada ante situaciones específicas, por lo cual se hace necesario el seguimiento y control de la salud mental a través del acompañamiento emocional.

A lo largo de la historia de la fisioterapia se ha empleado el ejercicio, la actividad física y el entrenamiento de la conciencia corporal en el tratamiento de trastornos con rasgos asociados a los trastornos psicológicos; también se han relacionado las crisis psicológicas con la atención que los pacientes dirigen hacia aspectos corporales o somáticos. En México las investigaciones al respecto son limitadas por lo tanto es importante desarrollar evidencia científica al respecto.

Pregunta investigación:

¿Cuál es la relación entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental (ansiedad, estrés y síntomas de depresión) en estudiantes del área de la salud en la nueva normalidad por la pandemia de COVID-19?

3. Hipótesis:

Hipótesis alterna:

Existe relación bidireccional entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental (ansiedad, estrés y síntomas de depresión) en estudiantes del área de la salud en la nueva normalidad por la pandemia de COVID-19.

Hipótesis nula:

No existe relación entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental (ansiedad, estrés y síntomas de depresión) en estudiantes del área de la salud en la nueva normalidad por la pandemia de COVID-19.

4. Objetivos:

General:

Analizar la relación entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental (ansiedad, estrés y síntomas de depresión) en estudiantes del área de la salud en la nueva normalidad por la pandemia de COVID-19.

Específicos:

- Evaluar las propiedades psicométricas de la versión en español del instrumento “MAIA” en una población mexicana.
- Comparar las puntuaciones de ansiedad, estrés académico y síntomas de depresión en estudiantes del área de la salud con diferentes niveles de conciencia corporal.
- Identificar la asociación de ansiedad, estrés, síntomas de depresión y conciencia corporal en estudiantes del área de la salud en la nueva normalidad por la pandemia de COVID-19.
- Describir la relación que existe entre el nivel de conciencia corporal y las alteraciones de salud mental (ansiedad, estrés y síntomas de depresión) en estudiantes del área de la salud en la nueva normalidad por la pandemia de COVID-19.

5. Justificación:

A principios de 2020, la enfermedad por coronavirus (COVID-19) se extendió rápidamente a lo largo del mundo, la alarma sanitaria ha generado grandes cambios en el estilo de vida de las personas, una nueva normalidad, situación que ha propiciado la presencia de síntomas de ansiedad, estrés y depresión en la población más joven o con enfermedades crónicas.

Cabe señalar que el sistema de salud en México cuenta con un enfoque basado en la curación más que de prevención, por lo cual la atención psicológica y psiquiátrica es escasa. Es importante desarrollar estrategias para reducir el impacto en la salud mental durante la crisis causada por la pandemia evitando que la respuesta psicológica inicial normal a la situación de emergencia al no recibir atención adecuada, evolucione a estados patológicos o trastornos mentales que requieran atención de mayor escala o que puedan generar otras complicaciones tanto en el plano físico y fisiológico como en la reacción social, que deriven en violencia, uso de sustancias adictivas, deserción escolar o desintegración del núcleo familiar.

Diversos programas de entrenamiento. actividad física y ejercicio se han empleado como técnicas terapéuticas para la intervención de las alteraciones en salud mental. En México, la investigación al respecto es escasa, sin embargo, alrededor del mundo las prácticas basadas en la conciencia somática para el tratamiento de trastornos mentales han tenido un creciente interés en la comunidad de fisioterapeutas y kinesiólogos de la salud mental.

Es por lo mencionado que conocer la relación del estado de conciencia corporal en las personas con alteraciones de la salud mental (ansiedad, estrés y síntomas de depresión) permitirá que exista evidencia para el desarrollo de programas que sirvan a los estudiantes como recurso en el manejo de las alteraciones mentales y como recurso en el desarrollo de estudios que promuevan el entrenamiento de la conciencia corporal como técnica terapéutica para prevenir y reducir la sintomatología de los trastornos ya mencionados.

6. Material y Métodos:

6.1. Diseño de Estudio

Tipo de estudio

Estudio transversal, observacional, analítico, correlacional múltiple.

Universo

El universo está compuesto por los 1703 alumnos inscritos en los diferentes programas de licenciatura que ofrece la Universidad Autónoma del Estado de México a través de la Facultad de Medicina.

Tabla 1. Comparativo y distribución de la matrícula por licenciatura y género 2019-2020

FACULTAD DE MEDICINA							
Licenciatura	Bioingeniería médica	Nutrición	Medicina	Terapia física		Terapia ocupacional	
Alumnos inscritos	H: 115 M: 130	H: 35 M: 198	H: 212 M: 441	H: 43 M: 140	Mixta H: 23 M: 79	H: 31 M: 163	Mixta H: 12 M: 81
Total	245	233	653	285		287	
Población total (N)	1703						

Fuente: Agenda Estadística, 2019-2020.

Método de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de la muestra poblacional se utilizó la fórmula $n=N/1+N(e)^2$, en donde la población (N) es de 1703 alumnos inscritos a los diferentes planes de estudio que oferta la Facultad de Medicina, el margen de error empleado seleccionado fue .05; la muestra representativa de la población requerida para el estudio resultó en 324 participantes de estudio.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó de la siguiente manera:

Fórmula y datos	Sustitución	Operación	Resultado
$n=N/1+N(e)^2$	$n=1703/1+1703(.05)^2$	$n=1703/1+1703(.05)^2$	n=324
Donde: n=? N= 1703 e=.05		$n=1703/1+1703(.0025)$ $n=1703/1+4.2575$ $n=1703/5.2575$ $n=323.91$	

6.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios inclusión

- Alumnos con edad entre 18 y 25 años.
- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos que inscritos en alguno de los programas de licenciatura impartidos en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- Alumnos que participaron de forma voluntaria y firmaron la carta de consentimiento informado (Anexo 11.2).

Criterios exclusión

- Alumnos que se encontraban en tratamiento psicofarmacológico.

Criterios eliminación

- Alumnos que no completaron los cuestionarios.

6.3. Procedimientos

El presente estudio se realizó en 6 etapas que se desarrollaron de la siguiente manera:

- I. Registro y aprobación. El protocolo de investigación se envió a la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados (SIEA) con número de registro MACSSD-03-1321 (Anexo 11.1) y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Instituto de Estudios Sobre la Universidad (IESU) de la Universidad Autónoma del Estado de México con número 2021/P10.
- II. Preparación. Se adaptó el documento de consentimiento informado y los instrumentos de recolección de datos y medición psicológica para su aplicación vía remota mediante la plataforma de *Formularios de Google*. Se acudió a la Subdirección Académica y a las coordinaciones de licenciatura para informar sobre la investigación y solicitar la aprobación y apoyo para la difusión del instrumento entre la comunidad universitaria.
- III. Difusión y recolección de datos. La invitación a participar se realizó a través de los coordinadores y docentes, la presentación en algunas clases en línea y por medio de las redes sociales oficiales y del equipo de divulgación conformado por estudiantes de pregrado de la institución. Al tratarse de un cuestionario de autoaplicación con tiempo estimado de respuesta de 20 a 45 minutos, cada estudiante decidió el momento para ingresar a la plataforma y contestar; la primera sección consistió en el consentimiento informado en el cual se presentó el proyecto y sus implicaciones bioéticas, posteriormente los estudiantes tenían la opción de participar voluntariamente o rechazar la participación, en caso de no desear participar el formulario era enviado automáticamente al seleccionar la opción “No deseo participar”.
- IV. Procesamiento de la información y tabulación. Al finalizar la etapa de recolección de datos, se seleccionaron los participantes que conformaron la muestra, aplicando los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos. La información obtenida se capturó en una base de datos con los programas Microsoft Excel y el software estadístico SPSS.
- V. Análisis. Se ejecutaron los análisis y pruebas estadísticas correspondientes a los objetivos general y específicos definidos con la intención de comprobar la hipótesis.
- VI. Difusión de los resultados. Los datos obtenidos se utilizaron para la elaboración de dos artículos científicos, el primero sobre la validación de la versión en español del instrumento MAIA para la evaluación de la conciencia corporal interoceptiva en

población mexicana y el segundo sobre la relación de la conciencia corporal con las alteraciones de salud mental abordadas en el presente estudio.

6.4. Variables de Estudio

Dependiente:

- Conciencia corporal interoceptiva

Independientes:

Alteraciones de salud mental:

- Ansiedad
- Estrés
- Síntomas de depresión

Intervinientes:

- Sexo
- Edad
- Licenciatura
- Año escolar
- Actividad física
- Percepción del sueño
- Situación respecto al COVID-19

6.5. Instrumentos

Cédula de datos de identificación

Sección en donde se recopilaron los datos sociodemográficos como edad, sexo, información académica (número de cuenta, licenciatura y semestre), estado civil, consumo de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas), presencia de violencia, tristeza o angustia, tratamiento psicofarmacológico o terapéutico y ocupación de tiempo (Anexo 11.4).

Datos sobre COVID-19

Cuestionario de 14 preguntas basado en la “Encuesta COVID-19 Madrid Salud” del Ayuntamiento de Madrid ⁵⁷, en donde se compendia información personal respecto a la situación actual y previa al confinamiento por COVID-19, incluyendo aspectos de exposición al virus, relaciones personales, actividades de autocuidado, sueño y alimentación (Anexo 11.5).

Beck Anxiety Inventory (BAI) -Aaron T. Beck y Robert A. Steer.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es el instrumento más utilizado en la investigación psicológica para evaluar el nivel de ansiedad en la población general de 13 años o más. Consiste en 21 ítems presentados en formato tipo Likert de 4 puntos sobre grado de molestia, puede aplicarse de forma oral o escrita y se le pide al participante que responda en una escala de 0 a 3 (en absoluto a severamente) con qué gravedad le afectó determinada situación en la última semana.

Está formulado de manera que la suma de las respuestas a cada uno de los 21 ítems permite la clasificación de la ansiedad en 4 niveles:

- 0-7 puntos: Ansiedad mínima
- 8-15 puntos: Ansiedad leve
- 16-25 puntos: Ansiedad moderada
- 23-63 puntos: Ansiedad grave

Por la calidad de instrucciones y facilidad para registrar las respuestas puede ser autoaplicado y el tiempo estimado para la aplicación de la prueba individual es de 2 a 10 minutos. En la evaluación de sus propiedades se han registrado excelentes indicadores de validez de constructo y consistencia interna ($\alpha= 0.88$)⁵⁸. Se utilizó la versión adaptada al idioma español realizada en colaboración con *Pearson Clinical & Talent Assessment España* ⁵⁹.

Inventario Sistemico Cognoscitivista (Adaptación al contexto de la crisis por COVID-19). -Arturo Barraza.

El Inventario Sistemico Cognoscitivista es un instrumento de medición psicológica integrado por 3 dimensiones (estresores, síntomas y estrategias de afrontamiento) con 15 preguntas cada una, en presentación de escala tipo Likert con seis opciones de respuesta ⁶⁰:

- 0: Nunca
- 1: Casi nunca
- 2: Raras veces
- 3: Algunas veces
- 4: Casi siempre
- 5: Siempre

La versión adaptada al contexto de la pandemia por COVID-19 incluye los 45 ítems originales y dos ítems adicionales en el apartado de estrategias de afrontamiento, el número 46 sobre navegar en internet y el número 47 referente a jugar videojuegos, considerando que representan las actividades que se promueven a causa del confinamiento o aislamiento domiciliario; también se modificó la redacción de algunas interrogantes para adaptarlos al contexto de la comunidad universitaria ante la educación a distancia. De acuerdo con el coeficiente alfa de Cronbach, las tres dimensiones tienen una confiabilidad excelente de 0.85 a 1 ⁶¹. El tiempo aproximado de aplicación es de 10 minutos.

Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) -Wolf E. Mehling et al.

La Evaluación Multidimensional de la Conciencia Corporal Interoceptiva (MAIA por las siglas en inglés) es una escala clínica conformada por 32 ítems, divididos en 8 subescalas o dimensiones de la siguiente manera ⁶²:

1. Ítems 1-4: Percepción (Conciencia de incomodidad, comodidad y sensaciones corporales neutrales)
2. Ítems 5-7: No distraerse de la sensación de dolor (Tendencia a no ignorar o distraerse de la sensación de incomodidad o dolor)
3. Ítems 8-10: No inquietarse (Tendencia a no preocuparse o experimentar estrés emocional con las sensaciones de dolor o molestia)

4. Ítems 11-17: Regulación de la atención (Habilidad para sostener y controlar la atención a las sensaciones corporales)
5. Ítems 18-22: Conciencia emocional (Conciencia de la conexión entre las sensaciones corporales y las emociones)
6. Ítems 23-26: Autorregulación (Habilidad para regular la tensión/angustia/aflicción a través de prestar atención a las sensaciones corporales)
7. Ítems 27-29: Escuchar al cuerpo (Atender activamente las sensaciones del cuerpo para esclarecerse)
8. Ítems 30-32: Confianza (Confiar en que el cuerpo se manifiesta de manera segura y confiable)

Se trata de un cuestionario de autoaplicación en presentación tipo Likert con 6 opciones de respuesta en orden ascendente, donde 0 es “Nunca” y 5 es “Siempre”, se obtiene una puntuación total que puede abarcar de 0 a los 160 puntos. Se estima que el tiempo de aplicación es de 5 a 15 minutos.

La escala presenta indicadores de validez de constructo y fiabilidad apropiados, para la escala total ha reportado un valor de 0.90 de alfa de Cronbach, mientras que para las subescalas oscila entre 0.66 a 0.87 para cada una. Ha sido registrada con derechos de autor, sin embargo, se encuentra disponible para su utilización sin costo o solicitud de permisos; actualmente el instrumento cuenta con 3 versiones, la versión original se ha traducido a 27 diferentes idiomas, 12 de las cuales ya han sido validadas.

Para este estudio se utilizó la versión traducida al español por el Instituto de Sistemas Complejos de Valparaíso, Chile⁶³, que conserva el formato, extensión y estructura de la versión original. Acorde con los objetivos establecidos en la presente investigación, se sometió a pruebas de validación, con el fin de verificar que exista una correcta comprensión de los reactivos, así como una adecuada correlación con base en las respuestas obtenidas en la población mexicana.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos Revisada (CES-D-R).

Se trata de una adaptación y traducción al español de la escala desarrollada originalmente por Leonore Radloff⁶⁴, es un instrumento de tamizaje utilizado para detectar síntomas de depresión presentes durante la última semana en un periodo de al menos dos semanas.

La CES-D-R incorpora las 20 preguntas originales del CES-D y 15 preguntas que contemplan la presencia y frecuencia de otros síntomas. Los reactivos son presentados en formato tipo Likert que permiten valorar la presencia y frecuencia de sintomatología depresiva en 5 clases mutuamente excluyentes:

1. Presencia en al menos 5 criterios y anhedonia o disforia: Síntomas de Episodio Depresivo Mayor (EDM) clínicamente relevantes.
2. Presencia de disforia o anhedonia y 4 síntomas durante casi todos los días en las últimas dos semanas: EDM altamente probable.
3. Presencia de disforia y anhedonia con 3 síntomas durante casi todos los días en las últimas dos semanas: EDM probable.
4. Resultado de 16 o más puntos en la escala revisada sin representar alguna de las categorías previas: Episodio depresivo subumbral.
5. No presenta síntomas de EDM de relevancia clínica.

El índice de consistencia interna de la escala global CES-D-R es satisfactorio ($\alpha = 0.93$), presenta características psicométricas excelentes, por lo cual es adecuada para su aplicación en la detección oportuna de depresión en adolescentes⁶⁵.

6.6. Operacionalización de variables						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS
SOCIODEMOGRÁFICAS-INTERVINIENTES						
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas presentes al momento del nacimiento.	0 = Mujer 1 = Hombre	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Cédula de recolección de datos	-Frecuencias -Porcentajes -ANOVA
Edad	Tiempo medido en años que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa Discreta	Ordinal	Cédula de recolección de datos	-Frecuencias -Porcentajes -ANOVA
Año escolar	Período o ciclo durante el cual los estudiantes acuden a sus centros de enseñanza para realizar las actividades escolares de un grado.	1° año= primer y segundo semestre 2° año= tercer y cuarto semestre 3° año= quinto y sexto semestre 4° año= séptimo y octavo semestre	Cualitativa Categórica	Ordinal	Cédula de recolección de datos	-Frecuencias -Porcentajes -ANOVA

		5° año= noveno y décimo semestre				
Actividad física durante el confinamiento	Todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo (Ejemplo: caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga y trabajar en la huerta o el jardín).	0 = Nunca o casi nunca 1 = Pocas veces 2 = Bastantes veces 3 = Siempre o casi siempre	Cualitativa Politómica	Ordinal	Cédula de recolección de datos	-Frecuencias -Porcentajes
Percepción del sueño durante el confinamiento	Valoración subjetiva que una persona tiene sobre cómo ha dormido en un periodo determinado.	0 = Nunca o casi nunca 1 = Pocas veces 2 = Bastantes veces 3 = Siempre o casi siempre	Cualitativa Politómica	Ordinal	Cédula de recolección de datos	-Frecuencias -Porcentajes
Situación personal respecto al COVID 19 durante el confinamiento	Estado de salud o contagio que ha experimentado la persona durante el confinamiento.	1 – Me he contagiado y he estado hospitalizado/a 2 – Me he contagiado, aislamiento y tratamiento en casa 3 – Posiblemente me he contagiado, pero no me realice la	Cualitativa Politómica	Ordinal	Cédula de recolección de datos	-Frecuencias -Porcentajes

		prueba y no he tenido síntomas o han sido leves 4 – No me he contagiado				
DEPENDIENTE						
Conciencia corporal interoceptiva	La capacidad para identificar las propias emociones y sensaciones.	Puntuaciones de 0 a 160	Cuantitativa Discreta	Razón	Evaluación Multidimensional de la Conciencia Corporal Interoceptiva (MAIA)	-Medidas de tendencia central y medidas de dispersión -Frecuencia -Porcentajes -Análisis de normalidad de Kolmogórov-Smirnov -Diferencia de grupos -Análisis de asociación con prueba de correlación Spearman -Modelo de regresión lineal múltiple

INDEPENDIENTES

Ansiedad	Experiencia emocional que involucra sensaciones de amenaza o peligro latente.	Puntuaciones de 0 a 63	Cuantitativa Discreta	Razón	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	<ul style="list-style-type: none"> -Medidas de tendencia central y medidas de dispersión -Frecuencia -Porcentajes -Análisis de normalidad de Kolmogórov-Smirnov -Análisis de asociación con prueba de correlación Spearman - Modelo de regresión lineal múltiple
Estrés académico	Reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos.	Puntuaciones de 0 a 235	Cuantitativa Discreta	Razón	SISCO SV (Adaptado al contexto de la pandemia)	<ul style="list-style-type: none"> -Medidas de tendencia central y medidas de dispersión -Frecuencia -Porcentajes

						<ul style="list-style-type: none"> -Análisis de normalidad de Kolmogórov-Smirnov -Análisis de asociación con prueba de correlación Spearman - Modelo de regresión lineal múltiple
Depresión	Enfermedad caracterizada por la persistencia de estados de ánimo bajo y emociones con tendencia a la irritabilidad y vacío.	Puntuaciones de 0 a 140	Cuantitativa Discreta	Razón	Center for Epidemiologic Studies (CES-D-R)	<ul style="list-style-type: none"> -Medidas de tendencia central y medidas de dispersión -Frecuencia -Porcentajes -Análisis de normalidad de Kolmogórov-Smirnov -Análisis de asociación con prueba

						de correlación Spearman - Modelo de regresión lineal múltiple
--	--	--	--	--	--	--

6.7. Implicaciones Bioéticas

El presente estudio se realizó bajo la responsabilidad, conducción y supervisión de un investigador principal; acorde con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que define los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y el Código ético de la Asociación Médica Mundial de 1964 (Declaración de Helsinki) para las investigaciones médicas en seres humanos.

Los elementos mínimos con los que se cumple son:

1. Autorización de la investigación y revisión por el comité de tutores.
2. Carta de consentimiento informado y aceptación para la participación en el estudio por los estudiantes.
3. Informar de los efectos de la intervención y los posibles efectos adversos, garantizando que no se someterá al participante a riesgos innecesarios.
4. Respeto y protección a la salud, dignidad, integridad, los derechos y privacidad de los participantes.

La tesista se comprometió a reconocer y dar crédito a la autoría de cada uno de los materiales bibliográficos consultados para que no exista plagio de información, se elaboraron las citas y referencias bibliográficas correspondientes, para que cualquier persona que consulte el documento pueda corroborar la procedencia y veracidad de la información aquí presentada.

6.8. Recolección de Datos

Los instrumentos de medición se aplicaron de manera virtual a través de *Formularios de Google*, el tiempo estimado para responder fue de 20 a 45 minutos.

6.9. Análisis Estadísticos

La información obtenida se capturó en una base de datos en el programa Microsoft Excel y se exportó al programa Statistical Package for the Social Sciences (versión 25.0) para el análisis estadístico. En el análisis descriptivo se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, para las variables cuantitativas además se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión.

Se efectuó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov para confirmar el tipo de distribución de las puntuaciones obtenidas mediante los diferentes instrumentos que conformaron el cuestionario.

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo y de frecuencias del nivel de Conciencia corporal (MAIA), ansiedad (BAI), estrés académico (SISCO-SV) y presencia de síntomas de depresión (CES-DR). Se elaboró una matriz de correlaciones con el coeficiente de Spearman para valorar la magnitud de interrelación de las variables y a partir de los valores obtenidos se elaboraron modelos de regresión lineal múltiple con un IC=95, considerando los criterios de multicolinealidad y tolerancia.

Se estableció la división de grupos de conciencia corporal con el cálculo de cuartiles para la comparación de grupos de conciencia corporal y las variables intervinientes mediante ANOVA de una vía, y la prueba de Kruskal Wallis para comparar grupos de nivel de conciencia corporal, nivel de ansiedad, nivel de estrés académico y presencia de síntomas de depresión.

7. Resultados

7.1. Carta de envío del artículo “Validación de la Evaluación Multidimensional de la Conciencia Corporal Interoceptiva (MAIA) en población mexicana”

[NS] Acuse de recibo del artículo

7 mensajes

nova_scientia@delasalle.edu.mx <nova_scientia@delasalle.edu.mx>

6 de julio de 2022, 1:11

Responder a: Nova Scientia <nova_scientia@delasalle.edu.mx>

Para: NANCY MAGALY MEJÍA QUEZADA <ltf.mejia@gmail.com>

Apreciable NANCY MAGALY MEJÍA QUEZADA:

Gracias por enviar el manuscrito "*Validación de la Evaluación Multidimensional de la Conciencia Corporal Interoceptiva (MAIA) en población mexicana*" a **Nova Scientia**. Con el sistema de gestión de publicación en línea que utilizamos podrá seguir el progreso a través del proceso editorial. **POR FAVOR REVISE SU BANDEJA DE SPAM PARA CORRESPONDENCIA FUTURA.**

URL del manuscrito: <http://novascientia.delasalle.edu.mx/ojs/index.php/Nova/authorDashboard/submission/3208>

Nombre de usuario/a: nmmq_318

Una vez completado el proceso de arbitraje, le haremos llegar la resolución tomada por el Consejo Editorial. **SOLICITAMOS NOS RECOMIENDE A 5 POSIBLES EVALUADORES DE SU TRABAJO AJENOS A SU INSTITUCIÓN.**

Le agradecemos su valiosa contribución para la Revista Nova Scientia.

[Nova Scientia](#)

La mejor revista de su área indizada en: CONACyT <http://revistascientificasconacyt.unam.edu/#/archive/71>

En evaluación por Scopus

Tel. 01 477 214 3900 ext. 6305

7.2. Resumen del artículo

“Validación de la Evaluación Multidimensional de la Conciencia Corporal Interoceptiva (MAIA) en población mexicana”

RESUMEN

El instrumento de Evaluación Multidimensional de la Conciencia Corporal Interoceptiva (MAIA por sus siglas en inglés) es un cuestionario de auto-reporte para medir las dimensiones que conforman la conciencia corporal. El presente estudio metodológico es de corte transversal, el objetivo es obtener las propiedades psicométricas en la aplicación de la escala a una población mexicana; se administró la versión en español de la escala MAIA (Valenzuela-Moguillansky et al., 2015) a una muestra por conveniencia de 334 estudiantes universitarios del área de la salud (edad $M= 20.59 \pm DE= 1.572$), 76.9% mujeres y 23.1% hombres. Se evaluó la fiabilidad, dimensionalidad y validez de constructo, mediante alfa de Cronbach, coeficientes de correlación intraclase, análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio. En el análisis factorial se mantuvo la relación de 32 ítems, pero redujo los factores de 8 a 7, por lo que la estructura factorial difiere de la propuesta en la escala original (confirmada en la validación de la versión en español), los resultados mostraron propiedades psicométricas adecuadas, por lo que puede ser utilizada en estudios que evalúen la conciencia corporal interoceptiva de poblaciones mexicanas.

Palabras clave: conciencia corporal; interocepción; salud mental; análisis factorial; instrumento; estudio de validación.

“Validation of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) in a Mexican population”.

ABSTRACT:

The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) is a self-report questionnaire to measure the dimensions of body awareness. This is a cross-sectional study with the aim of analyzing the psychometric properties in the application of the scale to a Mexican population; The Spanish version of MAIA scale (Valenzuela-Moguillansky et al., 2015) was administered to a convenience sample of 334 health university students (age $M= 20.59 \pm SD= 1.572$), 76.9% women and 23.1% men. Reliability, dimensionality, and construct validity were assessed using Cronbach's alpha, intraclass construction coefficients, exploratory factor analysis, and confirmatory factor analysis. In the factorial analysis, it maintained the relationship of the 32 items, but reduced the factors from 8 to 7, so the factorial structure differs from the proposed in the original scale (confirmed in the validation of the Spanish version), results showed adequate psychometric properties, so it can be used in studies that evaluate the interoceptive body awareness of Mexican populations.

Keywords: body awareness; interoception; mental health; factor analyses; instrument; validation study.

Nota: Los resultados correspondientes a los objetivos específicos 2 a 4, son presentados en el segundo artículo que se encuentra en proceso de envío. De acuerdo con los protocolos de titulación de la Maestría en Ciencias de la Salud, dichos resultados no pueden ser mostrados en el presente documento para evitar incurrir en autoplagio.

8. Discusión

Para el presente estudio se realizó la revisión semántica de la versión en español de la escala MAIA y el análisis de las propiedades psicométricas en su aplicación a una población mexicana. Los datos reflejaron validez de constructo elevada, así como adecuada fiabilidad de la consistencia interna general. Los expertos juzgaron todos los reactivos y encontraron que el ítem 23 requería revisión, aunque los participantes no encontraron ninguna dificultad con dicho reactivo.

El alfa de Cronbach para la escala total indica una alta fiabilidad de consistencia interna con un valor de .931; para las 8 subescalas se encontró un rango aceptable, con una puntuación entre .926 y .933. Los resultados son similares a los de la escala original, la versión en alemán, la versión en español y la versión italiana.

Compartimos la opinión de Valenzuela-Moguillansky & Reyes-Reyes de que dos escalas contienen un número demasiado pequeño de ítems (tres) y que todos menos uno se puntúa al revés. En algunos de los estudios de validación se ha destacado el comportamiento de las dimensiones NOT DRISTRACTING and NOT WORRYING.

9. Conclusiones

La versión en español de la escala MAIA, los resultados apoyan la fiabilidad y validez de la mayoría de las subescalas del instrumento, con lo que se demostró que es una herramienta confiable para investigar la conciencia corporal interoceptiva en población mexicana.

La presencia de síntomas de depresión es un predictor para la conciencia corporal y están inversamente relacionados entre sí. Las diferencias entre grupos respecto a la presencia de depresión se encuentran entre el grupo de menor conciencia corporal (53.17 ± 28.534) y el de mayor conciencia corporal (43.98 ± 26.983), de manera inversa respecto a la actividad física se encuentran entre el grupo de menor conciencia corporal (2.78 ± 1.039) y el de mayor conciencia corporal (2.30 ± 6.710).

10. Referencias bibliográficas:

1. Intebi A. The psychoneuroimmunoendocrinology and its importance in modern medicine. Rev Méd-Cient "Luz Vida" [Internet]. 2012; 3(1):71-72.
2. McEwen B, Gray J, Nasca C. Recognizing resilience: Learning from the effects of stress on the brain. Neurobiology of Stress [Internet]. 2015; 1(1):1-11.
3. Noris-García E, Robinson-Agramonte M. Psychoneuroimmunoendocrinology and COVID-19. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2021; 46 (1)
4. WHO. Statement regarding cluster of pneumonia cases in Wuhan, China. [Internet]. 2020.
5. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen Y, Wang W, Song Z, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature [Internet]. 2020; 579 (1):265-269.
6. Salinas J. Covid-19 hacia la nueva normalidad. España: Malbec Ediciones; 2020.
7. Banerjee T, Nayak A. A county level analysis to determine if social distancing slowed the spread of COVID-19 in the United States. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2020; 44:90.
8. Gobierno de México. Coronavirus. [Internet]. 2020
9. Zerón A. Nueva normalidad, nueva realidad. Rev ADM [Internet]. 2020 [Fecha de consulta: 05 de octubre de 2020];77(3): 120-123. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2020/od203a.pdf>
10. World Health Organization. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). [Internet]. 2020.
11. UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mensajes y acciones importantes para la prevención y el control del COVID-19 en las escuelas. [Internet]. 2020.
12. WHO. International guidelines for certification and classification (coding) of COVID-19 as cause of death. Based on ICD International Statistical Classification of Diseases (16 April 2020). [Internet]. 2020.
13. Consejo Nacional de Ciencia y tecnología. Datos COVID-19 en tiempo real. [Internet]. 2020.
14. Hall G, Laddu DR, Phillips SA, Lavie CJ, Arena R. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another?. Prog Cardiovasc Dis [Internet]. 2020.
15. WHO. Respuesta a la pandemia de COVID-19. Reunión de alto nivel de los ministros de salud documento 1. [Internet]. 2020.
16. Pan-American Health Organization. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. [Internet]. 2020.

17. University of Medicine Johns Hopkins. Coronavirus resource center. [Internet]. 2020.
18. Grupo interinstitucional para la estimación del exceso de mortalidad por todas las causas. Boletín estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19. 2020.
19. Ornelas-Aguirre JM. El nuevo coronavirus que llegó de Oriente: análisis de la epidemia inicial en México. *Gaceta Médica de México*, 2020.
20. Lew D, Herrera F. Normalidad post-pandemia: ¿una nueva normalidad socio-ambiental o adiós a la normalidad?. OC [Internet]. 2020.
21. Natalucci V, Carnevale V, Barbieri E, Vandoni M. Is It Important to Perform Physical Activity During Coronavirus Pandemic (COVID-19)? Driving Action for a Correct Exercise Plan. *Front. Public Health* [Internet]. 2020
22. Gobierno de México. Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por covid-19 en México. [Internet]. 2020.
23. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* [Internet]. 2020.
24. Al-Balas M, Al-Balas HI, Jaber HM, Obeidat K, Al-Balas H, Aborajoo EA, et al. Distance learning in clinical medical education amid COVID-19 pandemic in Jordan: current situation, challenges, and perspectives. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020.
25. COLEF. Recomendaciones docentes para una educación física escolar segura y responsable ante la “Nueva normalidad”. Minimización de riesgos de contagio de la COVID-19 en las clases de EF para el curso 2020-2021. *Revista Española de Educación Física y Deportes* [Internet]. 2020.
26. PAHO. COVID-19 Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia. [Internet]. 2020 [Fecha de consulta: 28 de noviembre de 2020].
27. WHO: World Health Organization. WHO guidance on COVID-19 and NCDs, 2020. [Internet]. 2020.
28. Gómez-Mascaraque FJ, Corral E. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Editorial Arán; 2009.
29. WHO. Building Back Better Sustainable Mental Health Care after Emergencies. [Internet]. 2013.
30. OMS. Protección de la Salud Mental y atención Psicosocial en Situaciones de Epidemias. OMS-OPS. Washington DC, 2016. [Internet]. 2016.

31. Priego-Parra BA, Triana-Romero A, Pinto-Gálvez SM, Duran C, Salas-Nolasco O, Manríquez M, et al. Anxiety, depression, attitudes, and internet addiction during the initial phase of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic: A cross-sectional study in México. MedRxiv [Internet]. 2020.
32. WHO: World Health Organization. Nota descriptiva de depresión. [Internet]. 2020
33. Rodríguez-Ruiz C. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Ediciones Paraninfo, SA; 2017.
34. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Global Health [Internet]. 2020; 16(57).
35. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade [Internet]. 2003;3(1):10-59.
36. Serrano C, Rojas A, Ruggero C. Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Rev Intercont Psicol Educ. [Internet]. 2013; 15(1):47-60.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. 5ª edición, 2013.
38. Castillo C, Chacón T, Díaz-Véliz. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. Investigación educ. médica [Internet]. 2016; 5 (20).
39. Ortiz R, Ibarra V, Almirón M, Gonzalez I, Gomez N, Torales J. Fisioterapia en Salud Mental: Una breve guía introductoria. Paraguay: Editorial EFACIM; 2018.
40. American Psychiatric Association. Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. 5ª edición, 2018.
41. Pozos-Radillo BE, Preciado-Serrano ML, Plascencia-Campos AR, Acosta-Fernández M, Aguilera MA. Estrés académico y síntomas físicos, psicológicos y comportamentales en estudiantes mexicanos de una Universidad pública. Ansiedad y estrés [Internet]. 2015; 21(1), 35-42.
42. Gallego J, Aguilar-Parra JM, Cangas AJ, Rosado A, Lángier AI. Efecto de intervenciones mente/cuerpo sobre los niveles de ansiedad, estrés y depresión en futuros docentes de educación primaria: Un estudio controlado. Revista de psicodidáctica [Internet]. 2016; 21 (1):87-101.
43. WHO. Definición de Depresión. [Internet]. 2020
44. Rodríguez RM, Caja MM, Gracia P, Velasco PJ, Terrón MJ. Inteligencia Emocional y Comunicación: la conciencia corporal como recurso. Revista de Docencia Universitaria [Internet]. 2013

45. Ortiz JA. Relación de la Ansiedad y Depresión sobre el rendimiento académico en estudiantes de medicina humana. *Psiquiatría y salud mental* [Internet]. 2016; 33 (3-4):123-131.
46. Palma-Quezada F, Ricaño-Santos KA, Palma-Quezada JC, Martínez-Ferman M, Puig-Nolasco A, Puig-Lagunes AA. Síntomas depresivos y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *CIMEI* [Internet]. 2018
47. Fouilloux C, Barragán V, Ortiz S, Jaimes A, Urrutia ME, Guevara R. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Ment* [Internet]. 2013;36(1):59-65.
48. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA* [Internet]. 2016; 316(21):2214-2236.
49. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* [Internet] 2006; 81(4):354-373.
50. Salamero M. Estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de Medicina de Cataluña. *Informes y Estudios*, 2012.
51. Sampayo S. *Estiramientos y conciencia corporal para el movimiento*. España: Editorial EDAF, S.L.; 2008.
52. Ballester R, Botella C. Autoconciencia y Conciencia Corporal en pacientes con trastorno de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1993;19(1): 613-642.
53. Torres GP. Esquema, imagen, conciencia, y representación corporal: mirada desde el movimiento corporal humano. *CES Movimiento y Salud* [Internet]. 2014; 2(2):80-88.
54. Quezada-Berumen LC, González-Ramírez MT, Cebolla A, Soler J, García-Campayo J. Conciencia corporal y mindfulness: Validación de la versión española de la escala de conexión corporal (SBC). *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2014; 42(2):57-67.
55. Lowen A. *Depression and the body- The biological basis of faith and reality*. 2a edición. Madrid: Alianza Editorial; 1984.
56. Quero S, Villa H, Castañeiras C. *Autoconciencia, conciencia corporal y trastorno de pánico*. Universitat Jaume I.
57. Cuestionario de 14 preguntas basado en la “Encuesta COVID-19 Madrid Salud” del Ayuntamiento de Madrid [Internet]. 2021.
58. Steer RA, Beck AT. *Beck Anxiety Inventory. Evaluating stress: A book of resources*. Scarecrow Education;1997.

59. Sanz J, García-Vera MP, Fortún M. El “Inventario de ansiedad de Beck” (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual* [Internet]. 2012; 20 (1):563-583.
60. Barraza A. El Inventario SISCO del Estrés Académico. INED, 2007.
61. Alania RD, Llancari RA, de la Cruz MR, Ortega DID. Adaptación del cuestionario de estrés académico SISCO SV al contexto de la crisis por COVID-19. *Socialium revista científica de Ciencias Sociales* [Internet]. 2020; 4 (2):111-130.
62. Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE* [Internet]. 2012; 7(11):e48230.
63. Valenzuela-Moguillansky C, Reyes-Reyes A. Psychometric properties of the multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA) in a Chilean population. *Front. Psychol* [Internet]. 2015; 6(1):120.
64. Radloff LS. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *J Youth Adolesc* [Internet]. 1991; 20(2):149–66.
65. González-Forteza C, Jiménez-Tapia JA, Ramos-Lira L, Wagner FA. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica de México* [Internet]. 2008; 50 (1):292-299.

11. Anexos

11.1 Registro SIEA



Universidad Autónoma del Estado de México
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados

Toluca, México a 8 de marzo de 2021

CONSTANCIA

Registro de Protocolo de Tesis

Número de Registro: MACSSD-03-1321

Nombre del Programa Académico: Maestría en Ciencias de la Salud

Tema de Tesis de Grado: Relación entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental en estudiantes de la Facultad de Medicina en la nueva normalidad por pandemia de COVID-19.

Nombre del Alumno: Mejía Quezada Nancy Magaly

No. de cuenta: 0613364

Comité de Tutores

Directora: Dra. Marcela Veytia López

Tutora: Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Tutora: Dra. Adriana Garduño Alanís



DIRECCION DE
ESTUDIOS AVANZADOS

M. en A. Alfredo Mercado Velasco
Director de Estudios Avanzados



SIEA

11.2 Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Este Formulario de Consentimiento informado se dirige a estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Por medio de la presente, se te hace una atenta invitación para participar en la investigación: **“RELACIÓN ENTRE LA CONCIENCIA CORPORAL Y LAS ALTERACIONES DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN LA NUEVA NORMALIDAD POR PANDEMIA DE COVID-19”**. Responsables del proyecto: Dra. En C.S. Marcela Veytia López y L.T.F. Nancy Magaly Mejía Quezada.

El objetivo del proyecto es identificar la relación entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental (ansiedad, estrés y síntomas de depresión) que presentan los estudiantes universitarios de áreas de la salud en la nueva normalidad (adaptación de las actividades de la vida diaria a las condiciones derivadas de la pandemia por COVID-19).

La participación consiste en responder 4 cuestionarios de medición psicológica que serán proporcionados a través de Google Forms, facilitados por la L.T.F. Nancy Magaly Mejía Quezada.

Su participación en el desarrollo de esta investigación es totalmente voluntaria, su elección de participar o no serán respetados y podrá retirarse en el momento que lo decida. La realización del procedimiento no representa riesgos o inconvenientes para su integridad física y mental; al finalizar el análisis de los datos como beneficio, recibirá la información oportuna en caso de detectar alguna condición mental de importancia y será canalizado a los servicios de salud correspondientes.

El equipo de investigación está integrado por profesionales del cuerpo académico “Bioética y Salud Mental” perteneciente al Centro de Investigación en Ciencias Médicas. Cualquier duda puede comunicarse con la Dra. Marcela Veytia López al teléfono (722) 2-19-41-22 ext. 104.

La información que proporcione no será compartida, sus datos personales se protegerán y serán tratados de forma confidencial por el equipo de investigación. Los reportes entregados a la Institución no incluyen información de carácter personal. Los resultados obtenidos en su evaluación serán utilizados para fines estadísticos y de investigación,

ASENTIMIENTO INFORMADO

Hago constar que he recibido información completa, comprendo en que consiste el estudio y las implicaciones de participar en el proceso, consiento voluntariamente contribuir con las actividades de la investigación: **“Relación entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental en estudiantes de la Facultad de Medicina en la nueva normalidad por pandemia de COVID-19”**.

Se me entrega copia de esta carta de consentimiento informado.

Nombre y firma del participante

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el participante y confirmo que ha dado consentimiento libremente.

Nombre y firma del participante

Toluca, Estado de México a ____ de _____ del 20____.

11.3 Adaptación de la carta de consentimiento informado para plataforma de Formularios de Google.

“RELACIÓN ENTRE LA CONCIENCIA CORPORAL Y LAS ALTERACIONES DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD EN LA NUEVA NORMALIDAD POR PANDEMIA DE COVID-19”

La Universidad Autónoma del Estado de México y el Instituto de Estudios Sobre la Universidad te invita a participar en la investigación cuyo objetivo es identificar la relación entre la conciencia corporal y las alteraciones de salud mental (ansiedad, estrés y síntomas de depresión) que presentan los estudiantes universitarios de área de la salud en la nueva normalidad (adaptación de las actividades de la vida diaria a las condiciones derivadas de la pandemia por COVID-19).

Tu participación en el desarrollo de esta investigación es totalmente voluntaria; la elección de participar o no, serán respetados y podrás retirarte en el momento que lo decidas.

La realización del procedimiento no representa riesgos o inconvenientes para tu integridad física y/o mental; al finalizar el análisis de los datos, como beneficio recibirás la información oportuna en caso de detectar alguna condición mental de importancia y serás canalizado a los servicios de salud correspondientes. La información que proporcionas será tratada con estricta confidencialidad.

El equipo de investigación está integrado por profesionales del cuerpo académico "Bioética y Salud Mental" perteneciente al Instituto de Estudios Sobre la Universidad. Los responsables del proyecto: Dra. En C.S. Marcela Veytia López y L.T.F. Nancy Magaly Mejía Quezada. Cualquier duda puedes comunicarte al correo: salud_mental_tf@gmail.com

***Obligatorio**

1: He leído el documento de consentimiento informado para el participante *

Marca solo un óvalo.

- Deseo participar y confirmo que he dado consentimiento libremente.
- No deseo participar.

11.4 Cédula de datos sociodemográficos

1.- Número de cuenta (matrícula universitaria) _____

2.- Nombre (Puedes colocar sólo tus iniciales si así lo prefieres) _____

3.- Edad en años (sólo número) _____

4.- Sexo

Marca solo una opción.

Mujer

Hombre

5.- Licenciatura

Marca solo una opción.

Bioingeniería médica

Medicina

Nutrición

Terapia Física

Terapia Ocupacional

Psicología

Odontología

Enfermería

Gerontología

6.- ¿Qué semestre cursas?

Marca solo una opción.

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

8°

9°

10°

7.- Correo electrónico: _____

8.- Estado civil:

Marca solo una opción.

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Unión libre
- Divorciado(a)
- En una relación

9.- ¿Vives con tu familia?

Marca solo una opción.

- Sí
- No

10.- ¿Consumes alcohol?

Marca solo una opción.

- Sí
- No

11.- En caso de haber respondido que sí, ¿desde hace cuánto tiempo?

Marca solo una opción.

- Marca solo un óvalo.
- Hace menos de 6 meses
- Hace más de 6 meses
- Hace más de un año
- No aplica

12.- ¿Consumes tabaco?

Marca solo una opción.

- Sí
- No

13.- En caso de haber respondido que sí, ¿desde hace cuánto tiempo?

Marca solo una opción.

- Marca solo un óvalo.
- Hace menos de 6 meses
- Hace más de 6 meses
- Hace más de un año

No aplica

14.- ¿Consumes algún otro tipo de droga?

Marca solo una opción.

Sí

No

15.- En caso de haber respondido que sí, ¿desde hace cuánto tiempo?

Marca solo una opción.

Marca solo un óvalo.

Hace menos de 6 meses

Hace más de 6 meses

Hace más de un año

No aplica

16.- ¿Has sufrido algún tipo de violencia?

Marca solo una opción.

Sí

No

17.- En caso de haber respondido que sí, ¿Qué tipo de violencia?

Marca solo una opción.

Física

Psicológica

Sexual

Económica

Otra

No aplica

18. ¿Quién te ha violentado?

Marca solo una opción.

Padre y/o madre

Hermanos

Otro familiar

Pareja

Otro

Nadie

19.- ¿Has ejercido algún tipo de violencia?

Marca solo una opción.

Sí

No

20.- En caso de haber respondido que sí, ¿Qué tipo de violencia?

Marca solo una opción.

Física

Psicológica

Sexual

Económica

Otra

No aplica

21. ¿Quién te ha violentado?

Marca solo una opción.

Padre y/o madre

Hermanos

Otro familiar

Pareja

Otro

Nadie

22.- ¿Te has sentido triste o deprimido en el último año?

Marca solo una opción.

Sí

No

23.- ¿Te has sentido angustiado en el último año?

Marca solo una opción.

Sí

No

24.- Actualmente ¿tomas algún tratamiento psiquiátrico (farmacológico)?

Marca solo una opción.

Sí

No

25.- Actualmente ¿acudes a terapia psicológica?

Marca solo una opción.

Sí

No

26.- ¿En qué ocupas tu tiempo libre?

11.5 Cédula de datos sobre COVID-19

1.- Tu situación actual es:

Marca solo una opción.

- Me he contagiado y he estado hospitalizado/a
- Me he contagiado, realice aislamiento y tratamiento en casa
- Posiblemente me he contagiado, pero no me realice la prueba y no he tenido síntomas o han sido leves
- No me he contagiado

2.- En relación con tu entorno (familia, amigos, vecinos...):

Marca solo una opción.

- Algún familiar, amigo o vecino se ha contagiado y ha estado en aislamiento domiciliario
- Algún familiar, amigo o vecino se ha contagiado y ha requerido hospitalización, sin ingreso en UCI
- Algún familiar, amigo o vecino se ha contagiado y ha requerido hospitalización, con ingreso en UCI
- Algún familiar, amigo o vecino ha fallecido a causa del virus
- Nadie de mi entorno se ha contagiado

3.- ¿Cómo has pasado el confinamiento?

Marca solo una opción.

- Completamente solo/a
- Con una persona más
- Con dos personas más
- Con 3 o más personas
- No he cumplido con el confinamiento

4.- Afectivamente ¿Cómo te has sentido?

Marca solo una opción.

- Me siento muy bien con las personas con las que convivo
- Me siento generalmente bien, aunque hay momentos difíciles en la convivencia
- Me está resultando desagradable la convivencia
- Me está siendo muy difícil y desagradable la convivencia
- He estado solo/a y me siento bien
- He estado solo/a y me he sentido mal

5.- Antes del confinamiento ¿con qué frecuencia te sentías solo/a?

Marca solo una opción.

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca

6.- Actualmente ¿con qué frecuencia te sientes solo/a?

Marca solo una opción.

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca

7.- Antes del confinamiento ¿con qué frecuencia dedicabas tiempo a cuidarte y gsentirte bien?

Marca solo una opción.

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca

8.- Actualmente ¿con qué frecuencia dedicas tiempo a cuidarte y sentirte bien?

Marca solo una opción.

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca

9.- Antes del confinamiento ¿con qué frecuencia realizabas actividad física?

Marca solo una opción.

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca

10.- Actualmente ¿con qué frecuencia realizas actividad física?

Marca solo una opción.

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca

11.- Antes del confinamiento ¿con qué frecuencia dormías bien?

Marca solo una opción.

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca

12.- Actualmente ¿con qué frecuencia duermes bien?

Marca solo una opción.

- Siempre o casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca o casi nunca

13.- ¿Consideras que tenías una adecuada alimentación antes del confinamiento?

Marca solo una opción.

- Sí
- No

14.- Actualmente ¿consideras que tienes una adecuada alimentación?

Marca solo una opción.

- Sí
- No