



Capítulo III

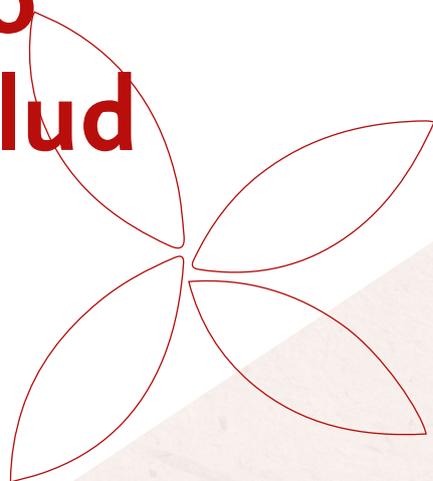
Evaluación e instrumentos para la promoción de la salud



1.

Evaluación del riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de la Universidad Autónoma de Querétaro a través del Servicio Universitario de Salud

Laura Elena Estrada-Martínez¹,
Beatriz Adriana Aguilar-Galarza², Guadalupe Perea Ortiz³



Resumen

Las enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes representan un problema de salud pública en México. Los factores de riesgo asociados a estas condiciones no presentan sintomatología y pueden manifestarse en etapas cada vez más tempranas. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ). Se trata de un estudio transversal que incluyó un total de 1,710 adultos jóvenes, hombres y mujeres de entre 18 y 29 años, estudiantes de

nuevo ingreso a la UAQ, evaluados en el Examen Clínico Integral en 2019. Se recopilaron datos antropométricos, de composición corporal, bioquímicos y clínicos.

Los resultados mostraron una prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, entre ellos un Índice Cintura-Estatura (ICE) > 0.50 en el 40% de los participantes, sobrepeso y obesidad en el 28%, así como niveles bajos de HDL y triglicéridos elevados.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias preventivas específicas para la población joven, que, a pesar de ser considerada “aparentemente sana”, presenta signos de riesgo cardiovascular. El estudio subraya la importancia de utilizar indicadores como el ICE para la detección temprana de riesgos y la implementación de medidas de prevención contra el desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT) en el futuro.

Palabras clave

Evaluación, riesgo cardiovascular, adultos jóvenes.

1. Exresponsable de Investigación y Desarrollo del Servicio Universitario de Salud, Universidad Autónoma de Querétaro.
laura.estrada@uaq.edu.mx
2. Excoordinadora del Servicio Universitario de Salud, Universidad Autónoma de Querétaro.
beatriz.aguilar@uaq.edu.mx
3. Exsecretaria de Vinculación y Servicios Universitarios, Universidad Autónoma de Querétaro.
vinculacionuniversitaria@uaq.mx

Problematización

Las enfermedades no transmisibles (ENT) corresponden a un grupo heterogéneo de padecimientos que incluyen enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (Alaw, 2010).

En México, la enfermedad cardiovascular y la diabetes son la primera y cuarta causa principal de muerte, respectivamente, seguidas por los infartos, que ocupan el quinto lugar. La interacción entre factores genéticos y ambientales explica el aumento en la magnitud de este fenómeno. Se ha demostrado que la población mexicana presenta una predisposición genética al desarrollo de factores de riesgo cardiovascular.

Tanto a nivel nacional, como a nivel mundial, se ha observado un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad. El aumento de grasa corporal se considera un factor de riesgo clave para el desarrollo de ENT, principalmente cuando ocurre en las primeras etapas de la vida (Bleich *et al.*, 2018).

La Universidad Autónoma de Querétaro, a través del Servicio Universitario de Salud (SUSalud-UAQ), ha implementado una serie de estrategias para la prevención y promoción de la salud. Uno de sus objetivos es la identificación temprana de factores de riesgo para enfermedades, a través de la realización del Examen Clínico Integral en los alumnos de nuevo ingreso desde el año 2012.

La juventud se caracteriza por ser un período particularmente favorable en términos de salud; sin embargo, ni la edad ni el fenotipo garantizan la ausencia de factores de riesgo cardiovascular. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar la

prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de nuevo ingreso a la UAQ. Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo durante el año 2019, en el que se recopilaron datos antropométricos, de composición corporal, bioquímicos y clínicos.

Se evaluó a un total de 1,710 jóvenes de nuevo ingreso, observándose la presencia de factores de riesgo cardiovascular, entre ellos ICE > 0.50, sobrepeso y obesidad, HDL bajo y triglicéridos elevados. Estos resultados sugieren la necesidad de implementar acciones específicas para prevenir el desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT) en esta población.

Planteamiento del problema

El Servicio Universitario de Salud de la Universidad Autónoma de Querétaro (SU Salud-UAQ) es un proyecto multidisciplinario creado en 2012, cuyo objetivo es identificar factores de riesgo de enfermedades en etapas tempranas. Para ello, implementa diversas estrategias, como la realización de un Examen Clínico Integral a los estudiantes de nuevo ingreso de siete facultades afiliadas al servicio.

A partir de la información recopilada mediante exámenes médicos, bioquímicos, nutricionales, fisioterapéuticos, odontológicos, psicológicos y de condición física, se elaboran informes epidemiológicos semestrales, los cuales permiten planificar estrategias y desarrollar acciones orientadas a la atención y promoción de la salud integral dentro de la comunidad universitaria.

El Examen Clínico integral, así como los informes epidemiológicos y algunas otras actividades de

SU Salud, tuvieron que ser suspendidas durante la contingencia por Covid-19 y el cierre de las actividades presenciales. Por lo tanto, los datos más recientes con los que se cuenta respecto de la población universitaria de nuevo ingreso datan de 2019.

Estudios realizados tanto en México (Rangel-Baltazar *et al.*, 2019) como en otros países (Pasdar *et al.*, 2020) han identificado el Índice Cintura - Estatura (ICE) como un indicador de riesgo cardiovascular elevado. En un estudio realizado por el grupo fundador de la iniciativa (Reyes-Márquez *et al.*, 2017), el ICE también demostró una mayor sensibilidad para la detección de alteraciones metabólicas en comparación con otros parámetros antropométricos.

Considerando la información anterior, se puede inferir que la detección oportuna del riesgo cardiovascular mediante el uso de indicadores antropométricos como el ICE en población joven, así como su relación con otras variables de salud, podría proporcionar información valiosa para la toma de decisiones en materia de prevención, tanto dentro como fuera de las universidades.

Justificación

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son un grupo de padecimientos de larga duración y progresión generalmente lenta, entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares. Las ENT constituyen la principal causa de muerte en el mundo, con más de 36 millones de fallecimientos al año, de los cuales 9 millones corresponden a muertes prematuras, ya que ocurren en personas menores de 60 años. En México, las ENT representan el 58% de los años perdidos por muerte prematura (OMS, 2011).

Su desarrollo se debe tanto a factores genéticos (DeMenna *et al.*, 2014) como a factores ambientales, entre ellos el consumo de tabaco y alcohol, la inactividad física y una alimentación inadecuada. Asimismo, existen factores de riesgo metabólicos asociados, como la obesidad, la hipertensión arterial (HTA), las concentraciones elevadas de colesterol sérico, la disminución del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL-C), la hiperglucemia y la resistencia a la insulina (RI) (Srikanthan *et al.*, 2016).

La población económicamente activa (entre 20 y 60 años) presenta características metabólicas y fisiológicas distintas. Si bien, la población adulta entre 40 y 60 años se encuentra en mayor riesgo, la población adulta joven (entre 20 y 40 años) ha sido poco estudiada, pues se asume que son personas sanas. Sin embargo, este sector de la población está en riesgo, ya que ni su edad ni su fenotipo garantizan la ausencia de alteraciones metabólicas subclínicas que puedan desencadenar ENT. Por lo anterior, y dado que las ENT se presentan como el resultado de un proceso de evolución prolongado, resulta indispensable estudiar los factores de riesgo subclínico en la población joven. Esto permitirá identificar aquellos factores que favorecen la aparición de alteraciones metabólicas décadas después, con el objetivo de implementar estrategias de prevención eficaces.

En nuestro grupo de trabajo, se han realizado estudios con más de 6,000 adultos jóvenes, en los cuales se ha observado una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, como hipertrigliceridemia (15%) y HDL bajo (35%). Además, se ha detectado resistencia a la insulina en el 25% de los casos, incluso en individuos con concentraciones normales de glucosa en ayuno.

Objetivo

Evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes de nuevo ingreso a la Universidad Autónoma de Querétaro, a través del Servicio Universitario de Salud.

Estado del arte - Marco teórico

En la actualidad, se ha observado un incremento global en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, atribuido a diversos factores, como dietas ricas en grasas e hidratos de carbono simples y la reducción de la actividad física (Domingo-Bolio *et al.*, 2021).

Este aumento en la masa corporal se presenta cada vez en poblaciones más jóvenes, lo que conlleva peores pronósticos en términos de salud. En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ha reportado una tendencia al alza en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en adolescentes de hasta 19 años, siendo más marcada en el sexo masculino (Shamah-Levy *et al.*, 2021).

La presencia de obesidad en las primeras etapas de la vida se ha asociado estrechamente con el desarrollo de enfermedades crónicas, riesgo cardiovascular, deterioro en la salud mental y una mayor morbilidad y mortalidad en la edad adulta (Bleich *et al.*, 2018). Los adultos jóvenes con factores de riesgo cardiovascular tienen una alta probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria en etapas posteriores de la vida (Bucholz *et al.*, 2018). La creciente proporción de obesidad en esta población probablemente contribuirá al aumento de los trastornos cardiometabólicos a nivel mundial (Rosengren, 2021).

Por lo anterior, nuevos lineamientos recomiendan el tamizaje universal de hipertensión e hiperlipidemia en niños y adolescentes como una estrategia de detección temprana (Bucholz *et al.*, 2018).

Históricamente, el Índice de Masa Corporal (IMC) solía ser utilizado para la rápida determinación del estado de nutrición. Sin embargo, en los últimos años ha caído en desuso, ya que no distingue entre masa grasa y masa libre de grasa, ni refleja la distribución corporal de grasa. Se ha demostrado que la acumulación de grasa visceral (intraabdominal) está asociada a un mayor riesgo cardiovascular (Aguilar-Morales *et al.*, 2018; Elizalde-Barrera *et al.*, 2019).

En los últimos años, el Índice Cintura - Estatura (ICE) ha ganado relevancia en la evaluación del riesgo cardiovascular, debido a que es una herramienta de bajo costo y fácil aplicación. Este índice se calcula dividiendo la circunferencia de la cintura entre la talla corporal, estableciendo como punto de corte ≥ 0.50 , donde un valor superior indica riesgo cardiovascular (Domingo-Bolio *et al.*, 2021) y actúa como un predictor de alteraciones metabólicas (Kammar-García *et al.*, 2019).

Metodología

Este es un estudio transversal descriptivo realizado en jóvenes universitarios de nuevo ingreso a siete facultades de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), en el marco del Examen Clínico Integral del SU Salud-UAQ en el año 2019. Se llevaron a cabo evaluaciones antropométricas y de composición corporal (Seca® mBCA-514) a los participantes con el objetivo de obtener peso, talla, circunferencias de cintura y cadera, IMC, porcentaje de grasa corporal total y grasa visceral.

Después de un ayuno de 8 a 10 horas, se recolectaron muestras sanguíneas y se realizaron análisis para la determinación de química sanguínea (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol y triglicéridos) y el perfil de lípidos (colesterol total, triglicéridos, colesterol HDL, colesterol VLDL y LDL).

La información recopilada fue analizada con el software SPSS versión 25:

- Para el análisis univariado, se incluyeron medidas de tendencia central y de dispersión, como medias y desviación estándar, además de la prueba t de Student para comparar muestras independientes entre hombres y mujeres.
- Para el análisis bivariado, se emplearon correlaciones de Pearson, considerando una significancia estadística de $P > 0.05$.

Resultados

Se evaluó un total de 1,710 estudiantes de nuevo ingreso a licenciatura, de los cuales el 48% fueron mujeres ($n = 822$) y el 52% hombres ($n = 886$). Las características generales de la población se presentan en la Tabla 1. La prevalencia de riesgo cardiovascular según el Índice Cintura-Estatura (ICE) fue del 40%, con una distribución del 44% en mujeres y 38% en hombres, sin diferencias estadísticamente significativas entre sexos.

Las prevalencias los indicadores de riesgo cardiovascular en la población se presentan en la Tabla 2. El 28% de las mujeres y el 36% de los hombres ($P=0.007$) mostraron una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad. En comparación con los datos reportados por la ENSANUT 2018, las mujeres presentaron una menor prevalencia combinada de

sobrepeso y obesidad (28% vs. 41% de la media nacional en mujeres de 12 a 19 años). Por su parte, la prevalencia hombres (36%) fue similar a la media nacional del 35.8%.

El Índice Cintura-Cadera (ICC) fue significativamente mayor en hombres que en mujeres, al igual que las concentraciones promedio de glucosa, triglicéridos, VLDL y LDL. En contraste, los niveles promedio de colesterol HDL fueron menores en hombres. Sin embargo, 5 de cada 10 mujeres presentaron colesterol HDL bajo (HDL < 50 mg/dL).

Los valores de presión arterial, tanto sistólica como diastólica, fueron significativamente mayores en hombres en comparación con mujeres. Por otro lado, la prevalencia de alteraciones en los niveles séricos de triglicéridos fue notablemente mayor en la población masculina respecto a la femenina ($P < 0.001$), con una prevalencia de 15.2% de hipertrigliceridemia en hombres y 6.1% en mujeres.

Discusión y conclusiones

Este estudio demuestra una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en población joven aparentemente sana, lo que resalta la importancia de establecer estrategias de promoción de la salud. Entre estas estrategias, se debe considerar la inclusión de la actividad física como parte del modelo educativo de la institución.

Publicaciones de otros autores sugieren que la prevalencia del colesterol, la presión arterial y la glucosa en sangre alterada en adultos jóvenes puede alcanzar el 38%, el 7% y el 4.5%, respectivamente

Tabla 1
Características generales de la población de estudio

| Indicador | Total | Mujeres | Hombres | P valor |
|----------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Estatura (cm) | 166.81 ± 26.06 | 162.32 ± 36.07 | 171.08 ± 7.29 | 0.001 |
| Circ. cintura (cm) | 82.51 ± 12.41 | 80.73 ± 11.96 | 84.15 ± 12.60 | 0.001 |
| Circ. cadera (cm) | 98.45 ± 9.08 | 98.65 ± 9.15 | 98.28 ± 9.02 | 0.413 |
| ICC | 0.83 ± 0.69 | 0.81 ± 0.68 | 0.85 ± 0.65 | 0.001 |
| ICE | 0.52 ± 1.27 | 0.56 ± 1.81 | 0.49 ± 0.07 | 0.258 |
| Peso corporal (kg) | 66.33 ± 15.53 | 61.82 ± 13.99 | 70.75 ± 15.73 | 0.001 |
| IMC (kg/m ²) | 23.91 ± 4.65 | 23.74 ± 4.64 | 24.08 ± 4.67 | 0.161 |
| Grasa corporal (%) | 26.66 ± 9.69 | 30.9 ± 8.34 | 22.42 ± 9.04 | 0.001 |
| Grasa visceral (kg) | 1.68 ± 1.31 | 1.41 ± 1.13 | 1.95 ± 1.42 | 0.001 |
| Masa muscular (kg) | 22.26 ± 5.58 | 18.82 ± 4.13 | 25.63 ± 6.24 | 0.001 |
| Agua corporal (L) | 34.95 ± 7.11 | 30.75 ± 5.22 | 39.09 ± 5.22 | 0.001 |
| Glucosa (mg/dL) | 85.75 ± 11.49 | 84.26 ± 8.50 | 87.15 ± 13.58 | 0.001 |
| Creatinina (mg/dL) | 1.14 ± 5.94 | 1.08 ± 6.50 | 1.18 ± 5.36 | 0.744 |
| Albúmina (mg/dL) | 4.97 ± 5.33 | 4.72 ± 2.50 | 5.20 ± 7.01 | 0.061 |
| Triglicéridos (mg/dL) | 92.76 ± 53.19 | 84.42 ± 44.59 | 100.62 ± 59.15 | 0.001 |
| Colesterol (mg/dL) | 154.92 ± 29.68 | 153.74 ± 28.41 | 156.03 ± 30.81 | 0.118 |
| HDL (mg/dL) | 44.10 ± 15.82 | 46.87 ± 17.02 | 41.49 ± 14.13 | 0.001 |
| VLDL (mg/dL) | 19.11 ± 13.39 | 17.27 ± 10.69 | 20.85 ± 15.31 | 0.001 |
| LDL (mg/dL) | 91.03 ± 27.19 | 89.15 ± 25.31 | 92.80 ± 28.76 | 0.007 |
| Presión sistólica (mm Hg) | 109.21 ± 11.19 | 105.34 ± 10.95 | 112.84 ± 10.17 | 0.001 |
| Presión diastólica (mm Hg) | 71.82 ± 9.07 | 69.82 ± 8.67 | 73.71 ± 9.04 | 0.001 |

Tabla 2

Prevalencia de indicadores de riesgo cardiovascular en la población

| Indicador | Total | Mujeres | Hombres | P valor |
|----------------------------------|---|---|---|--------------|
| Índice Cintura - Estatura (ICE) | 39.9% | 43.7% | 36.5% | 0.258 |
| Índice de Masa Corporal (IMC) | Peso bajo: 7.0% Normopeso: 52.4% Sobrepeso: 20.5% Obesidad: 9.8% | Peso bajo: 7.2% Normopeso: 55.4% Sobrepeso: 20.1% Obesidad: 9.6% | Peso bajo: 6.9% Normopeso: 49.5% Sobrepeso: 21.0% Obesidad: 9.9% | 0.161 |
| Índice de Cintura - Cadera (ICC) | Androide: 23.2% Ginecoide: 6.0% | Androide: 29.1% Ginecoide: 5.0% | Androide: 17.7% Ginecoide: 6.9% | 0.001 |
| Diagnóstico de cintura | 31.4% | 41.6% | 22.0% | 0.001 |
| Diagnóstico de masa grasa | Bajo: 5.0% Normal: 52.0% Alto: 22.0% Muy alto: 8.4% | Bajo: 6.1% Normal: 55.7% Alto: 21.0% Muy alto: 8.3% | Bajo: 4.1% Normal: 48.5% Alto: 23.0% Muy alto: 8.5% | 0.001 |

(Bucholz *et al.*, 2018). Estos valores reportados son superiores a los identificados en esta población de estudio. Sin embargo, es importante señalar que la población joven se encuentra en un estado metabólico compensatorio y, si esta condición se mantiene de forma crónica, el desenlace puede ser el desarrollo de una ENT.

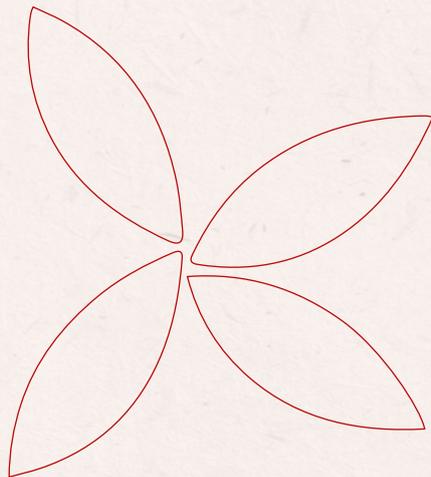
A pesar de que los jóvenes son considerados una población sana, este estudio demuestra la presencia de factores de riesgo cardiovascular en este grupo de edad, como ICE alto, triglicéridos elevados, HDL bajo y alteraciones en la presión arterial. Dado que los factores de riesgo cardiovascular se presentan con mayor frecuencia en edades más tempranas,

es fundamental prestar atención a esta población y desarrollar estrategias de prevención orientadas a evitar el desarrollo de ENT.

Referencias bibliográficas

Aguilar-Morales, I., Colin-Ramirez, E., Rivera-Mancía, S., Vallejo, M., y Vázquez-Antona, C. (2018). Performance of waist-to-height ratio, waist circumference, and body mass index in discriminating cardio-metabolic risk factors in a sample of school-aged Mexican children. *Nutrients*, 10(12), 1850.

- Bleich, S. N., Vercammen, K. A., Zatz, L. Y., Frelter, J. M., Ebbeling, C. B., y Peeters, A. (2018). Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(4), 332-346.
- Bucholz, E. M., Gooding, H. C., y de Ferranti, S. D. (2018). Awareness of cardiovascular risk factors in US young adults aged 18–39 years. *American journal of preventive medicine*, 54(4), pp. 67-77.
- Domingo-Bolio, V., Medina-Vera, I., Shamah-Levy, T., Moreno-Macías, L., y Ávila-Nava, A. (2021). Evaluation of Cardiovascular Risk by Waist-to-Height Ratio in School-Age Children. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 19(10), 531-536.
- Elizalde-Barrera, C. I., Rubio-Guerra, A. F., Lozano-Nuevo, J. J., y Olvera-Gomez, J. L. (2019). Triglycerides and waist to height ratio are more accurate than visceral adiposity and body adiposity index to predict impaired fasting glucose. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 153, 49-54.
- Kammar-García, A., Hernández-Hernández, M. E., López-Moreno, P., Ortiz-Bueno, A. M., y de Lurdez Martínez-Montaño, M. (2019). Relation of body composition indexes to cardiovascular disease risk factors in young adults. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(3), 147-155.
- Pasdar, Y., Moradi, S., Moludi, J., Saiedi, S., Moradinazar, M., Hamzeh, B. y Najafi, F. (2020). Waist-to-height ratio is a better discriminator of cardiovascular disease than other anthropometric indicators in Kurdish adults. *Scientific reports*, 10(1), 1-10.
- Rangel-Baltazar, E., Cuevas-Nasu, L., Shamah-Levy, T., Rodríguez-Ramírez, S., Méndez-Gómez-Humarán, I., y Rivera, J. A. (2019). Association between high waist-to-height ratio and cardiovascular risk among adults sampled by the 2016 Half-Way National Health and Nutrition Survey in Mexico (ENSANUT MC 2016). *Nutrients*, 11(6), 1402.
- Reyes-Márquez, R., Aguilar-Galarza, B. A., Anaya-Loyola, M. A., Moreno-Celis, U., Elton-Puente, J. E., Lloret, M., y García-Gasca, T. (2017). Metabolic alterations in Mexican young adults: sensitivity and specificity approaches between anthropometric parameters and biochemical markers. *Journal of Obesity & Weight Management*.
- Rosengren, A. (2021). Obesity and cardiovascular health: the size of the problem. *European Heart Journal*, 42(34), 3404-3406
- Shamah-Levy T., Romero-Martínez M., Barrientos-Gutiérrez T., Cuevas-Nasu L., Bautista-Arredondo S., Colchero M. A., Gaona-Pineda E. B., Lazcano-Ponce E., Martínez-Barnette J., Alpuche-Arana C. y Rivera-Dommarco J. (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.



2.

Propiedades psicométricas de la escala SOC-13 en estudiantes universitarios mexicanos

Jesús Humberto Márquez Palacios¹, Angelina Tea Mejía²,
Rosalinda Gálvez Rey³



Resumen

Los universitarios aprenden a manejar y autorregular sus emociones durante su etapa universitaria, la cual se caracteriza por la presencia de diversas emociones, como el estrés. Este factor puede representar un riesgo para su bienestar y calidad de vida. Por ello, es fundamental identificar factores de protección para la salud que ayuden a contrarrestar los elementos biológicos, sociales y mentales que pueden afectarla. En este sentido, el sentido de coherencia ha demostrado estar asociado al bienestar en estudiantes universitarios.

Para obtener evidencia empírica con alta calidad metodológica, es indispensable contar con instrumentos válidos y confiables. La escala SOC-13 ha sido evaluada en población universitaria mexicana, pero los resultados no han sido alentadores, lo que resalta la necesidad de desarrollar instrumentos más confiables.

Se realizó un estudio instrumental con 150 estudiantes del área de la salud. La confiabilidad, medida mediante el coeficiente omega de McDonald, fue adecuada; sin embargo, los resultados del análisis factorial exploratorio revelaron una estructura de dos factores, distinta a la reportada en la literatura. Esto sugiere la necesidad de analizar la composición del instrumento y emplear pruebas estadísticas más robustas que permitan análisis más complejos para garantizar su validez.

Palabras clave

Sentido de coherencia, salutogénesis, universitarios.

1. Laboratorio Virtual de Salutogénesis y Calidad de Vida, Universidad Iberoamericana Torreón.
humberto.marquez@iberotorreon.edu.mx
2. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez del Estado de Durango.
angelina.tea@ujed.mx
3. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez del Estado de Durango.
rosalindagalvez@hotmail.com

Problematización

La etapa universitaria es un momento crucial en la vida de cada individuo, ya que en este período se adquieren conocimientos y habilidades fundamentales para el desarrollo profesional. Además, implica importantes cambios personales, caracterizados por la transición hacia la autorregulación y la gestión del tiempo libre.

Los estudiantes universitarios enfrentan múltiples demandas que requieren un alto nivel de recursos intelectuales, físicos y psicológicos. Desde la preparación y superación de exámenes hasta la realización de presentaciones y el estudio de extensos materiales, la complejidad de las asignaturas también aumenta con cada ciclo académico.

Este escenario favorece la aparición de estrés académico, ansiedad y otros problemas de salud que pueden afectar negativamente su calidad de vida (García-Ros *et al.*, 2012).

Se ha observado que, en muchos casos, los estudiantes recurren a prácticas de riesgo como una estrategia para afrontar la sensación de estar abrumados por las exigencias del entorno, independientemente de su área de estudio. Esto puede derivar en el desarrollo de estilos de vida poco saludables. Es importante destacar que diversos estudios han demostrado que los hábitos adquiridos durante la vida universitaria tienden a ser persistentes y difíciles de modificar a largo plazo (Durán A. *et al.*, 2009; Rodríguez R. *et al.*, 2013).

Estas conductas de riesgo interactúan con diversos factores internos del individuo, como características genéticas, psicológicas, sociales y culturales, que pueden predisponer al desarrollo de enfermedades

hereditarias, como la diabetes y la hipertensión, así como de adicciones y trastornos mentales, entre ellos la depresión y la ansiedad. Según Salas (2018), las conductas de riesgo son comportamientos que pueden comprometer el equilibrio y el desarrollo personal, y están influenciadas por los valores predominantes en la sociedad actual.

Por otra parte, los factores de protección de la salud desempeñan un papel crucial en la reducción de los riesgos asociados con los determinantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectarla. Estos factores reducen la probabilidad de que una enfermedad afecte la salud. Se trata de aspectos de naturaleza personal, entre los cuales destacan el nivel educativo, el estatus económico, las relaciones sociales y familiares, la inteligencia y ciertos factores psicológicos, como la resiliencia, la tolerancia a la frustración y el locus de control, entre otros (Garcimarrero, 2021).

Un enfoque teórico que se concentra en la identificación de factores protectores para la salud es la salutogénesis, que está formada por los Recursos Generales de Resistencia (GRR, por sus siglas en inglés) y el Sentido de Coherencia (SOC, por sus siglas en inglés). Los GRR se definen como características personales y/o ambientales que pueden ser biológicas, materiales (como bienes y alimentos), cognitivas y emocionales (inteligencia, conocimiento, autoestima), así como socioculturales (valores, experiencias, tradiciones, perspectivas de vida, apoyo social), además de hábitos saludables, compromiso y educación.

Aquellos que dispongan de estos recursos, o los tengan a su alcance, pueden utilizarlos para percibir la vida como coherente, estructurada y comprensible,

2.

lo que les permite enfrentar los desafíos de la vida de manera más efectiva (Lindström y Eriksson, 2010).

No solo es crucial que las personas cuenten con estos recursos, sino que también tengan la habilidad para utilizarlos. Antonovsky denominó a esta capacidad Sentido de Coherencia (SOC). Sostuvo que el SOC no es simplemente una estrategia de afrontamiento o un rasgo personal, sino más bien una orientación hacia la vida que refleja la medida en que se posee un sentimiento dominante, resistente y dinámico de confianza.

Según Antonovsky, el SOC puede considerarse como un patrón cognitivo-emocional que refleja la percepción de una persona sobre su capacidad para hacer frente a situaciones estresantes y recuperarse de ellas. Además, se contempla como una visión de la vida y una expresión personal de pensar, ser y actuar (Antonovsky, 1979, 1987, 1996).

El modelo salutogénico es un nuevo enfoque para la preservación, promoción y desarrollo de la salud, mediante estrategias cognitivas, afectivas e instrumentales que tienen como propósito mejorar la salud, así como contribuir a la construcción de políticas públicas orientadas al desarrollo del bienestar en los universitarios (Rivera de los Santos *et al.*, 2010, 2011; Rodríguez *et al.*, 2016).

Para desarrollar investigaciones científicas enfocadas en un paradigma salutocéntrico en las universidades, que posteriormente permitan el desarrollo y aplicación de programas de intervención orientados a mejorar los factores protectores del alumnado, contribuyendo así a una mejor calidad de vida y a la prevención o retraso de enfermedades, es fundamental contar con instrumentos de medición válidos y confiables.

Estos deben contar con evidencia científica de validez en el contexto y la población en los que serán utilizados. Solo de esta manera se puede garantizar que proporcionen información precisa y fiable para la toma de decisiones.

Para medir el SOC existen dos versiones del cuestionario desarrolladas por Antonovsky: el Cuestionario de Orientación a la Vida, compuesto por 29 ítems (SOC-29), y una versión abreviada de 13 ítems (SOC-13). Ambas versiones han sido utilizadas en al menos 48 países, donde han sido traducidas, adaptadas y validadas, demostrando ser instrumentos válidos, estables y confiables.

En México, se ha examinado la calidad psicométrica de la versión SOC-29 en estudiantes universitarios, según un estudio realizado por Jurado *et al.* (2014). Por su parte, la versión de 13 ítems (SOC-13) fue validada en Perú con estudiantes universitarios, como documentaron Saravia *et al.* (2014). En México, Macías (2020) validó la versión de 13 ítems en población estudiantil, aunque fue necesario eliminar 6 ítems para lograr un buen ajuste. Al haberse reformulado, se trata de una versión distinta a la originalmente aplicada.

Dado lo anterior, actualmente no existe la versión de 13 ítems validada y con evidencia de adecuadas propiedades psicométricas en población universitaria mexicana.

Así pues, el objetivo de este proyecto es analizar las propiedades psicométricas de la escala de Orientación a la Vida en su versión de 13 ítems, en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos.

Estado del arte

La evaluación de las propiedades psicométricas permite garantizar la validez de la información recopilada. Es fundamental que los instrumentos estén adaptados y cuenten con evidencia de validez para la población a la que se aplicarán. Además, es importante analizar la calidad psicométrica conforme a criterios estandarizados (Terwee *et al.*, 2007, 2012). Este enfoque respalda el desarrollo teórico y científico, además de facilitar la operacionalización del constructo.

Para asegurar la fiabilidad y validez de un instrumento de medición, es crucial que este esté adaptado al idioma y a la población en la que se utilizará, como sugieren Carvajal *et al.* (2011). Esto es especialmente importante cuando el instrumento original ha sido desarrollado en otro idioma, a fin de garantizar la equivalencia semántica, conceptual, de contenido, técnica y de criterio con respecto al original, como indican Dunckley *et al.* (2003) y Hilton y Skrutkowski (2002).

La evaluación de las propiedades psicométricas implica la valoración de dos aspectos fundamentales del instrumento: su confiabilidad y su validez, según lo señalado por Benito e Hidalgo (2005). La confiabilidad puede ser estimada a través de la consistencia interna, utilizando comúnmente dos técnicas: el Alfa de Cronbach y el Omega de McDonald.

Por otro lado, la validez es crucial para confirmar la utilidad de la medida obtenida (Benito e Hidalgo, 2005). Esta puede ser especificada mediante la validez de constructo, la cual se evalúa a través de técnicas como el análisis factorial exploratorio y confirmatorio (Pérez-Gil *et al.*, 2000).

En la misma línea, la obtención de evidencia empírica a partir de la validez psicométrica de los instrumentos de medición contribuye a respaldar las interpretaciones de los puntajes derivados de su aplicación (Furr, 2011). De este modo, todas las conclusiones o recomendaciones basadas en la aplicación del instrumento estarán respaldadas por su validez psicométrica.

Por último, pero igualmente importante, la medición representa uno de los fundamentos esenciales de la investigación científica (Mendoza y Garza, 2009). Actualmente, los profesionales en el ámbito de las ciencias de la salud diseñan sus intervenciones y programas de salud pública y promoción de la salud con base en la evidencia científica más sólida disponible (Morales Asencio *et al.*, 2008; Rychetnik y Wise, 2004). Esto asegura la relevancia y, en cierta medida, también el éxito de la intervención. Por lo tanto, la evidencia presentada debe tener la mejor calidad metodológica posible.

Respecto al SOC, este tiene tres componentes principales: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente conductual o instrumental) y la significatividad (componente motivacional). Antonovsky (1996) los define de la siguiente manera:

La comprensibilidad hace referencia a una sensación cognitiva ordenada, consistente y clara con respecto a los estímulos. La comprensibilidad se fomenta mediante experiencias coherentes y estables a lo largo de la vida. La manejabilidad se refiere a la percepción de tener los recursos necesarios para enfrentar las demandas que se presenten. La manejabilidad se ve favorecida por un equilibrio en la carga, es decir, utilizando todo el potencial propio y los recursos necesarios para

abordar una situación. La significatividad es el componente principal del SOC, ya que es el aspecto motivacional. Es el grado en que una persona percibe que la vida tiene un sentido emocional, lo que la motiva a buscar los recursos necesarios para afrontar cualquier situación, bajo la convicción de que los problemas y las demandas valen la pena.

Metodología

Tipo de estudio

El enfoque metodológico bajo el cual se desarrolló este trabajo de investigación fue de naturaleza cuantitativa, y adoptó un diseño no experimental y transversal.

Universo poblacional

La población objetivo estuvo conformada por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez del Estado de Durango, con edades a partir de los 18 años y sin límite de edad para la participación.

Criterios de inclusión y eliminación

Los participantes fueron estudiantes de las licenciaturas en Psicología y Nutrición, con al menos 18 años de edad y matriculados en cualquier semestre. Además, debían expresar su voluntad de participar en la investigación y firmar el consentimiento informado. Se excluyó de la investigación a aquellos estudiantes que decidieron no continuar con su participación.

Muestreo

El muestreo se llevó a cabo por conveniencia, seleccionando a los participantes que cumplieran con los criterios de inclusión dentro de un período de tiempo específico.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio se encuentran alojados en un formulario de Google Forms. Inicialmente, los participantes deberán leer y aceptar el consentimiento informado para poder continuar. Luego, completarán una ficha sociodemográfica, diseñada para recopilar información sobre las características de la población de estudio. Posteriormente, responderán a la escala de Sentido de Coherencia.

Sentido de coherencia

La variable del Sentido de Coherencia fue evaluada utilizando la escala correspondiente. Este instrumento es un autorreporte que consta de 13 ítems, en los cuales los participantes deben indicar con qué frecuencia experimentan determinadas situaciones. Se emplea una escala tipo Likert, que va del 1 al 7, donde 1 representa “muy a menudo” y 7 “rara vez”. La escala evalúa tres aspectos del Sentido de Coherencia: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

Este instrumento fue desarrollado por Aaron Antonovsky (1996), mientras que Márquez-Palacios *et al.* (2024) validaron la versión de 13 ítems en población clínica mexicana, obteniendo un coeficiente Omega de McDonald de 0.79 y buenos índices de ajuste mediante el análisis factorial confirmatorio (RMSEA = 0.08, CFI = 0.91, TLI = 0.90).

Análisis estadístico

Los datos se analizaron por medio del programa SPSS versión 22.0 para Windows. Este análisis incluyó tanto estadísticas descriptivas como inferenciales. Las pruebas a utilizar para la estadística descriptiva e inferencial serán las siguientes:

- Medias, medianas, desviación estándar, mínimo y máximo.
- Pruebas de confiabilidad como omega de MC Donalds.
- Pruebas de validez de constructo como análisis factorial exploratorio.

Procedimiento

En esta sección se describen los procedimientos llevados a cabo para realizar la investigación. Inicialmente, se identificó a la población objetivo y se seleccionó a los participantes, informándoles sobre los objetivos y procedimientos del estudio. Los alumnos que decidieron participar recibieron un enlace para acceder al formulario y responder a los instrumentos, cuyo completado toma aproximadamente 8 minutos.

Una vez que todos los instrumentos fueron completados, los datos se descargan en una hoja de cálculo de Excel y posteriormente se ingresan al programa estadístico SPSS para llevar a cabo los análisis correspondientes.

Consideraciones éticas

Basándonos en la Ley General de Salud en materia de investigación y en el Código Ético del Psicólogo, esta investigación se considera de bajo riesgo.

Resultados

La muestra total consistió en 150 individuos, y los resultados son parciales hasta el momento de la creación de este artículo. En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría de los participantes eran mujeres, con un total de 113 personas (75.3%), mientras que 37 individuos (24.7%) fueron hombres. La edad de los participantes osciló entre 18 y 53 años, siendo 20 años la edad más frecuente. Además, más de la mitad de la muestra eran estudiantes de Psicología, con un total de 272 personas (55%), mientras que los 223 participantes restantes (45%) eran estudiantes de la Licenciatura en Nutrición.

Confiabilidad

La prueba estadística utilizada para obtener los datos sobre confiabilidad fue la Omega de McDonalds. Los resultados obtenidos fueron .80 para la versión de 13 ítems de la escala de orientación a la vida (SOC-13) en estudiantes universitarios.

Análisis factorial exploratorio

La medida de Kaiser-Meyer-Olkin para la adecuación muestral produjo un valor estimado de 0.91, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett mostró un nivel de significancia inferior a 0.00. Esto indica que la matriz de datos es factorizable.

El análisis factorial exploratorio reveló una estructura de dos factores al aplicar el método de ejes principales y la rotación Oblimin directo sobre los 13 ítems que conforman la escala de Orientación a la Vida en su versión de 13 ítems en español. Se obtuvo una explicación del 52% de la varianza total.

En la Figura 1 se presenta el gráfico de sedimentación, mientras que en la Tabla 1 se muestran los componentes con sus respectivas cargas factoriales.

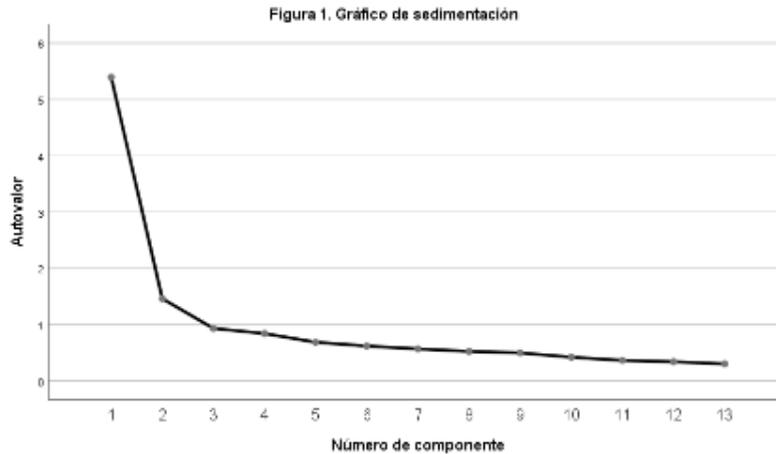


Figura 1. Gráfico de sedimentación

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1

Análisis factorial exploratorio del cuestionario SOC-13 en universitarios

| Ítems | Dimensiones | |
|-------|-------------|------|
| | 1 | 2 |
| 1. | .580 | |
| 2. | .560 | |
| 3. | .614 | |
| 4. | | .664 |
| 5. | .580 | |
| 6. | .689 | |
| 7. | .650 | |
| 8. | .815 | |
| 9. | .791 | |
| 10. | .762 | |
| 11. | | .332 |
| 12. | .711 | |
| 13. | .758 | |

Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación fue analizar las propiedades psicométricas de la escala de Orientación a la Vida en su versión de 13 ítems (SOC-13) en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. Los resultados indican que la escala está compuesta por dos factores, lo que difiere de la validación realizada en población clínica (Márquez-Palacios *et al.*, 2024), así como de estudios en otros países con universitarios (Mafla *et al.*, 2021; Saravia *et al.*, 2014).

Se ha informado que existen diversas estructuras factoriales de la escala para medir el sentido de coherencia, siendo cuatro de ellas las más respaldadas por la evidencia empírica. No obstante, también se han propuesto soluciones factoriales distintas a estas cuatro estructuras clásicas (Rivera de los Santos *et al.*, 2011).

En el caso de los resultados obtenidos en este estudio, se identificó una estructura factorial diferente a las previamente reportadas (Mafla *et al.*, 2021; Saravia *et al.*, 2014).

Esta estructura factorial guarda mayor similitud con las estructuras unifactoriales que han sido reportadas con mayor frecuencia en la literatura, ya que solo dos ítems forman parte de la segunda dimensión. Será necesario completar el tamaño de muestra esperado para contar con los datos suficientes que permitan realizar los análisis estadísticos pertinentes y así identificar con mayor precisión la estructura factorial. Es posible que, una vez alcanzado el tamaño muestral adecuado, estos ítems presenten carga factorial doble y conformen finalmente una estructura unifactorial.

En cuanto a la confiabilidad medida por el omega de McDonald, Viladrich *et al.* (2017) señalan que, cuando una escala no es unidimensional y presenta errores correlacionados, no es adecuado estimar la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach; en su lugar, debe utilizarse el índice omega de McDonald.

Dado que los resultados hasta el momento no confirman una solución unidimensional para la escala, se optó por medir la confiabilidad con el índice omega. Los resultados obtenidos ($\omega = .80$) son consistentes con los reportados en un estudio previo con la misma escala, pero en población clínica ($\omega = .79$) (Márquez-Palacios *et al.*, 2024).

Para concluir, los resultados parciales presentados indican una solución de dos factores; sin embargo, la composición de los ítems en estos factores no coincide con lo reportado en la literatura. Por ello, es necesario completar la muestra y emplear técnicas de estadística multinivel que permitan realizar

análisis más complejos, como los de ecuaciones estructurales, para determinar con mayor precisión la estructura factorial.

Referencias bibliográficas

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (pp. xx, 218). Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion¹. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Benito, J. G., e Hidalgo, M. D. (2005). La validez de los test, escalas y cuestionarios. *La Sociología en sus Escenarios*, 12, Article 12. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/1750>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., y Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Dunckley, M., Hughes, R., Addington-Hall, J., y Higginson, I. J. (2003). Language translation of outcome measurement tools: Views of health professionals. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(2), 49-55. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2003.9.2.49>
- Durán A. S., Castillo A. M., y Vio del R. F. (2009). Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del Campus Antumapu. *Revista chilena de nutrición*,

- 36(3), 200-209. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182009000300002>
- Furr, R. M. (2011). *Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446287866>
- García-Ros, R., Pérez-González, F., Pérez-Blasco, J., y Natividad, L. A. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 143-154.
- Garcimarrero, E. A. (2021). Factores protectores de salud mental en estudiantes de medicina: Una revisión sistemática. *Calidad de Vida y Salud*, 14(1), Article 1.
- Hilton, A., y Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: Development and testing processes. *Cancer Nursing*, 25(1), 1-7. <https://doi.org/10.1097/00002820-200202000-00001>
- Jurado, H. V., Rivera, V. C., Franco, A. C., Oca, V. O. M. de, Salazar, P. H., y Rull, M. A. P. (2014). Comparación de dos formas de una escala de sentido de coherencia. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(2), 51-70.
- Lindström, B., y Eriksson, M. (2010). A Salutogenic Approach to Tackling Health Inequalities. En A. Morgan, M. Davies, y E. Ziglio (Eds.), *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action* (pp. 17-39). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5921-8_2
- Macías, A. B. (2020). Validación psicométrica de una versión reformulada de la Escala de Sentido de Coherencia de trece ítems (SOC-13) en una población estudiantil mexicana. *Journal of business and entrepreneurial studie*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.37956/jbes.v4i2.114>
- Mafla, A. C., Herrera-López, M., España-Fuelagan, K., Ramírez-Solarte, I., Gallardo Pino, C., y Schwendicke, F. (2021). Psychometric Properties of the SOC-13 Scale in Colombian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13017. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413017>
- Márquez-Palacios, J. H., Salazar-Estrada, J., Morales, A. U., y Carvajal, C. C. (2024). Propiedades psicométricas de la escala SOC-13 en una muestra de diabéticos mexicanos. *Acta Universitaria*, 34, 1-14. <https://doi.org/10.15174/au.2024.3970>
- Mendoza, J. G., y Garza, J. B. (2009). La medición en el proceso de investigación científica: Evaluación de validez de contenido y confiabilidad (Measurement in the scientific research process: Content validity and reliability evaluation). *Innovaciones de negocios*, 6(11), Article 11.
- Morales Asencio, J. M., Gonzalo Jiménez, E., Martín Santos, F. J., y Morilla Herrera, J. C. (2008). Salud pública basada en la evidencia: Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Revista Española de Salud Pública*, 82(1), 05-20.
- Pérez-Gil, J. A., Chacón, S., y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: El uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez | *Psicothema*. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7727>
- Rivera de los Santos, F., Ramos, P., Moreno, C., Hernán, M., y García-Moya, I. (2010). *Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: Retos y expansión de un enfoque positivo de la*

salud y el desarrollo. (pp. 27-46).

Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., y Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139.

Rodríguez, M., Couto, M., y Díaz, N. (2016). *Modelo salutogénico: Enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura*. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/>

Rodríguez R., F., Palma L., X., Romo B., Á., Escobar B., D., Aragú G., B., Espinoza O., L., McMillan L., N., y Gálvez C., J. (2013). Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 447-455. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.2.6230>

Rychetnik, L., y Wise, M. (2004). Advocating evidence-based health promotion: Reflections and a way forward. *Health Promotion International*, 19(2), 247-257. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah212>

Salas, F. G. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *Revista ABRA*, 38(56), Article 56. <https://doi.org/10.15359/abra.38-56.3>

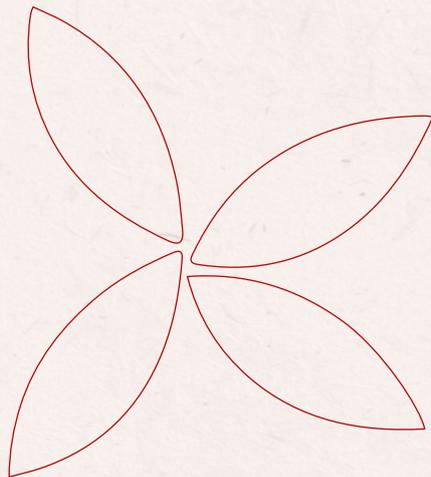
Saravia, J. C., Iberico, C., y Yearwood, K. (2014). Validación de la escala Sentido de Coherencia (SOC) 13-item en una muestra Peruana. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 6(2), 35-44. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2014.6.2.48590>

Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der

Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., y de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

Terwee, C. B., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Ostelo, R. W. J. G., Bouter, L. M., y de Vet, H. C. W. (2012). Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: A scoring system for the COSMIN checklist. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(4), 651-657. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9960-1>

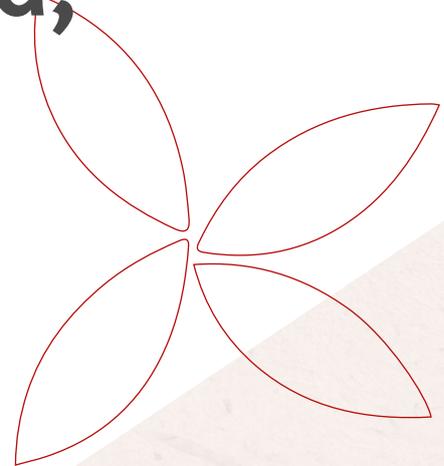
Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., y Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33(3), 755-782. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>



3.

Desarrollo e institucionalización del distintivo Universidad Promotora de Salud, México

Antonio Jiménez Luna¹, María Soledad Villareal²,
Claudia Vanessa Rodríguez López³



Resumen

A partir del establecimiento de la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Okanagan, se han fortalecido a nivel global las estrategias orientadas a implementar acciones oportunas que incidan de manera positiva en diversos escenarios a través de la promoción de la salud. Como resultado del periodo post-pandemia de COVID-19, se vuelve indispensable atender los espacios donde las personas conviven y se agrupan, como las universidades, que representan un entorno fundamental para favorecer la deconstrucción de actitudes y la aceptación de habilidades orientadas a una vida que promueva el bienestar integral.

Las acciones y estrategias para alcanzar entornos educativos que promuevan la salud y el bienestar son diversas. Por ello, contar con una guía, como los criterios para la obtención de un distintivo, puede potenciar el papel de la institución como un agente promotor de la salud.

El distintivo es un marco de referencia sobre el trabajo intersectorial que las redes nacionales pueden realizar para coordinar acciones con el gobierno estatal o federal en materia de promoción de la salud y establecer acuerdos en común fundamentados. El trabajo realizado es un referente para las redes de otros países y una acción sin precedente en las redes que forman parte de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud.

Palabras clave

Universidad Promotora de la Salud, distintivo UPS, promoción de la salud, indicadores.

1. Unipac - Centro Universitario del Pacífico, México. direccion.general@unipac.edu.mx
2. Universidad La Salle, Cancún, México. nutricionygastronomia@lasallecancun.edu.mx
3. Universidad de Monterrey, México. claudiav.rodriguez@udem.edu.mx

Breve fundamento teórico

La promoción de la salud, como iniciativa social internacional, tiene sus inicios en 1978 con el primer encuentro de Atención Primaria de la Salud en Alma Ata, Rusia, marcando un precedente histórico para este gran movimiento mundial (Secretaría de Salud de México, 2015). Esta iniciativa ha cobrado mayor relevancia en los últimos años, especialmente a partir de la Carta de Okanagan y se ha fortalecido con la reciente pandemia del SARS-CoV-2, la cual evidenció la importancia de la intersectorialidad entre países y el impacto que tiene el control y desarrollo de hábitos saludables.

Según De la Guardia Gutiérrez (2020), el concepto de salud ha sido modificado a lo largo del tiempo desde la definición de la Organización Mundial de la Salud en 1948, y con ello se ha ajustado el término relacionado con la promoción de la salud.

En la Carta de Ottawa de 1986, según la Dirección General de la Promoción de la Salud (2015, párr. 04), la promoción de la salud se define como un “proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”. Esto permite concluir que este esfuerzo integral en promoción de la salud facilita a la población identificar, controlar y mejorar los factores que impulsan su bienestar.

En esta participación social, se identificó a las universidades e instituciones de educación superior

como elementos clave para la promoción efectiva de la salud a nivel mundial. Este aspecto se enfatiza en la Carta de Okanagan de 2015, al declarar la necesidad de asumir un compromiso de cambio cultural dentro del campus y en las comunidades cercanas a estas instituciones. Se solicita la responsabilidad de integrar la salud en todas las actividades universitarias, tanto en la administración como en la operación de las escuelas, además de liderar esfuerzos a nivel local y global dentro y fuera de las universidades.

Las instituciones comprometidas con esta encomienda para ser promotoras de la Salud deben considerar elementos esenciales, tales como: educar en salud, crear ambientes y entornos saludables, establecer normativas y políticas alineadas con la visión de la promoción de salud, impulsar la línea de la investigación en el tema y generar alianzas intersectoriales que permitan coordinar esfuerzos intra e interinstitucionales, reforzando así el impacto a nivel individual y social (Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud, 2017).

Este movimiento internacional genera numerosos beneficios para las instituciones que se convierten en promotoras de la salud, impactando de manera directa a las y los estudiantes de dichas universidades. Entre los principales efectos positivos destacan el conocimiento de los factores que intervienen en una vida saludable, lo cual constituye una herramienta fundamental para la prevención y promoción de la salud a través de la alfabetización sanitaria. Asimismo, se promueve la creación de ambientes saludables que permiten vivir y experimentar espacios adecuados para la adopción de nuevos hábitos, y se impulsa la investigación como medio para mejorar continuamente

3.

esta nueva cultura y estilo de vida (Arroyo, 2020; De la Guardia *et al.*, 2020).

Además, se busca que la comunidad universitaria adopte un estilo de vida saludable de manera anticipada, con el fin de reducir los índices de enfermedades, patologías y fenómenos sociales relacionados con los determinantes de la salud. Esto resulta crucial, dado que los datos de la última década no son alentadores (OPS, 1985; Muñoz y Cabieses, 2008; Arroyo y Rice, 2009; Gallardo, Pérez y Peñacoba, 2010).

Para alcanzar los efectos deseados mediante estas acciones, las instituciones deben alinearse con las redes locales, nacionales e internacionales, lo que les permitirá conocer las principales directrices mundiales para una promoción de la salud efectiva y comprobada. Es fundamental que asuman una participación activa frente a la cultura institucional, involucrando a los grandes líderes de la comunidad para impulsar estas acciones de manera eficiente y a gran escala. Además, será necesario comprender los abordajes fundamentales de los determinantes de la salud establecidos por la OMS, que permiten establecer acciones independientemente de las condiciones particulares de cada institución (OMS, 2013).

Por lo anterior, resulta fundamental validar y certificar las acciones promotoras de salud. En una conceptualización amplia, certificar implica emitir un documento que atestigüe que un producto, persona, empresa o institución cumple con normas técnicas específicas. Estas normas se entienden como documentos técnicos aprobados por organismos competentes que contienen los requisitos a cumplir (Miranda *et al.*, 2004).

Las certificaciones abarcan diversos sectores y han evolucionado desde el concepto estricto de calidad hacia otros ámbitos, como el medio ambiente, los recursos humanos, la responsabilidad social corporativa y, en este caso, la promoción de la salud. Según Miranda *et al.* (2004, p. 4), las certificaciones involucran a tres actores: en primer lugar, el organismo encargado de elaborar las normas técnicas que establecen los requisitos específicos; en segundo lugar, la entidad que emite el documento que certifica el cumplimiento de dichas normas; y, en tercer lugar, la entidad certificada.

En México, las instituciones de educación superior no son ajenas a procesos de acreditación y certificación; sin embargo, estos suelen percibirse como complejos, costosos y prolongados en el imaginario colectivo. Por ello, resulta valioso considerar el término distintivo, definido como: “adj. Que tiene facultad de distinguir o caracterizar algo: ejemplo, el aroma distintivo es la marca de la casa” (Real Academia Española, 2023). Un distintivo no clasifica como mejor o peor a la persona, cosa o institución que lo porta; en cambio, resalta una cualidad específica. A diferencia de una certificación, que implica un proceso de auditoría formal, un distintivo se centra en el autodiagnóstico de diversas áreas de la institución, en este caso, las universidades que implementan acciones de promoción de la salud.

Por lo tanto, se sostiene que un distintivo añade valor a la marca, al acreditar a la institución de educación superior ante colaboradores, inversionistas, estudiantes, autoridades y la sociedad como una organización públicamente comprometida con la salud. Su objetivo principal es impulsar el potencial de la institución como agente promotor de la salud en la sociedad mexicana. Además, el distintivo ofrece

beneficios adicionales, como la optimización de procesos, la integración de evidencias, la identificación de áreas de oportunidad y fortalezas que pueden facilitar la obtención de otras certificaciones o distintivos a los que se aspire (Ha, 2021).

La Organización Mundial de la Salud reconoce que los estudiantes pasan gran parte de su día en entornos educativos y, por ello, establece una serie de recomendaciones, entre las cuales destacan: la inclusión de planes de estudio que fomenten la actividad física y una alimentación saludable, el control de los entornos alimenticios, la mejora de accesos e instalaciones que faciliten la práctica de ejercicio, así como la implementación de talleres formativos dirigidos al personal escolar (Organización Mundial de la Salud, 2008, citado por Arriscado-Alsina *et al.*, 2015).

La Organización Mundial de la Salud reconoce que los estudiantes pasan gran parte de su día en entornos educativos y, por ello, establece una serie de recomendaciones, entre las cuales destacan: la inclusión de planes de estudio que fomenten la actividad física y una alimentación saludable, el control de los entornos alimenticios, la mejora de accesos e instalaciones que faciliten la práctica de ejercicio, así como la implementación de talleres formativos dirigidos al personal escolar (Organización Mundial de la Salud, 2008, citado por Arriscado-Alsina *et al.*, 2015).

Estos beneficios han motivado a la Comisión de Políticas Públicas de la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud a crear un distintivo, en lugar de una certificación, con el propósito de impulsar, fomentar y guiar a las instituciones de educación superior en el desarrollo de acciones de promoción de la salud.

Objetivo

Desarrollar el distintivo de Universidad Promotora de Salud (UPS) en México para impulsar las acciones que favorezcan el bienestar de la población, con reconocimiento del Gobierno del Estado Mexicano

Metodología

A partir de octubre de 2021, la Secretaría de Salud del Gobierno de México, en colaboración con la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS), estableció el compromiso, a través de la Comisión de Políticas Públicas y el Consejo Directivo 2021-2023, de revisar la cédula de verificación utilizada para la certificación como Universidad Promotora de la Salud (UPS) en el periodo 2014-2018.

El objetivo fue actualizar los indicadores y ajustarlos a las nuevas demandas que enfrentan las Instituciones de Educación Superior (IES) en materia de promoción de la salud, adoptando un enfoque salutogénico. En este contexto y a lo largo del trabajo colaborativo realizado en reuniones conducentes, se definieron el instrumento y la metodología para otorgar, de manera conjunta, el Distintivo “UPS” en México.

La cédula de verificación quedó compuesta de 12 categorías con 182 ítems, de los cuales 105 son sustantivos y 77 adjetivos. Los ítems sustantivos serán indispensables para la obtención del distintivo.

Es importante mencionar que el Distintivo de Universidad Promotora de la Salud no constituye una certificación en el sentido estricto del término. Aunque incluye una primera fase de

3.

autodeclaración por parte de la institución sobre los aspectos que cumple y la verificación de lo declarado por un organismo correspondiente, no existe una entidad independiente que garantice de manera formal el cumplimiento de los procesos y evidencias presentados.

La modalidad de distintivo permitirá agilizar el proceso, incentivando a las instituciones a alcanzar el máximo nivel y a compartir sus logros con la comunidad para fomentar la motivación y su renovación periódica. La solicitud del distintivo puede realizarse en cualquier época del año mediante un correo electrónico, acompañado del establecimiento de compromisos institucionales para su implementación.

La valoración para la obtención del distintivo puede llevarse a cabo de manera virtual o presencial. Una vez recibidas las evidencias o concluida la visita presencial, se emite un acta por parte de los responsables de la evaluación, determinando si el cumplimiento de la guía elaborada para este fin es favorable o no. El distintivo se otorga en tres niveles y puede ser revocado cada tres años.

Todas las instituciones agremiadas a la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud, ya sea como instituciones afiliadas o vinculadas, pueden obtener dicho distintivo.

Logros alcanzados

Sin duda, la firma del mecanismo de colaboración entre la Secretaría de Salud del Gobierno de México y la RMUPS es un paso fundamental para el logro del proyecto. Sustituir el término certificación por distintivo ha sido un acierto, ya que facilita la

empatía con los procesos de gestión internos de las instituciones de educación superior.

Así mismo, la validación del instrumento de la cédula de verificación y el desarrollo de la metodología para el otorgamiento del distintivo representaron metas significativas en esta primera etapa. Finalmente, la capacitación específica a dieciocho instituciones durante la asamblea ordinaria de abril de 2024 para iniciar su proceso resultó sumamente alentadora.

Conclusiones

La fase inicial del proyecto concluyó exitosamente, logrando la aceptación favorable de las universidades que actualmente integran la red, además de despertar el interés de otras instituciones por adherirse al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud, bajo un marco de aprendizaje colaborativo.

El distintivo constituye un marco de referencia para el trabajo intersectorial que las redes nacionales pueden llevar a cabo al coordinar acciones con el gobierno estatal o federal en materia de promoción de la salud y establecer acuerdos comunes, sólidos y fundamentados. El trabajo realizado representa un referente para las redes de otros países y marca un precedente significativo en las acciones impulsadas por la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud.

La primera fase de su ejecución será de gran valor, pues después de otorgar los primeros distintivos se valorará las áreas de oportunidad o ajustes necesarios. Se tiene claridad que es un proyecto abierto y que se aprenderá en el proceso de ejecución y que la ruta de aprendizaje será de gran beneficio.

Referencias bibliográficas

- Arenas, L., Arillo, E., Betanzos, A., Jiménez, A., Márquez, M., Rangel, H., Rodríguez, R., Rueda, C. y Villanueva, M. (s.f.). Promoción de la Salud. Instituto Nacional de la Salud. Recuperado de <https://tinyurl.com/2dfurwym>
- Arroyo, H. (2020). Conferencia magistral: “La respuesta universitaria ante el Covid-19”. Departamento de Promoción de la Salud Universitaria de la FES Zaragoza <https://tinyurl.com/28qp6533>
- Arroyo, H. V. (2018). El movimiento de universidades promotoras de la salud. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS)*. Obtenido de <https://tinyurl.com/2alw59uy>
- Arriscado, D., Muros, J., Zabala Díaz M. y Dalmau, J. (2015). ¿Influye la promoción de la salud escolar en los hábitos de los alumnos? *Anales de Pediatría (English Edition)*, 83(1). pp. 11-18. Recuperado de <https://tinyurl.com/2crkuamj>
- Carrasco Turín, M. M. (2002). *Salud de l@s adolescentes: inversión social para cerrar brechas de inequidad*. Perú: SPAJ, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud.
- Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior (VII: 2015: Kelowna, (B.C.)). (2015). Carta de Okanagan: Una Carta Internacional para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior [O]. Recuperado el 11 de julio de 2023 en la página web: <http://dx.doi.org/10.14288/1.0428838>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A. y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.
- DGPS. (s/f). Validación de Universidades Promotoras de la Salud. Recuperado de <https://tinyurl.com/2548tb6d>
- Dirección General de la Promoción de la Salud (18 de agosto 2015) 1era Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa Canadá en 1948. Recuperado el 11 de julio 2023 de la página web: <https://www.gob.mx/salud/documentos/carta-de-ottawa-publicado-por-la-dgps>
- Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). (2015). Carta de Okanagan para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior. Recuperado de <https://tinyurl.com/2ap9856d>
- Gallardo Pino, C., Martínez Pérez, A. y Peñacoba Puentes, C. (s.f.). Promoción de la salud en la universidad: la Universidad Rey Juan Carlos. Recuperado de <https://tinyurl.com/27zyeu6w>
- Gobierno de México. (2017). La escuela: un lugar para convivir. Recuperado de <https://tinyurl.com/28uvv2w6>
- Gobierno de México. (2021). Activa tu modo saludable. Recuperado de <https://tinyurl.com/2del9ryr>
- Ha E. (07-13-2021) The Ins and Outs of Digital Badging vs. Certification. Hewlett Packard Enterprise Development LP. <https://tinyurl.com/2ctuddhq>

- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77. Recuperado de <https://tinyurl.com/2a9ysphz>.
- Lange, I. y Vio, F. (2006). Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de educación superior. Chile. Recuperado de <https://tinyurl.com/24up4mpu>
- Miranda González, F.J., Chamorro Mera, A. y Rubio Lacoba, S. (2004): Clarificando el concepto de certificación: El caso español. *Boletín Económico de ICE*, nº 2825, pp. 1-16. <https://revistasice.com/index.php/BICE/article/view/3690/3690>
- Muñoz, M. y Cabieses B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 24(2):139-46. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a09v24n2.pdf>
- Muñoz Sánchez, A. (2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: teoría y realidad. *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo (Internet)* 2010; 56 (220): 220-225. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n220/original2.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Estrategia y plan de Acción sobre Promoción de la salud en el contexto de los objetivos del desarrollo sostenible 2019-2030. Recuperado de <https://tinyurl.com/289d3rks>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado de <https://tinyurl.com/2a63wvxq>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013) El Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México. México; 2013. Recuperado el 11 de julio de 2023 de la página web: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6291>
- Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (2017) Líneas de acción. Recuperado el 11 de julio 2023 de la página web: <https://rmups.org/quienes-somos/lineas-de-accion/>
- Restrepo, H (2008). Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Ed Panamericana. Bogotá, Colombia. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3296>
- Ruelas, E. y Pablano, O. (2007). Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. Recuperado de https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp30.pdf
- Secretaría de Salud de México (17 de agosto 2015) Promoción de la Salud. gob.mx. Recuperado el 11 de julio de 2023, en la página web <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>



Consejo Directivo RMUPS



Consejo directivo 2023-2025

Presidencia

Dr. Alfonso Barajas Martínez

Vicepresidencia

Mtro. Antonio Jiménez Luna

Secretaría Técnica

Mtra. Renée Gabriela Núñez Ochoa

Tesorería

Dra. Martha Xitlali Mercado Rivas

Vocal Zona Noroeste

Dr. Jaime Ovalle Serafín

Vocal Zona Noreste

Dra. Claudia Vanessa Rodríguez López

Vocal Centro-Occidente

Mtra. Mayra Carrillo Santana

Vocal Zona Centro-Sur

Dra. María Antonia Mendoza Ayala

Vocal Zona Sursureste

Mtra. María Soledad Villarreal

Vocal Zona Metropolitana

Dra. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez

Comisión Estatutos y Reglamentos

Mtro. Francisco Hernández Ortíz

Comisión Admisión de Asociados

Mtra. Laura Elena López Hernández

Comisión Difusión

Mtra. Caribe Revilla Velásquez

Mtro. Antonio Jiménez Luna

Comisión Políticas Públicas

Mtra. María Soledad Villarreal

Dra. Claudia Vanessa Rodríguez López

Comisión Investigación

Dra. Patricia Páez Manjarrez

Comisión Vinculación Interinstitucional

Mtro. Jasón Aragón Castillo

Comisión Financiamiento

Mtra. Martha Xitlali Mercado Rivas

Desarrollo Profesional

Mtro. Víctor Ulises Pérez Osuna

Consejo directivo 2025-2027

Presidencia

Mtro. Antonio Jiménez Luna

Vicepresidencia

Dr. Guillermo Jacobo Baca

Secretaría Técnica

Mtra. Renée Gabriela Núñez Ochoa

Tesorería

Dra. Martha Xitlali Mercado Rivas

Vocal Zona Noroeste

Mtra. Leticia Gabriela Rodríguez Pedraza

Vocal Zona Noreste

Dra. Claudia Vanessa Rodríguez López

Vocal Centro-Occidente

Dr. Fernando Martínez Barroso

Vocal Zona Centro-Sur

Dra. Areli Guadalupe Morales Hernández

Vocal Zona Sursureste

Mtra. María Soledad Villarreal

Vocal Zona Metropolitana

Dra. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez

Comisión Estatutos y Reglamentos

Mtro. Francisco Hernández Ortíz

Comisión Admisión de Asociados

Mtra. Laura Elena López Hernández

Comisión Difusión

Mtra. Caribe Revilla Velásquez

Mtro. Antonio Jiménez Luna

Comisión Políticas Públicas

Mtra. María Soledad Villarreal

Dra. Claudia Vanessa Rodríguez López

Comisión Investigación

Dra. Patricia Páez Manjarrez

Dra. Lila García Álvarez

Comisión Vinculación Interinstitucional

Mtro. Jasón Aragón Castillo

Dr. Jaime Ovalle Serafín

Comisión de Planeación Financiera

Mtra. Mayra Carrillo Santana

Desarrollo Profesional

Mtro. Víctor Ulises Pérez Osuna

Mtra. Guadalupe Suazo Marín

