

AVANCES Y PERSPECTIVAS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA SALUD EN LAS ETAPAS DE LA VIDA

Comps.

María del Mar Simón Márquez
José Jesús Gázquez Linares
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
María del Carmen Pérez Fuentes



Dykinson, S.L.

Avances y perspectivas en la investigación de la salud en las etapas de vida

Comps.

María del Mar Simón Márquez

José Jesús Gázquez Linares

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

María del Carmen Pérez Fuentes

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Avances y perspectivas en la investigación de la salud en las etapas de vida”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>
Consejo Editorial véase www.dykinson.com/quienessomos
Madrid, 2024

ISBN: 978-84-1070-931-7

DOI: 10.14679/3766

Preimpresión realizada por los autores

CAPÍTULO 1

IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES PARA MEJORAR EL TRABAJO EN EQUIPO EN CONTEXTOS EDUCATIVOS: UNA REVISIÓN CIENTÍFICA

MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ, RUI SANTOS, FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS, SARA GORDO, CRISTÓVÃO MARGARIDO, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ, Y ÁNGELA TEJERA ALONSO 11

CAPÍTULO 2

ESTRATEGIAS DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

LOURDES GONCALVES FERNÁNDEZ 21

CAPÍTULO 3

FORTALECIENDO LA RESILIENCIA COMUNITARIA: EL PAPEL DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN LA PREVENCIÓN DE CRISIS PSICOSOCIALES

LOURDES GONCALVES FERNÁNDEZ 31

CAPÍTULO 4

DIFERENCIAS INTERPERSONALES EN LA EXPERIENCIA DE FATIGA LABORAL: UN ENFOQUE CENTRADO EN PERSONAS

DANIEL CORTÉS DENIA Y MANUEL PULIDO MARTOS 41

CAPÍTULO 5

ENTRENAMIENTO EN CONCIENCIA PLENA EN EL ÁMBITO LABORAL

FRANCISCO JESÚS LOBATO CARVAJAL 53

CAPÍTULO 6

FUNCIONES EJECUTIVAS, ESTILO PARENTAL COMUNICATIVO Y SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE EN ADOLESCENTES: UN MODELO DE MEDIACIÓN

ANNA CARBALLO MÁRQUEZ, JULIANA ROJAS RINCÓN, ANNA GARCÍA CASANOVAS, AIKATERINI AMPATZOGLOU, CRISTINA FERNÁNDEZ-CARDELLACH ARTÉS DE ARCOS, Y BRUNO ORIOLO PORRAS GARCÍA 61

CAPÍTULO 7

SESGO DE PESO E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES MEXICANOS

DANIELA ROLDÁN BARRIOS Y CECILIA MEZA PEÑA 75

CAPÍTULO 8

THE IMPACT OF SOCIAL SUPPORT AND VIRTUAL COMMUNITIES ON MATERNAL WELL-BEING AND POSTPARTUM DEPRESSION: A RESEARCH PROPOSAL

DANA AHITUV GEZ, GIANLUIGI MOSCATO, & MARINA ALBA CABELLO GARCÍA ... 85

CAPÍTULO 9

FORTALECIENDO LA SALUD MATERNA: LA IMPORTANCIA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA PARA GESTANTES DE EDAD AVANZADA

EVARISTO IVÁN DE VICENTE DÍAZ Y MYRIAM ALVARIÑAS-VILLAVERDE 97

CAPÍTULO 10

HEALTH LITERACY IN PREGNANT WOMEN: NEW INSIGHTS

EVARISTO IVÁN DE VICENTE DÍAZ & MYRIAM ALVARIÑAS-VILLAVERDE 107

CAPÍTULO 11

FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS DEL GROOMING: UNA REVISIÓN CRÍTICA

ADRIÁN JIMÉNEZ RIBERA Y MERCEDES PRATS TORRENT 131

CAPÍTULO 12

INFLUENCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, LOS ROLES DE GÉNERO Y VARIABLES ESTRUCTURALES EN LA SALUD DE LAS MUJERES Y EN LA DE LOS HOMBRES

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ MARÍN 143

CAPÍTULO 13

VALORACIÓN DEL PERFIL NEUROCOGNITIVO EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ, ÁNGELA TEJERA ALONSO, RICARDO POCINHO, SILVIA SILVA, SARA GORDO, Y MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ 153

CAPÍTULO 14

ACOSO SEXUAL OFFLINE Y ONLINE EN LA ADOLESCENCIA

VERÓNICA MARCOS MARTÍNEZ Y ZEINAB AREES 165

CAPÍTULO 15

HIPERSEXUALIDAD Y LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN LA INFANCIA: REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES

HELENA BARAHONA ÁLVAREZ Y SILVIA JOAQUINA PECH CAMPOS..... 175

CAPÍTULO 16

EXPERIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: UN ANÁLISIS DE BARRERAS Y BENEFICIOS

MARTA ARIAS CRESPO, NATALIA CALVO AYUSO, DAVID BERMEJO MARTÍNEZ, RUBÉN GARCÍA FERNÁNDEZ, MARIANA VIEIRA MARTINS, Y MARÍA DE FÁTIMA DA SILVA VIEIRA MARTINS..... 187

CAPÍTULO 17

LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS PERCIBIDO, ALEXITIMIA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL SOBRE LA APARICIÓN DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO EN MUJERES ESPAÑOLAS

MARÍA DOLORES LÓPEZ SALMERÓN, CRISTINA GÓNGORA GONZÁLEZ, MARÍA QUIRÓS-GODOY, ELENA ARROYO BELLO, MARÍA JOSÉ DE DIOS PÉREZ, Y MARÍA PROVENCIO ORTEGA..... 199

CAPÍTULO 18

ANÁLISIS DE PERFILES SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOLÓGICO DE LA PERSONA CUIDADORA QUE OCULTA INFORMACIÓN AL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN E ISARU DE LA PIEDRA TORRES..... 213

CAPÍTULO 19

EMOCIONES EN LA ERA DIGITAL: PLATAFORMA PARA POTENCIAR EL BIENESTAR EN ADULTOS EMERGENTES

SELENE VALERO MORENO, IRINA NAVARRO MONTOYA, KONSTANZE SCHOEPS, MARIÁN PÉREZ-MARÍN, E INMACULADA MONTOYA CASTILLA..... 227

CAPÍTULO 20

EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON LA SOLEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

KARINA ELIZABETH OCAMPO VÁSQUEZ..... 241

CAPÍTULO 21

REALIDAD VIRTUAL EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA: FOMENTO DE LA INCLUSIÓN Y EL AUTOCONCEPTO EN FUTUROS DOCENTES DE EDUCACIÓN FÍSICA

MARÍA JESÚS LIROLA MANZANO, CRISTINA MÉNDEZ AGUADO, DÉBORAH NEGRÍN PERAZA, VANESA JIMÉNEZ FÁBREGA, Y JUAN LEANDRO CEREZUELA RUIZ 249

CAPÍTULO 22

LA INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL, LA SATISFACCIÓN CON EL BARRIO, LA PARTICIPACIÓN Y LA AGRESIVIDAD EN LA SATISFACCIÓN VITAL DE LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES

GIANLUIGI MOSCATO, MARINA ALBA CABELLO GARCÍA, Y DANA AHITUV GEZ .. 261

CAPÍTULO 23

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EXPERIENCIAS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN HOMBRES QUE VIVEN CON VIH

CONSUELO RUBI ROSALES PIÑA, RICARDO SÁNCHEZ MEDINA, DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE, Y SANDRA IVONNE MUÑOZ MALDONADO 271

CAPÍTULO 24

PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE DIABETES EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL

DÉBORAH NEGRÍN PERAZA, CRISTINA MÉNDEZ AGUADO, MARÍA JESÚS LIROLA MANZANO, JUAN LEANDRO CEREZUELA RUIZ, Y VANESA JIMÉNEZ FÁBREGA ... 281

CAPÍTULO 25

PERSPECTIVA DE LA RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON EL BURNOUT

MARINA RAMÍREZ ZHINDÓN 293

CAPÍTULO 26

ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL CÁNCER INFANTIL EN SUS FAMILIAS: RESPUESTAS Y NECESIDADES PSICOSOCIALES.

ANABEL MELGUIZO-GARÍN, LOURDES MELGUIZO GARÍN, Y LORENA MARÍA SORIA REYES..... 303

CAPÍTULO 27

LA OCULTACIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXO-AFECTIVA Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS EMOCIONALES EN PERSONAS LGB

ISAAC LAVI MÁRQUEZ, ANTONIO ZAYAS GARCÍA, ALEJANDRO BUTRÓN PAVÓN, Y PABLO TERRADA RUIZ..... 317

CAPÍTULO 28

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL MASCULINA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS MEXICANOS

HÉCTOR ALEJANDRO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ROSA PATRICIA HERNÁNDEZ TORRES, CECILIA MEZA PEÑA, JUDITH MARGARITA RODRÍGUEZ VILLALOBOS, Y ZULIANA PAOLA BENÍTEZ HERNÁNDEZ325

CAPÍTULO 29

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL EN JÓVENES EX-TUTELADOS

TANIA ABELLA REIMÓNDEZ Y OLGA ARIAS GUNDÍN337

CAPÍTULO 30

EL EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES: UN ESTUDIO PILOTO

RICARDO POCINHO, SILVIA SILVA, RUI SANTOS, CRISTÓVÃO MARGARIDO, MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ, ÁNGELA TEJERA ALONSO, FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS, Y SARA GORDO349

CAPÍTULO 31

LA IMPORTANCIA DEL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

SILVIA SILVA, SARA GORDO, RUI SANTOS, CRISTÓVÃO MARGARIDO, MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ, ÁNGELA TEJERA ALONSO, FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS, Y RICARDO POCINHO359

CAPÍTULO 32

ESTUDIO DEL PERFECCIONISMO EN ALUMNADO UNIVERSITARIO: DIFERENCIAS SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS Y SU SATISFACCIÓN EN LA VIDA

MARÍA PÉREZ MARCO Y ANDREA FUSTER RICO367

CAPÍTULO 33

MAPPING ADVERSE AND BENEVOLENT CHILDHOOD EXPERIENCES OF CATHOLIC PRIESTS: AN EXPLORATORY STUDY IN BRAZIL

CLÁUDIO SANTANA, PEDRO ROSÁRIO, PATRÍCIA SOUSA, & JENNIFER CUNHA379

CAPÍTULO 34

PERCEPCIÓN DEL DESGASTE EN MÉDICOS QUE EJERCEN LA FUNCIÓN DE CUIDADORES FORMALES

GIANELLA LISSETH TORO SÁNCHEZ Y MARINA RAMÍREZ ZHINDÓN393

CAPÍTULO 35

RELACIÓN ENTRE DIFERENTES TIPOS DE PRESIONES SOCIALES, IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS SEGÚN EL SEXO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

GRACIA CRISTINA VILLODRES, MARIELA BUSTOS ORTEGA, FEDERICO SALVADOR PÉREZ, Y ROCÍO VIZCAÍNO CUENCA 403

CAPÍTULO 36

RIESGOS PSICOSOCIALES Y AUTOCUIDADO Y SU VÍNCULO CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES

BEATRIZ MARICELA LAZALDE NÚÑEZ, IRIS RUBI MONROY VELASCO, BÁRBARA DE LOS ÁNGELES PÉREZ PEDRAZA, DIANA ISABEL LÓPEZ RODRÍGUEZ, Y ROSA ISABEL GARZA SÁNCHEZ..... 415

CAPÍTULO 37

IMPACTO EN LA SALUD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: EVALUACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA

KARLA PATRICIA VALDÉS GARCÍA, MARISOL FRANCO LÓPEZ, Y JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR..... 427

CAPÍTULO 38

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS MAYORES SANAS

LANDYS PATRICIA PUMAREJO MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN REQUENA HERNÁNDEZ, Y ESTELA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ 435

CAPÍTULO 39

IMPACTO EMOCIONAL DEL ROL DE CUIDADORES PRIMARIOS DE JÓVENES CON ADICCIONES DEL NORESTE DE MÉXICO

JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ, CECILIA MEZA PEÑA, Y NUBIA LETICIA GARCÉS MERÁZ 449

CAPÍTULO 1

IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES PARA MEJORAR EL TRABAJO EN EQUIPO EN CONTEXTOS EDUCATIVOS: UNA REVISIÓN CIENTÍFICA

MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ*, RUI SANTOS**,
FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS*, SARA GORDO***,
CRISTÓVÃO MARGARIDO**, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ*,
Y ÁNGELA TEJERA ALONSO*

**Universidad Rey Juan Carlos; **Instituto Politécnico de Leiria;*

****Instituto Politécnico de Leiria*

INTRODUCCIÓN

El trabajo en equipo ha sido objeto de investigación durante décadas debido a su relevancia en diversos contextos, incluidos los entornos laborales y educativos (Johnson y Johnson, 2009). En el ámbito educativo, específicamente, la importancia de trabajar en equipo se vincula con la adquisición de competencias transversales, que incluyen habilidades de comunicación, resolución de problemas y pensamiento crítico. Estas habilidades son fundamentales no solo para el desempeño académico de los estudiantes, sino también para su integración exitosa en la sociedad y el mundo laboral (Gillies, 2016).

Las investigaciones sugieren que el trabajo en equipo efectivo puede fomentar un ambiente de aprendizaje más inclusivo, permitiendo que los estudiantes interactúen con perspectivas diversas y aprendan a cooperar en la resolución de problemas complejos (Salas, Sims, y Burke, 2005). No obstante, los estudios también indican que el trabajo en equipo mal gestionado puede generar resultados negativos, como el desarrollo de conflictos, la exclusión de ciertos miembros o la falta de equidad en la participación y la responsabilidad (Kozlowski y Ilgen, 2006).

Por lo tanto, implementar intervenciones educativas diseñadas para mejorar el trabajo en equipo es crucial para garantizar que los estudiantes se beneficien plenamente de esta estrategia de aprendizaje colaborativo. Dichas intervenciones varían desde la organización estructurada de los grupos hasta la formación en habilidades interpersonales, pasando por el uso de tecnologías colaborativas que facilitan la coordinación y la comunicación en equipos de trabajo (Cohen y Lotan, 2014). A medida que el trabajo en equipo se convierte en una metodología pedagógica cada vez más utilizada en entornos educativos, es importante comprender qué tipos de intervenciones funcionan mejor y por qué. La diversidad en los contextos educativos y las diferencias individuales de los estudiantes pueden influir en el éxito

de las intervenciones, lo que subraya la necesidad de adaptar las estrategias a las características específicas de cada grupo (Slavin, 2014).

Este trabajo tiene como objetivo revisar las diferentes intervenciones orientadas a mejorar el trabajo en equipo, evaluando sus beneficios y desafíos, y proponiendo recomendaciones prácticas para su implementación efectiva.

Objetivos

El presente capítulo tiene como objetivo principal explorar y analizar las intervenciones educativas que se han implementado con éxito para mejorar el trabajo en equipo en contextos educativos. Se buscará identificar las estrategias más efectivas, los factores que influyen en el éxito o fracaso de estas intervenciones y el impacto de las mismas en aspectos clave como el rendimiento académico, la cohesión grupal y el desarrollo de habilidades interpersonales.

Por lo que los objetivos específicos son:

1. Examinar las características clave de las intervenciones orientadas a mejorar el trabajo en equipo en entornos educativos. Este objetivo pretende identificar las metodologías y enfoques más utilizados, así como las características comunes que comparten las intervenciones exitosas.

2. Identificar los factores que influyen en el éxito o fracaso de dichas intervenciones. Aquí se analizarán elementos como la composición del grupo, la diversidad de los estudiantes, la estructura de las tareas y la calidad de la comunicación entre los miembros.

3. Evaluar el impacto de las intervenciones en el rendimiento académico, la cohesión grupal y las habilidades interpersonales. El análisis se centrará en medir la efectividad de las intervenciones tanto a nivel académico como en el desarrollo de habilidades blandas, esenciales para el éxito en el trabajo colaborativo.

4. Proponer estrategias basadas en la evidencia que favorezcan la implementación efectiva de intervenciones en el trabajo colaborativo en contextos educativos. A partir de los resultados obtenidos, se ofrecerán recomendaciones prácticas para educadores y administradores sobre cómo diseñar e implementar intervenciones que promuevan un trabajo en equipo exitoso y sostenible.

METODOLOGÍA

Para realizar una revisión exhaustiva de las intervenciones dirigidas a mejorar el trabajo en equipo en entornos educativos, se siguió una metodología sistemática de búsqueda y selección de estudios relevantes. La revisión se centró en estudios empíricos y teóricos publicados entre los años 2000 y 2023, con el fin de abarcar las tendencias más recientes y relevantes en la investigación sobre trabajo colaborativo en educación.

Se utilizaron las bases de datos académicas PsycINFO, ERIC y Scopus, empleando palabras clave como "intervenciones para mejorar el trabajo en equipo", "trabajo colaborativo en educación", "habilidades interpersonales en estudiantes" y "estrategias de aprendizaje cooperativo".

El proceso de revisión constó de tres fases principales:

Búsqueda inicial

En la primera fase, se identificaron aproximadamente 200 estudios que abordaban el trabajo en equipo en entornos educativos. De estos, se seleccionaron aquellos que cumplían con los criterios de inclusión, como la presentación de datos empíricos, la focalización en intervenciones educativas y la evaluación de los resultados en términos de rendimiento académico, cohesión grupal y desarrollo de habilidades interpersonales.

Revisión de resúmenes y selección de artículos

Tras la revisión de los resúmenes, se seleccionaron 70 estudios que abordaban directamente la implementación de intervenciones específicas para mejorar el trabajo en equipo. Estos estudios fueron evaluados en función de su relevancia y rigor metodológico, excluyendo aquellos que no proporcionaban suficiente información sobre el contexto educativo o que no presentaban un análisis detallado de los resultados de las intervenciones.

Análisis en profundidad

Finalmente, se analizaron 30 estudios en profundidad, evaluando sus metodologías, intervenciones aplicadas, resultados y limitaciones. Se realizó un análisis cualitativo y cuantitativo de los datos presentados en estos estudios, identificando patrones comunes y tendencias en la efectividad de las intervenciones.

RESULTADOS

Los estudios revisados muestran una variedad de intervenciones dirigidas a mejorar el trabajo en equipo en contextos educativos, cada una con diferentes niveles de éxito y aplicación en distintos contextos.

A continuación, se presenta un análisis detallado de las intervenciones más relevantes identificadas en la literatura:

Aprendizaje colaborativo estructurado

Este enfoque se basa en organizar a los estudiantes en pequeños grupos con roles definidos y tareas asignadas de acuerdo con las habilidades individuales de los participantes (Slavin, 2014). La evidencia muestra que esta intervención mejora

significativamente el rendimiento académico, especialmente en grupos heterogéneos donde los estudiantes pueden beneficiarse del intercambio de conocimientos y habilidades diversas (Johnson y Johnson, 2009).

Un ejemplo destacado es el uso de la técnica "rompecabezas" (jigsaw), donde cada miembro del equipo es responsable de una parte del contenido y debe enseñarlo al resto del grupo (Aronson, 2002). Entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de conflictos: Varias intervenciones se centran en mejorar la comunicación dentro de los equipos, entrenando a los estudiantes en habilidades como la escucha activa, la comunicación asertiva y la mediación de conflictos (Salas et al., 2005). Estas habilidades son fundamentales para evitar malentendidos y tensiones dentro de los equipos, especialmente en grupos diversos. Los estudios muestran que los equipos que reciben este tipo de formación tienen menos conflictos y logran mejores resultados en términos de cohesión grupal y satisfacción de los miembros (Kozlowski e Ilgen, 2006).

Uso de tecnologías colaborativas

Con la creciente disponibilidad de herramientas digitales, muchas instituciones educativas han incorporado plataformas tecnológicas que facilitan el trabajo colaborativo. Herramientas como Google Docs, Trello y foros de discusión en línea permiten a los estudiantes trabajar juntos en proyectos sin necesidad de estar físicamente presentes (McEwan et al., 2017). Los estudios revisados indican que estas tecnologías no solo mejoran la coordinación y la gestión del tiempo, sino que también incrementan la calidad del trabajo realizado en equipo, al permitir la colaboración en tiempo real y la retroalimentación continua.

Evaluación por pares y retroalimentación constante

Esta intervención fomenta la responsabilidad compartida y la autorreflexión mediante la evaluación entre compañeros y la retroalimentación continua. Los estudios muestran que los estudiantes que participan en sistemas de evaluación por pares tienden a estar más motivados y comprometidos con el trabajo en equipo, ya que la evaluación entre iguales promueve la equidad y el sentido de responsabilidad (Cohen y Lotan, 2014). Además, la retroalimentación constante ayuda a los estudiantes a identificar sus fortalezas y áreas de mejora, lo que facilita el aprendizaje y la mejora continua en el trabajo colaborativo (Gillies, 2016).

Diseño de tareas interdependientes

Una estrategia clave para fomentar el trabajo en equipo es el diseño de tareas que requieran la colaboración activa de todos los miembros del grupo para ser completadas. Las tareas interdependientes aseguran que todos los estudiantes

contribuyan de manera equitativa al proyecto, lo que disminuye la tendencia a que algunos miembros del grupo asuman más responsabilidades que otros (Salas et al., 2005). Este enfoque ha demostrado ser particularmente útil en contextos educativos donde los estudiantes tienen diferentes niveles de habilidad o conocimiento previo sobre el tema (Slavin, 2014).

DISCUSIÓN

El análisis de los estudios revisados revela varios hallazgos cruciales sobre las intervenciones diseñadas para mejorar el trabajo en equipo en contextos educativos. Un primer aspecto clave es la efectividad de las estrategias estructuradas, como el aprendizaje colaborativo y el uso de tecnologías, que tienden a ofrecer resultados positivos cuando se implementan correctamente. Sin embargo, estas intervenciones requieren ser complementadas con otras técnicas, como la formación en habilidades interpersonales, para maximizar su impacto. Específicamente, la combinación de enfoques que aborden tanto la estructura del grupo como la dinámica interpersonal se destaca como un factor determinante para el éxito de estas intervenciones. Un punto importante que emerge de la literatura es que no es suficiente simplemente organizar a los estudiantes en grupos para que trabajen juntos. La creación de equipos efectivos va más allá de asignar tareas o proyectos colaborativos; también implica capacitar a los estudiantes para que desarrollen habilidades como la comunicación asertiva, la resolución de conflictos y la empatía, que son cruciales para mantener la cohesión grupal (Johnson y Johnson, 2009). Sin estas habilidades, incluso los grupos más cuidadosamente estructurados pueden experimentar problemas, como la falta de participación equitativa o la presencia de conflictos no resueltos que pueden desmotivar a algunos miembros.

Impacto del aprendizaje colaborativo estructurado

El aprendizaje colaborativo estructurado, que incluye métodos como la técnica del "rompecabezas" (jigsaw) de Aronson (2002), ha sido una de las intervenciones más ampliamente estudiadas y con resultados positivos constantes. Este enfoque ha demostrado ser eficaz para mejorar no solo el rendimiento académico, sino también la inclusión y la cohesión entre los estudiantes de diferentes habilidades y antecedentes (Slavin, 2014). Este tipo de intervención se basa en la interdependencia positiva, donde los estudiantes dependen unos de otros para completar una tarea, lo que fomenta un mayor nivel de cooperación y responsabilidad compartida. Sin embargo, uno de los desafíos de este enfoque es la tendencia de algunos estudiantes a asumir un rol más pasivo, permitiendo que otros miembros del grupo hagan la mayor parte del trabajo. Este fenómeno, conocido como "vagancia social", puede reducir la efectividad del aprendizaje colaborativo si no se implementan mecanismos de

seguimiento y evaluación adecuados, como la evaluación por pares o el uso de tareas interdependientes que obliguen a todos los miembros a contribuir de manera significativa (Gillies, 2016). Este problema destaca la importancia de acompañar las intervenciones con estrategias que aseguren la participación activa de todos los miembros del equipo, como la asignación de roles específicos dentro del grupo o la retroalimentación constante entre compañeros.

Entrenamiento en habilidades interpersonales y resolución de conflictos

El entrenamiento en habilidades interpersonales, como la escucha activa y la resolución de conflictos, ha demostrado ser crucial para el éxito de las intervenciones dirigidas a mejorar el trabajo en equipo (Salas et al., 2005). La falta de estas habilidades puede generar conflictos dentro del grupo que, si no se resuelven adecuadamente, pueden comprometer la efectividad del equipo y, en algunos casos, aumentar la frustración y el aislamiento de ciertos miembros (Kozlowski e Ilgen, 2006). Las investigaciones sugieren que los equipos que reciben formación en estas habilidades no solo tienen menos conflictos, sino que también son más efectivos en la gestión de los mismos cuando surgen, lo que mejora la cohesión grupal y la satisfacción con el proceso de trabajo en equipo.

Además, el entrenamiento en habilidades interpersonales tiene un impacto directo en la creación de un entorno de confianza, donde los estudiantes se sienten más cómodos compartiendo ideas, ofreciendo retroalimentación y asumiendo riesgos. Este ambiente de confianza es esencial para que el trabajo en equipo sea verdaderamente colaborativo, ya que permite a los estudiantes expresar sus opiniones y críticas de manera constructiva sin temor a repercusiones negativas (Johnson y Johnson, 2009). Este tipo de clima colaborativo no solo mejora la calidad del trabajo producido por el grupo, sino que también contribuye al desarrollo personal y social de los estudiantes, preparándolos mejor para futuros contextos profesionales donde el trabajo en equipo es cada vez más valorado.

Uso de tecnologías colaborativas

El uso de tecnologías colaborativas en el ámbito educativo ha ganado relevancia en los últimos años, especialmente en contextos de aprendizaje a distancia o híbrido. Herramientas como Google Docs, Microsoft Teams y plataformas de gestión de proyectos como Trello han demostrado ser eficaces para facilitar la coordinación y la comunicación dentro de los equipos (McEwan et al., 2017). Estas herramientas permiten a los estudiantes colaborar en tiempo real, compartir recursos y realizar un seguimiento del progreso del proyecto, lo que resulta en una mayor eficiencia y organización. Además, la tecnología también proporciona un registro de la participación de cada miembro del grupo, lo que puede ser útil para la evaluación de

la contribución individual y la asignación equitativa de responsabilidades. Sin embargo, aunque la tecnología puede facilitar la colaboración, también presenta desafíos que deben ser abordados. Algunos estudios sugieren que el uso excesivo de herramientas digitales puede llevar a una disminución en la calidad de la interacción cara a cara, lo que puede afectar negativamente la cohesión grupal y la construcción de relaciones de confianza (Gillies, 2016). Además, la dependencia de la tecnología puede generar inequidades si algunos estudiantes no tienen acceso a las mismas herramientas o si carecen de las competencias tecnológicas necesarias para utilizarlas de manera efectiva. Por lo tanto, es fundamental que las instituciones educativas ofrezcan formación en el uso de estas herramientas y se aseguren de que todos los estudiantes tengan acceso equitativo a ellas.

Evaluación por pares y retroalimentación continua

La implementación de sistemas de evaluación por pares y retroalimentación continua también ha sido una intervención efectiva para mejorar el trabajo en equipo. Este enfoque permite a los estudiantes reflexionar sobre sus propias contribuciones y las de sus compañeros, lo que puede aumentar la conciencia sobre la dinámica del grupo y mejorar la equidad en la distribución del trabajo (Cohen y Lotan, 2014). La retroalimentación constante no solo promueve la mejora continua, sino que también fomenta un sentido de responsabilidad compartida, lo que puede reducir el fenómeno de la vagancia social y aumentar la motivación de los estudiantes para contribuir de manera equitativa. Los estudios muestran que los estudiantes que participan en procesos de evaluación por pares tienden a ser más críticos y reflexivos sobre su propio desempeño, lo que a largo plazo mejora no solo sus habilidades para trabajar en equipo, sino también su capacidad para autogestionarse y ser más conscientes de sus fortalezas y áreas de mejora (Slavin, 2014).

Sin embargo, este tipo de evaluación también puede presentar desafíos, como la posibilidad de sesgos en las evaluaciones o la reticencia de algunos estudiantes a ofrecer retroalimentación crítica a sus compañeros por temor a generar tensiones dentro del grupo. Para mitigar estos problemas, es importante que los docentes proporcionen guías claras sobre cómo realizar la evaluación por pares de manera objetiva y constructiva, y que supervisen el proceso para asegurarse de que las evaluaciones sean justas y precisas.

Desafíos y limitaciones en la implementación de intervenciones

A pesar de los beneficios evidentes de las intervenciones revisadas, existen varios desafíos en su implementación. Uno de los principales problemas es la resistencia de algunos estudiantes a trabajar en equipo, especialmente aquellos que han tenido experiencias previas negativas o que prefieren trabajar de manera individual.

Esta resistencia puede manifestarse en la forma de una baja participación, apatía o incluso conflicto abierto con otros miembros del grupo. Los estudios sugieren que este problema es más común en grupos heterogéneos, donde las diferencias de habilidad, motivación o expectativas pueden generar tensiones (Gillies, 2016).

Otra limitación importante es la dificultad para garantizar una distribución equitativa de responsabilidades dentro del grupo. Aunque muchas intervenciones intentan abordar este problema mediante la asignación de roles o tareas interdependientes, la vagancia social sigue siendo un problema recurrente, especialmente en grupos grandes o en tareas que no requieren una contribución equitativa de todos los miembros (Cohen y Lotan, 2014).

Para superar este desafío, algunos estudios recomiendan la implementación de evaluaciones individuales además de las grupales, así como la creación de sistemas de incentivos que recompensen la participación activa y equitativa de todos los miembros.

Relevancia cultural y adaptabilidad de las intervenciones

Finalmente, es importante destacar que la efectividad de las intervenciones puede variar según el contexto cultural y social en el que se implementen. Los estudios realizados en diferentes países sugieren que las dinámicas de trabajo en equipo pueden estar influenciadas por factores culturales, como las normas de comunicación, la jerarquía y el valor atribuido al trabajo colaborativo (Salas et al., 2005). Por ejemplo, en algunas culturas, los estudiantes pueden sentirse más cómodos trabajando en grupos pequeños y familiares, mientras que en otras pueden preferir una estructura más formal y jerárquica dentro del equipo. Por lo tanto, es crucial que las intervenciones sean adaptables y sensibles a las particularidades culturales de los estudiantes, y que los docentes consideren estos factores al diseñar y aplicar estrategias para mejorar el trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

Las intervenciones educativas para mejorar el trabajo en equipo son esenciales para el desarrollo de competencias tanto académicas como interpersonales en los estudiantes. A lo largo de este capítulo, hemos revisado diversas estrategias que han demostrado ser efectivas en contextos educativos, incluidas el aprendizaje colaborativo estructurado, el uso de tecnologías, la formación en habilidades interpersonales y la evaluación por pares. Si bien cada intervención tiene sus propios beneficios y desafíos, los estudios sugieren que las intervenciones más efectivas son aquellas que combinan múltiples enfoques y se adaptan a las características específicas del grupo. Para maximizar el impacto de estas intervenciones, es fundamental que las instituciones educativas consideren no solo la organización

estructural de los grupos, sino también las necesidades emocionales y sociales de los estudiantes. Fomentar un ambiente de respeto, confianza y cooperación es clave para garantizar el éxito a largo plazo del trabajo en equipo. Asimismo, futuras investigaciones deberían centrarse en evaluar el impacto de estas intervenciones en el largo plazo, así como en diferentes niveles educativos y contextos culturales.

En conclusión, el trabajo en equipo en contextos educativos no es solo una herramienta para mejorar el rendimiento académico, sino una oportunidad para desarrollar habilidades que serán cruciales en la vida profesional y personal de los estudiantes. Al implementar intervenciones bien diseñadas, los educadores pueden preparar a sus estudiantes para enfrentar los desafíos de un mundo cada vez más interconectado y colaborativo.

REFERENCIAS

Aronson, E. (2002). Building empathy, compassion, and achievement in the jigsaw classroom. En J. Aronson (Ed.), *Improving academic achievement: Impact of psychological factors on education* (pp. 209-225). Academic Press.

Cohen, E.G. y Lotan, R.A. (2014). *Designing groupwork: Strategies for the heterogeneous classroom*. Teachers College Press.

Gillies, R.M. (2016). Cooperative learning: Review of research and practice. *Australian Journal of Teacher Education*, 41(3), 39-54. doi: 10.14221/ajte.2016v41n3.3

Johnson, D.W. y Johnson, R.T. (2009). An educational psychology success story: Social interdependence theory and cooperative learning. *Educational Researcher*, 38(5), 365-379. doi: 10.3102/0013189X09339057

Kozlowski, S.W. e Ilgen, D.R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(3), 77-124. doi: 10.1111/j.1529-1006.2006.00030.x

McEwan, D., Ruissen, G.R., Eys, M.A., Zumbo, B.D., y Beauchamp, M.R. (2017). The effectiveness of teamwork training on teamwork behaviors and team performance: A systematic review and meta-analysis of controlled interventions. *Plos One*, 12(1), e0169604. doi: 10.1371/journal.pone.0169604

Salas, E., Sims, D.E., y Burke, C.S. (2005). Is there a “big five” in teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555-599. doi: 10.1177/1046496405277134

Slavin, R.E. (2014). Cooperative learning and academic achievement: Why does groupwork work? *Annals of Psychology*, 30(3), 785-791. doi: 10.6018/analesps.30.3.201201

CAPÍTULO 2

ESTRATEGIAS DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

LOURDES GONCALVES FERNÁNDEZ
Hospital Álvaro Cunqueiro

INTRODUCCIÓN

El suicidio está definido como el acto deliberado de terminar con la propia vida (Nock et al., 2008). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año más de 700.000 personas fallecen por suicidio, y aproximadamente el 77% de estos casos ocurren en países con ingresos bajos y medios. En España, el suicidio ha mostrado un aumento preocupante en los últimos años, alcanzando cifras récord. En 2021, se registraron 4.003 muertes por suicidio, lo que equivale a un promedio diario de 11 personas. De estas muertes, el 75% correspondieron a hombres (2,982) y el 25% a mujeres (1,021). Este año marcó un récord histórico desde que se tienen registros en España, superando por primera vez los 4.000 suicidios anuales. En 2022, la cifra ascendió ligeramente a 4.097 personas, manteniendo una tendencia alza con un incremento del 2,3% respecto al año anterior.

En el grupo de edad de 15 a 29 años, el suicidio es la principal causa de muerte, superando incluso los accidentes de tráfico y los tumores. En 2021, se registraron 316 muertes anuales por suicidio en este grupo etario. En 2022, la cifra aumentó a 333 muertes anuales. A nivel europeo y mundial, el suicidio también es una causa significativa de muerte en ciertos grupos de edad.

La OMS estima que hay alrededor de 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado y que entre el 5% y el 10% de la población puede experimentar ideación suicida a lo largo de su vida (Observatorio del Suicidio en España, 2021; Observatorio del Suicidio en España, 2022). Estos datos enfatizan la necesidad urgente de abordar la salud mental y la prevención del suicidio como prioridades de salud pública tanto en España como a nivel global. A pesar del creciente reconocimiento de este problema, España aún carece de un plan o estrategia estatal específica para la prevención del suicidio. El suicidio es la causa principal de muerte no natural en España (Goñi-Sarriés y López-Goñi, 2020). La adolescencia es una etapa particularmente vulnerable para las conductas suicidas (Blatter et al., 2022). La prevención del suicidio en adolescentes debe ser una prioridad en las políticas de salud pública. Las conductas suicidas son el resultado de la interacción entre factores predisponentes y precipitantes individuales. Un factor precipitante conocido es el conocimiento del acto

suicida por parte de otra persona, fenómeno conocido como contagio suicida o efecto Werther. Este fenómeno ha llevado a recomendar que los medios de comunicación eviten difundir estos casos para prevenir su propagación (Goñi-Sarriés y López-Goñi, 2020).

Objetivos

Este estudio busca explorar la alfabetización en salud y su relación con el suicidio en adolescentes, subrayando la importancia de fomentar la alfabetización en salud. Los objetivos específicos incluyen:

- Difundir información sobre las conductas suicidas.
- Proveer sugerencias y actividades para prevenir el suicidio.
- Incrementar la conciencia y comprensión sobre las conductas suicidas y desarrollar estrategias preventivas.
- Evaluar cómo los profesionales de salud detectan y manejan casos de adolescentes en riesgo.

FACTORES DE RIESGO DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

El inicio de la adolescencia, alrededor de los 12 años, marca un aumento significativo en el riesgo de conductas suicidas, alcanzando su punto máximo a los 16 años y manteniéndose elevado hasta los 20 años. Los factores de riesgo son diversos y pueden involucrar aspectos individuales, familiares, sociales y culturales. El uso intensivo de redes sociales e Internet se identifica como un posible factor de riesgo para la conducta suicida en adolescentes, reflejando una tendencia común en varios países hacia la temprana aparición de ideación suicida y la rápida transición a comportamientos suicidas (Goñi-Sarriés y López-Goñi, 2020; Nock et al., 2008). La identificación y comprensión de estos factores de riesgo son fundamentales para la prevención del suicidio en adolescentes. Profesionales de la salud, educadores y padres deben estar alerta a estos factores y trabajar en conjunto para proporcionar el apoyo necesario y las intervenciones adecuadas para reducir el riesgo en esta población vulnerable.

Tabla 1. Factores de riesgo

Categoría	Factores de Riesgo	Descripción
Clínicamente Modificables	Trastornos psiquiátricos	Incluye depresión, esquizofrenia y trastornos de ansiedad (16) (17) (17) (1) (18) (2) (19).
	Intentos previos de suicidio	Personas con antecedentes de conductas autolesivas tienen un riesgo significativamente mayor (20)8(18) (2).
	Abuso de sustancias	Consumo de alcohol y drogas (10) (21) (17) (1) (2).
	Lesiones traumáticas	Lesiones físicas y emocionales (21).

Tabla 1. Factores de riesgo (continuación)

Categoría	Factores de Riesgo	Descripción
No Modificables	Factores hereditarios	Antecedentes familiares de conducta suicida, incluida la pérdida de uno de los padres por suicidio en la primera infancia (8).(18) (2) (2)
	Sexo y edad	Sexo masculino y mayor edad (15-24 años) (1).
	Epilepsia	Identificado como un factor de riesgo en adolescentes (10).
Sociales y Culturales	Aislamiento social y relaciones disociadas	Relaciones disociadas con padres, hermanos y amigos, sentirse no escuchado (22) 11(18) .
	Exposición a los medios y contagio social	Influencia de la cobertura mediática del suicidio (13 (23) (8) (18).
	Minorías sexuales	Jóvenes de minorías sexuales tienen más del doble de tasa de ideación suicida (13(23)) (24) (24).
	Eventos de vida estresantes	Divorcio de los padres, muerte de un ser querido (2).
	Educación	Nivel educativo bajo (14)
Adicionales	Automutilación e ideación suicida extendida	Factores de riesgo que requieren atención inmediata (22)11).
	Tendencia estacional	Tasas más altas de suicidio asociadas al año escolar (12) (20).
	Dispositivos digitales	Internet y redes sociales (18)
	Acceso a armas de fuego	Factor de riesgo clave para el suicidio juvenil (14) (25) (18)

IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE SEÑALES DE ALERTA

Detectar señales de advertencia tempranas es crucial para prevenir el suicidio en adolescentes. Reconocer estas señales permite intervenciones apropiadas que pueden salvar vidas. Las señales primarias indican un riesgo inminente y requieren atención inmediata. La identificación temprana permite que padres, maestros, amigos y profesionales de la salud intervengan antes de que un adolescente intente suicidarse. Es esencial que las personas cercanas a los adolescentes estén atentas a estos signos y actúen rápidamente, ofreciendo apoyo y buscando ayuda profesional. El uso de redes sociales e Internet puede ser una herramienta valiosa para prevenir riesgos, detectar conductas suicidas, monitorear ayuda y brindar soporte en situaciones de crisis (López-Castroman et al., 2020). La prevención del suicidio en adolescentes requiere vigilancia constante y respuesta rápida ante cualquier señal de alarma. La educación sobre estas señales puede salvar vidas al proporcionar a los adolescentes el apoyo necesario en momentos críticos.

Tabla 2. Señales de alarma

Señales Primarias de Alarma	Señales Secundarias de Alarma
Hablar o escribir acerca del deseo de morir, herirse o suicidarse	Descenso del rendimiento escolar
Hablar o escribir acerca del sentimiento de no tener motivos para vivir (frustración)	Soledad, aislamiento
Hablar o escribir acerca de un dolor insoportable	Cambios de carácter
Hablar o escribir acerca de ser una carga para los demás	Disminución del cuidado personal
Buscar modos de suicidarse	Cambios en los hábitos del sueño
Despedirse	Aumento del consumo de alcohol o drogas
Cerrar las cuentas de las redes sociales	Menor asistencia a clase
Mejora súbita del estado anímico	Absentismo escolar (20)
Regalar objetos queridos (20)	

APOYO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL

El apoyo psicológico y emocional es vital para prevenir el suicidio en adolescentes, especialmente en áreas rurales donde el acceso a servicios de salud mental puede ser limitado. Estrategias recientes sugieren implementar servicios más económicos, accesibles y aceptables a través de soluciones electrónicas para la salud mental (Blatter et al., 2022). La aceptación generalizada de la comunicación digital entre jóvenes indica que las herramientas electrónicas pueden ser una estrategia prometedora. Los sitios web educativos sobre prevención del suicidio han demostrado aumentar el conocimiento relacionado con este tema. En personas vulnerables, la exposición a estos recursos puede asociarse con una reducción en la ideación suicida. Estos sitios ofrecen información valiosa que ayuda a los adolescentes a comprender mejor sus sentimientos y buscar ayuda cuando lo necesiten.

La combinación de modelos predictivos podría ayudar a construir un sistema eficaz para detectar y prevenir ideas suicidas en redes sociales (López-Castroman et al., 2020). Implementar soluciones electrónicas para la salud mental y usar sitios web educativos son estrategias prometedoras para brindar apoyo psicológico y emocional a los adolescentes. Estas herramientas mejoran el acceso a información necesaria para prevenir el suicidio, especialmente en poblaciones vulnerables.

IMPORTANCIA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La alfabetización en salud es un concepto introducido por Simonds en 1974, que ha demostrado ser crucial para prevenir el suicidio, especialmente entre adolescentes. Las intervenciones escolares han mostrado efectividad en la reducción de la ideación y los intentos suicidas a corto plazo, y posiblemente a largo plazo también (Morken et al., 2020). Además, algunas estrategias comunitarias han logrado disminuir tanto la mortalidad por suicidio como las tasas de intentos (Asarnow y Mehlum, 2019).

Proveer conocimientos sobre salud mental a los adolescentes es vital, ya que la mayoría de los trastornos mentales pueden diagnosticarse antes de los 25 años (Macaya et al., 2019). Las estrategias prometedoras incluyen la capacitación en habilidades para estudiantes, la detección de jóvenes en riesgo, y la educación tanto para médicos de atención primaria como sobre los medios de comunicación. Estas estrategias requieren evaluaciones continuas para asegurar su efectividad (Gould et al., 2003). Una revisión sistemática reciente destacó que restringir el acceso a medios letales y capacitar a profesionales para reconocer y tratar la depresión y el comportamiento suicida ha tenido un impacto significativo en la reducción de las tasas de suicidio (Mann et al., 2021).

ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la alfabetización y prevención del suicidio en adolescentes. Su capacitación debe enfocarse en la detección y manejo del suicidio, así como en colaborar interdisciplinariamente para atender a adolescentes en riesgo. Es crucial que estos profesionales reconozcan que las ideas e intentos de suicidio se presentan de manera diferente en jóvenes respecto a la población general (Carbone et al., 2019). En servicios de urgencias, donde muchos adolescentes en crisis tienen su primer contacto con el sistema de salud, es esencial contar con protocolos para identificar y tratar el riesgo de suicidio. La detección temprana es clave, ya que más de la mitad de estos jóvenes no han buscado atención ambulatoria previamente (Gill et al., 2017). La educación sobre salud mental y sensibilización sobre el suicidio son componentes esenciales. Los programas dirigidos a médicos han demostrado eficacia para disminuir comportamientos suicidas y mejorar la coordinación entre atención primaria y especializada (Ayuso-Mateos et al., 2011).

COLABORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

La colaboración interdisciplinaria es vital para una atención efectiva a adolescentes en riesgo. Implica coordinación entre profesionales de salud, educadores y trabajadores sociales para crear un entorno de apoyo integral. Las redes sociales e Internet ofrecen oportunidades para prevenir riesgos, detectar conductas suicidas y brindar apoyo en crisis (López-Castroman et al., 2020).

CASOS DE IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

La implementación de programas de alfabetización en salud y prevención del suicidio en adolescentes ha progresado en diversas regiones del mundo, incluyendo España. Cada comunidad autónoma en España ha desarrollado sus propios programas

específicos. Desde la página de prevención de suicidios, se puede acceder a diferentes recursos y programas implementados en las distintas comunidades autónomas. Estos esfuerzos buscan optimizar el uso de recursos limitados para reducir las tasas de suicidio e intento de suicidio, determinando qué componentes son más efectivos (Mann et al., 2021).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio destacan la creciente preocupación por el suicidio en adolescentes, especialmente en España, donde las cifras han alcanzado niveles históricos. La tendencia al alza en las tasas de suicidio, particularmente entre los jóvenes de 15 a 29 años, resalta la necesidad urgente de intervenciones efectivas y coordinadas (Observatorio del Suicidio en España, 2021; Observatorio del Suicidio en España, 2022). La identificación de factores de riesgo multifactoriales, que incluyen aspectos individuales, familiares, sociales y culturales, es crucial para la prevención del suicidio. Factores como trastornos psiquiátricos, intentos previos de suicidio, abuso de sustancias y antecedentes familiares requieren atención continua (Ayuso-Mateos et al., 2011). Además, la influencia de las redes sociales y el contagio social subrayan la necesidad de enfoques preventivos que consideren el entorno digital de los adolescentes (Litteken y Sale, 2018; Goñi-Sarriés y López-Goñi, 2020). La colaboración interdisciplinaria emerge como una estrategia clave para abordar esta problemática. El uso de tecnologías digitales y redes sociales ofrece nuevas oportunidades para la detección temprana y el apoyo en situaciones de crisis (López-Castroman et al., 2020). A pesar del creciente reconocimiento sobre la importancia de la prevención del suicidio, España aún carece de un plan o estrategia estatal específica (Observatorio del Suicidio en España, 2021; Observatorio del Suicidio en España, 2022). Esto resalta la necesidad de desarrollar políticas públicas que integren la alfabetización en salud mental y la prevención del suicidio como componentes esenciales.

Líneas de investigación futuras

Es crucial que España desarrolle e implemente un plan nacional de prevención del suicidio que incluya estrategias específicas para adolescentes. Incrementar la educación y sensibilización sobre salud mental y suicidio en escuelas y comunidades mejorará la detección temprana y la intervención. Además, asegurar que los adolescentes tengan acceso a servicios de salud mental costosos y accesibles es fundamental, especialmente en áreas rurales. Promover la colaboración entre profesionales de salud, educadores, trabajadores sociales y otros agentes comunitarios proporcionará un apoyo integral a los adolescentes en riesgo.

Aprovechar las redes sociales y tecnologías digitales para la detección temprana, intervención y apoyo también es esencial.

CONCLUSIONES

La alfabetización en salud mental (ASM) es un componente esencial en la prevención del suicidio entre adolescentes. Este enfoque no solo proporciona a los jóvenes y sus comunidades las herramientas necesarias para reconocer y gestionar los trastornos mentales, sino que también fomenta un entorno de apoyo y comprensión. La educación en ASM permite una identificación más temprana de señales de riesgo, lo que es crucial para intervenir de manera efectiva antes de que las conductas suicidas se desarrollen.

Importancia de la Identificación Temprana

La detección temprana de señales de riesgo es fundamental para prevenir el suicidio. Al educar a los adolescentes, sus familias y comunidades sobre cómo identificar estas señales, se pueden implementar intervenciones oportunas que salven vidas. Esto incluye el reconocimiento de cambios en el comportamiento, expresiones de desesperanza o aislamiento, y cualquier indicio de autolesión o pensamientos suicidas.

Rol de las Tecnologías Digitales

Las tecnologías digitales y las redes sociales presentan nuevas oportunidades para la detección temprana y el apoyo en situaciones de crisis. Estas plataformas pueden ser utilizadas para monitorear comportamientos preocupantes y proporcionar recursos educativos accesibles. Además, la implementación de algoritmos para detectar lenguaje o imágenes preocupantes en tiempo real puede facilitar intervenciones rápidas.

Políticas Públicas y Programas Educativos

La implementación de políticas públicas específicas y programas educativos dirigidos a la salud mental puede mejorar significativamente la salud mental de los adolescentes. Estas iniciativas deben incluir capacitación para profesionales de la salud, educadores y padres, así como campañas comunitarias para reducir el estigma asociado con los problemas de salud mental.

Colaboración Interdisciplinaria

La colaboración entre profesionales de la salud, educadores, trabajadores sociales y otros agentes comunitarios es vital para proporcionar un apoyo integral a los adolescentes en riesgo. Esta cooperación asegura que los jóvenes reciban atención continua y coordinada, lo cual es esencial para prevenir el suicidio.

En resumen, un enfoque integral que combina la alfabetización en salud mental, la identificación temprana de riesgos, el uso estratégico de tecnologías digitales y una colaboración interdisciplinaria robusta puede reducir significativamente las tasas de suicidio entre adolescentes. Estas estrategias no solo mejoran la salud mental general, sino que también fortalecen las redes de apoyo comunitario, creando un entorno más seguro y comprensivo para los jóvenes

REFERENCIAS

Arendt, F., Till, B., Voracek, M., Kirchner, S., Sonneck, G., Naderer, B., ... Niederkrotenthaler, T. (2023). ChatGPT, Inteligencia Artificial y Prevención del Suicidio. *Crisis*, 44(5), 367-370. doi: 10.1027/0227-5910/a000915

Asarnow, J.R. y Mehlum, L. (2019). Revisión de un profesional: Tratamiento para adolescentes suicidas y autolesivos: avances en la atención para la prevención del suicidio. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1046-1054. doi: 10.1111/jcpp.13130

Ayuso-Mateos, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... Saiz, J. (2011). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.01.001

Beautrais, A.L. (2004). Conducta suicida adicional entre personas que intentan suicidarse con problemas médicos graves. *Suicidio y Conductas que Amenazan la Vida*, 34(1), 1-11.

Blattert, L., Armbruster, C., Buehler, E., Heiberger, A., Augstein, P., Kaufmann, S., ... Rural Suicide Prevention Study Group (2022). Necesidades de salud para la prevención del suicidio y aceptación de intervenciones de salud mental electrónica en adolescentes y adultos jóvenes: estudio cualitativo. *JMIR Mental Health*, 9(11), e39079.

Carbone, J.T., Holzer, K.J., y Vaughn, M.G. (2019). Ideación suicida e intentos de suicidio en niños y adolescentes: evidencia del Proyecto de Costo y Utilización de la Atención Médica. *The Journal of Pediatrics*, 206, 225-231.

Comité sobre Adolescencia (2013). Atención en el consultorio para jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y que cuestionan su sexualidad. *Pediatría*, 132(1), 198-203.

Fundación Española para la Prevención del Suicidio (s.f.). *Prevención del suicidio*. Recuperado de: <http://www.fsme.es/>

Gill, P.J., Saunders, N., Gandhi, S., González, A., Kurdyak, P., Vigod, S., y Guttman, A. (2017). El departamento de emergencias como primer contacto para problemas de salud mental en niños y jóvenes. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 56(6), 475-482.e4.

Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M., y Shaffer, D. (2003). Riesgo de suicidio juvenil e intervenciones preventivas: una revisión de los últimos 10 años. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 42(4), 386-405.

Hedeland, R., Lindgaard, Tielmann, G., Jørgensen, M.H., Thiesen, L.R., Andersen, J., y Departamentos Pediátricos Asociados al Estudio (2016). Factores de riesgo y características de los intentos de suicidio entre 381 adolescentes suicidas. *Acta Paediatrica*, 105(10), 1231-1238.

Litteken, C. y Sale, E. (2018). Eficacia a largo plazo del programa de capacitación para la prevención del suicidio Question Persuade Refer (QPR): lecciones de Missouri. *Community Mental Health Journal*, 54(3), 282-292.

Macaya, X., Vicente, B., Macaya, X., y Vicente, B. (2019). Alfabetización en salud mental para disminuir la brecha de atención en población adolescente escolarizada. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1), 70-82.

Mann, J.J., Michel, C.A., y Auerbach, R.P. (2021). Mejorar la prevención del suicidio mediante estrategias basadas en evidencia: una revisión sistemática. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611-624.

Observatorio del Suicidio en España (2021). *Prevención del suicidio*. Recuperado de: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>

Observatorio del Suicidio en España (2022). *Prevención del suicidio*. Recuperado de: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022/>

Pauwels, K., Aerts, S., Muijzers, E., De Jaegere, E., van Heeringen, K., y Portzky, G. (2017). BackUp: Desarrollo y evaluación de una aplicación para teléfonos inteligentes para afrontar crisis suicidas. *Plos One*, 12(6).

Simonds, S.K. (1974). La educación para la salud como política social. *Monografías sobre Educación para la Salud*, 2(1_suppl), 1-10.

Zabaleta, R., Lezcano-Barbero, F., y Perea, M.V. (2022). Análisis de los Programas educativos sobre alfabetización en salud mental. Revisión documental. *Revista Complutense de Educación*, 33, 57-69.

CAPÍTULO 3

FORTALECIENDO LA RESILIENCIA COMUNITARIA: EL PAPEL DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN LA PREVENCIÓN DE CRISIS PSICOSOCIALES

LOURDES GONCALVES FERNÁNDEZ
Hospital Álvaro Cunqueiro

INTRODUCCIÓN

Este análisis investiga cómo el conocimiento en salud puede ser esencial para fortalecer la capacidad de las comunidades de enfrentar crisis psicosociales, como pandemias, desastres naturales o crisis económicas. Se enfoca en cómo la educación y la promoción del conocimiento en salud pueden preparar mejor a las comunidades para manejar el estrés, la ansiedad y otros desafíos psicológicos que surgen en estos eventos, al tiempo que fomentan comportamientos saludables y el acceso a servicios de salud mental.

Resiliencia comunitaria

Desde la epidemia de sida en los años 80 hasta la crisis del ébola en África Occidental entre 2014 y 2016, se ha aprendido que las respuestas más efectivas a las crisis de salud pública son aquellas que colocan a las comunidades en el centro de la toma de decisiones, respaldadas por instituciones (Russell, 2022). En contextos de crisis, como guerras, desplazamientos, desastres naturales y epidemias, las repercusiones en la salud física son evidentes y han sido el foco de la atención médica tradicional (Ventura et al., 2011). Sin embargo, la exploración de las consecuencias psicológicas de estas situaciones es relativamente nueva y aún no ha sido suficientemente estudiada (Ventura et al., 2011). En los últimos años, ha crecido el interés por entender cómo ciertas personas pueden enfrentar situaciones adversas, superarlas y salir fortalecidas (González et al., 2009). Este enfoque destaca la importancia de fomentar la resiliencia no solo a nivel individual, sino también comunitario, reconociendo el papel crucial de las comunidades en la prevención, respuesta y recuperación ante crisis psicosociales y de salud pública.

Concepto y fundamentos teóricos

La resiliencia es un concepto estudiado extensamente por González et al. (2009) y se define de varias maneras. Según Manciaux (2003), es la capacidad de individuos o grupos para proyectarse hacia el futuro, a pesar de enfrentar eventos desestabilizadores, condiciones de vida adversas y traumas graves. Muñiz, Santos, Kotliarenco, Suárez-Ojeda, Infante, y Grothberg (1998), junto con Melillo (2004),

describen la resiliencia como la habilidad humana para afrontar adversidades, superarlas y transformarse positivamente. Vanistendael (1994) distingue entre la resistencia ante la destrucción y la capacidad de desarrollar un comportamiento vital positivo en circunstancias difíciles. En el ámbito del bienestar, la calidad de vida y la salud, la resiliencia se entiende como el potencial de individuos, comunidades y sistemas para aprovechar los recursos disponibles para el bienestar y cuidado de la salud, especialmente en colectivos menos favorecidos, adaptándose a imprevistos como fenómenos naturales, desastres sociales, violencia, enfermedades, entre otros (Poseck y Baquero, 2006). Este paradigma contemporáneo de activación de la resiliencia integra conocimientos de diversas disciplinas, incluyendo enfermería, odontología, medicina, trabajo social, sociología, antropología, economía, derecho, educación y psicología (González et al., 2009). La resiliencia se ve influenciada por factores de riesgo y protección. Los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de daño o consecuencias adversas, mientras que los factores de protección son condiciones que modifican la respuesta de un individuo, conduciéndolo hacia una adaptación positiva a pesar del riesgo (Rutter, 1993).

Importancia y beneficios

La resiliencia es fundamental en el manejo de enfermedades agudas y crónicas. Investigaciones han demostrado que las personas resilientes tienden a experimentar una recuperación más rápida, mayor resistencia ante la enfermedad y mejor afrontamiento del dolor (García-del-Castillo et al., 2016). Muñoz y Restrepo (2016) destacan la importancia de desarrollar modelos conceptuales para abordar la salud mental desde una perspectiva de promoción de la salud. Ramírez et al. (2023) subrayan la resiliencia como una variable que puede mitigar los efectos de la enfermedad y fomentar la adherencia al tratamiento. Factores protectores como el optimismo y el estado de ánimo positivo están relacionados con la salud y procesos biológicos como la función inmunitaria (Yi et al., 2008).

Relevancia en diferentes contextos comunitarios

La historia ha demostrado, desde la epidemia de sida hasta la crisis del ébola, que la participación comunitaria en la respuesta a crisis de salud pública es esencial (Russell, 2022). La resiliencia, lejos de ser una característica estática, es el resultado de un proceso dinámico que varía según el trauma, el contexto y la etapa de vida, y puede manifestarse de diversas formas según la cultura (Poseck y Baquero, s.f.). Pérez Viejo et al. (2020) concluyen que es esencial identificar factores de riesgo sanitarios, sociales y psicológicos que afectan la vulnerabilidad poblacional en la planificación de políticas para afrontar crisis actuales. Rangel et al. (2016) subrayan la necesidad de crear experiencias que profundicen en la comprensión de los pilares de la resiliencia

comunitaria y su contribución a la participación en salud para enfrentar enfermedades. La exposición a factores estresantes moderados durante etapas tempranas de la vida puede conferir resiliencia, un concepto conocido como antifragilidad (Taleb, 2014). En este contexto, la resiliencia emerge como una herramienta crucial para mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida, enfocándose en individuos, grupos sociales e instituciones (Cala, 2020).

Fortalecimiento de la resiliencia comunitaria

La alfabetización en salud es esencial para empoderar a las comunidades, permitiéndoles tomar el control en situaciones de crisis sanitaria, como se ha observado en eventos pasados como la epidemia de sida y la crisis del ébola. La capacidad de las comunidades para acceder, comprender y utilizar información de salud les permite responder de manera más efectiva a las crisis, apoyando la afirmación de Russell (2022) sobre la importancia de colocar a las comunidades en el asiento del conductor. La alfabetización en salud, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un determinante social fundamental para las poblaciones, es un concepto en evolución que integra aspectos esenciales tanto del ámbito de la salud como del educativo. Este concepto no solo refleja la capacidad de los individuos para acceder, comprender y aplicar información de salud en la toma de decisiones cotidianas, sino que también se considera un indicador clave de los resultados de la educación en salud (Nutbeam, 1998).

Prevención de crisis psicosociales

La alfabetización en salud juega un papel esencial en la prevención de crisis psicosociales al mejorar la capacidad de los individuos y comunidades para manejar el estrés, la ansiedad y otros desafíos psicológicos. Esto se logra a través de la promoción de comportamientos saludables y el acceso a servicios de salud mental, lo que subraya la necesidad de integrar la alfabetización en salud en programas de preparación y respuesta ante crisis.

Promoción de la salud mental

La alfabetización en salud mental, definida por Jorm et al. (1997), es fundamental para que los individuos reconozcan y busquen ayuda para trastornos mentales. Se refiere al conocimiento y creencias sobre los trastornos mentales que facilitan su reconocimiento, manejo o prevención. La alfabetización en salud mental incluye la capacidad de identificar trastornos específicos, saber cómo buscar información sobre salud mental, conocer los factores de riesgo y causas, los autotratamientos y la ayuda profesional disponible, así como actitudes que fomenten el reconocimiento y la búsqueda de ayuda adecuada (Macaya et al., 2023). Esto se volvió particularmente

relevante durante la pandemia de COVID-19, donde la salud mental de jóvenes y adolescentes se vio significativamente afectada. La educación y formación en salud mental son cruciales para mejorar la búsqueda de ayuda y las estrategias de autoayuda.

Educación y participación comunitaria

La educación y la participación comunitaria son esenciales para el control efectivo de epidemias y la mejora de los resultados de salud en todas sus etapas. La creación de espacios de coordinación intersectorial y de participación comunitaria, como consejos de salud, mesas de trabajo y redes locales de salud, es fundamental en este proceso. La disponibilidad de servicios de salud que sean permeables y sensibles a las necesidades sociales, junto con mecanismos eficaces de participación comunitaria, garantiza que las acciones de salud propuestas sean pertinentes y eficaces. Esto optimiza la rentabilidad de los recursos y asegura un apoyo significativo (Benedé et al., 2021). La alfabetización en salud es un pilar crucial para el desarrollo de comunidades resilientes, la prevención de crisis psicosociales, la promoción de la salud mental y el fomento de la participación comunitaria. Al mejorar la capacidad de individuos y comunidades para acceder, comprender y aplicar información de salud, se fortalece la resiliencia comunitaria y se mejora la respuesta ante las crisis. Esto contribuye a la construcción de una sociedad más saludable y equitativa. El empoderamiento, un concepto multidimensional, se relaciona estrechamente con componentes como la autoestima, la responsabilidad, la capacidad crítica y la autonomía (Ruiz et al., 2022; Soler et al., 2014). La alfabetización en salud actúa como un paso previo y necesario hacia el empoderamiento (Almendro et al., 2012), permitiendo a las personas y comunidades tomar decisiones informadas sobre su salud. La alfabetización en salud mental, definida como el conocimiento y las creencias sobre los trastornos mentales que facilitan su reconocimiento, manejo y prevención, es fundamental para mejorar los resultados de la salud mental. La evidencia muestra que un mayor conocimiento sobre la salud mental y los trastornos mentales, una mejor conciencia de cómo buscar ayuda y tratamiento, y la reducción del estigma contra las enfermedades mentales a nivel individual, son cruciales para mejorar la salud mental de la comunidad.

Justificación

La pandemia de COVID-19 ha subrayado la importancia de la resiliencia comunitaria y la necesidad de estrategias efectivas para manejar el impacto psicosocial de las crisis. La alfabetización en salud se presenta como un componente esencial para empoderar a individuos y comunidades, mejorando su capacidad para

acceder a información confiable, tomar decisiones informadas sobre su salud y buscar apoyo cuando sea necesario.

Objetivos

Compartir información sobre la alfabetización en salud y la resiliencia comunitaria en contextos de crisis.

Ofrecer sugerencias y actividades para integrar la alfabetización en salud en programas de preparación y respuesta ante crisis.

Aumentar la conciencia y comprensión de la alfabetización en salud en la prevención y manejo de problemas psicosociales durante y después de crisis.

METODOLOGÍA

En este estudio, se consultaron diversas bases de datos académicos para obtener una amplia gama de literatura relevante. Aunque no todas las fuentes provienen de bases de datos específicos como PubMed o Dialnet, se incluyen artículos de revistas científicas, informes de organizaciones internacionales y estudios previos relacionados con los temas de interés. Se emplearon descriptores específicos para guiar la búsqueda bibliográfica, tales como "alfabetización en salud", "resiliencia comunitaria", "crisis psicosociales", "salud mental" y "pandemias". Estos términos se utilizaron para identificar estudios relevantes que abordaran la relación entre estos conceptos.

La revisión abarcó desde marzo de 2024 hasta agosto de 2024, permitiendo incluir literatura reciente que refleje el estado actual del conocimiento sobre la alfabetización en salud y la resiliencia comunitaria.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyen estudios revisados por pares que abordan directamente los temas de alfabetización en salud y resiliencia comunitaria, disponibles en inglés o español.

Se excluyeron artículos sin datos empíricos o revisiones sistemáticas completas, así como aquellos no centrados en contextos de crisis psicosociales.

Selección de Estudios: Inicialmente, se identificaron numerosos estudios potencialmente relevantes. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron aquellos que formaron la base para el análisis detallado y la elaboración de los resultados presentados en este trabajo.

RESULTADOS

Importancia de la Alfabetización en Salud: Los documentos revisados destacan la alfabetización en salud como una herramienta clave para empoderar a las comunidades, permitiéndoles tomar decisiones informadas durante crisis sanitarias

(Nutbeam, 1998; Russell, 2022). Esta capacidad mejora el acceso a servicios de salud mental y promueve comportamientos saludables, lo que es esencial para enfrentar los desafíos actuales y futuros en salud pública (Muñoz y Restrepo, 2016).

Educación en Salud Mental: La educación en salud mental es fundamental para que los individuos reconozcan y busquen ayuda para trastornos mentales. Este conocimiento incluye la capacidad de identificar trastornos específicos y saber buscar información y ayuda profesional adecuada (Jorm et al., 1997; Macaya et al., 2023). La alfabetización en salud mental se ha vuelto particularmente relevante en el contexto de la pandemia de COVID-19, que ha afectado significativamente la salud mental de jóvenes y adolescentes.

Fortalecimiento de la Resiliencia Comunitaria: La resiliencia comunitaria se ve fortalecida cuando las comunidades están empoderadas para acceder y utilizar información de salud. Esto ha sido evidente en contextos como la epidemia de sida y la crisis del ébola, donde el involucramiento comunitario fue clave para una respuesta efectiva (González et al., 2009; Russell, 2022). Factores protectores como el optimismo y el apoyo social están correlacionados con una mayor resiliencia (Yi et al., 2008).

RESPUESTA A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

Compartir información sobre alfabetización en salud y resiliencia comunitaria: Los estudios revisados proporcionan evidencia sólida sobre cómo estas áreas son interdependientes y críticas para manejar las crisis psicosociales.

Ofrecer sugerencias para integrar la alfabetización en salud: Se identificaron estrategias efectivas que incluyen programas educativos formales e informales para mejorar la preparación ante crisis (Azagra et al., 2021).

Aumentar la conciencia sobre la prevención y manejo de problemas psicosociales: La revisión subraya la importancia de integrar la alfabetización en salud en políticas públicas para mitigar los efectos psicológicos adversos durante la crisis.

DISCUSIÓN

La discusión presentada en el texto destaca la importancia de colaborar con núcleos poblacionales y servicios comunitarios para implementar estrategias psicosociales efectivas. La adopción de modelos "no tratamiento" y ayudas psicológicas en Atención Primaria, como sugiere Ramírez et al. (2021), es esencial para abordar las necesidades psicosociales de la población. Reyes et al. (2020) enfatizan la necesidad de potenciar la resiliencia, el crecimiento personal, y la atención a grupos vulnerables para minimizar el impacto psicosocial de las epidemias. Vanderley et al. (2020) identifican el apoyo social y cultural como factores clave para

fortalecer la resiliencia, mientras que la violencia y la falta de apoyo institucional son riesgos significativos.

Muñoz y Restrepo (2016) argumentan que la conexión entre la resiliencia y la salud ha sido poco explorada, subrayando la necesidad de investigar cómo la resiliencia influye en el curso de las enfermedades y el bienestar general. Cala (2020) destaca la prioridad de articular la resiliencia para mejorar la salud y calidad de vida, enfocándose en individuos y grupos sociales. González et al. (2009) describen un paradigma contemporáneo de activación de la resiliencia que integra conocimientos de múltiples disciplinas, lo cual es crucial para abordar las interacciones complejas entre factores individuales, sociales y ambientales.

Russell (2022) propone una estrategia participativa que prioriza la comunidad y la seguridad para superar las crisis, resaltando la importancia del empoderamiento comunitario para mejorar la resiliencia y el bienestar.

Líneas de investigación futuras

Programas Integrales: Diseñar programas que combinen alfabetización en salud mental con educación social y emocional, dirigidos a poblaciones vulnerables como adolescentes en centros residenciales.

Colaboración Comunitaria: Fomentar la colaboración entre núcleos vivenciales y servicios comunitarios para aplicar estrategias psicosociales efectivas.

Capacitación en Salud Mental: Aumentar la educación en alfabetización en salud mental para profesionales y familias, mejorando las estrategias de autoayuda.

Investigación sobre Resiliencia: Profundizar en cómo la resiliencia influye en el curso de las enfermedades y el bienestar general.

Estas recomendaciones pueden mejorar la comprensión y manejo de la alfabetización en salud y la resiliencia comunitaria, especialmente en tiempos de crisis.

CONCLUSIONES

La alfabetización en salud es clave para fortalecer la resiliencia comunitaria frente a crisis psicosociales. La educación y promoción de la alfabetización en salud preparan a las comunidades para manejar el estrés y otros desafíos psicológicos, promoviendo comportamientos saludables y acceso a servicios de salud mental. Experiencias previas han demostrado que involucrar a las comunidades en la respuesta a crisis de salud pública es esencial. La conexión entre resiliencia y salud, tanto psicológica como física, requiere más investigación para entender su influencia en el bienestar general. Un enfoque multidisciplinario es fundamental para abordar las interacciones complejas que influyen en la resiliencia y la salud. La pandemia de COVID-19 ha resaltado la importancia de la alfabetización en salud mental como parte

de la respuesta a crisis sanitarias. Mejorar la alfabetización en salud es crucial para abordar desigualdades en salud y promover la equidad. Se necesitan más estudios para comprender los pilares de la resiliencia comunitaria y su contribución a mejorar la participación en salud.

Declaración de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Consideraciones éticas

El artículo no involucró la participación de personas o animales, por lo que no fue necesario obtener el consentimiento de un comité de ética.

REFERENCIAS

Almendro, C., Armayones, M., Ávila-Tomás, J., Bacigalupe, G., Basagoiti, I., Borile, M., Borrásmorell, J., Carrasco, J., Casado, S., Civit, A., Valdés, J., Díaz, H., Escala, E., Falcón, M., Faubel, R., Fernández-Llatas, C., Fernández-Luque, L., Fité, G., Gabarrón, E., y Ugarte Iturrizaga, A. (2012). Alfabetización en salud. De la información a la acción.

Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M.C., y Tizón, J.L. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: Reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*, 53(1), 89-101. doi:10.1016/j.aprim.2020.06.006

Cala, M.L.P. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(1). doi:10.30554/archmed.20.1.3600.2020
doi:10.1590/S1518-8787.2016050005911

González, N., Valdez, J.L., Oudhof, H., y González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *CIENCIA ergo-sum*, 16(3), 247-253.

Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., y Pollitt, P. (1997). "Alfabetización en salud mental": una encuesta sobre la capacidad del público para reconocer los trastornos mentales y sus creencias sobre la eficacia del tratamiento. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.

Macaya, X. y Vicente, B. (2019). Alfabetización en salud mental para disminuir la brecha de atención en población adolescente escolarizada. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1), 70-82.

Macaya, X., Bustos, C., Vicente, B., y Wei, Y. (2023). Adaptación y validación del Test de Alfabetización en Salud Mental Canadiense (TMHSCG) en estudiantes chilenos. *Revista Ciencias de la Salud*, 21(1). doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11535

Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: Resistir y rehacerse*. Gedisa

Melillo, A. (2004). Sobre la necesidad de especificar un nuevo pilar de la resiliencia. En *Resiliencia y subjetividad: Los ciclos de la vida* (págs. 77-91).

Muñoz, C.O. y Restrepo, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*

Nutbeam, D. (s. f.). Glosario de promoción de la salud.

Pérez, J.M., Dorado, A., Rodríguez-Brioso, M.M., y López, J. (2020). Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis Covid-19 en España.

- Poseck, B.V. y Baquero, B.C. (s. f.). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático
- Ramírez, M.G., González, N., Ruiz-Martínez, A.O., Oudhof, H., y Barcelata, B.E. (2023). Resiliencia y enfermedades crónicas: Una revisión sistemática. *CIENCIA ergo-sum*, 30(1), 50
- Rangel, J.A.S., Monreal, L.A., y Ramsey, J.M. (2016). Resiliencia comunitaria y enfermedad de Chagas en una región rural de México. *Revista de Saude Publica*, 50(46).
- Reyes, V.C.R., Paredes, N.C., y Castillo, A.L.G. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(S1), 1-11
- Romero, M.T., Mengana, K.P., y Fiallo, Y.I. (2016). Intervención educativa al personal de enfermería sobre apoyo psicosocial a adolescentes en situaciones de desastre. *Revista Información Científica*, 95(1), 73-80.
- Ruiz, P.M., Pérez, J., y Imaz, C. (2022). [Reducción del estigma-discriminación Búsqueda de ayuda-empoderamiento Educación emocional-alfabetización en salud mental]. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 49-54. doi:10.20960/nh.04178
- Russell, C. (2022a). Apoyo a la participación comunitaria en una pandemia. *Gaceta Sanitaria*, 36(2), 184-187. doi:10.1016/j.gaceta.2021.01.001
- Rutter, M. (1993). Resiliencia: Algunas consideraciones conceptuales. *The Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631, 690-696. doi:10.1016/1054-139x(93)90196-v
- Sibalde, I.C., Sibalde, M.A., da Silva, A.D., Scorsolini-Comin, F., Brandão, W., y Meirelles, E.M.L. (2020). Factores relacionados con la resiliencia de adolescentes en contextos de vulnerabilidad social: Revisión integradora. *Enfermería Global*, 19(59), 582-625. doi:10.6018/eglobal.411311
- Soler, P., Planas, A., Ciraso-Calí, A., y Ribot-Horas, A. (2014). Empoderamiento en la comunidad: El diseño de un sistema abierto de indicadores a partir de procesos de evaluación participativa. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 24, 49-77.
- Taleb, N.N. (2014). *Antifragilidad: Cosas que se benefician del desorden*. Random House Trade Paperbacks
- Valverde, R.A.R. (2015). La salud mental en situación de desastre: Una aproximación a sus particularidades. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 38(11), 11.
- Villa-Vélez, L. (2020). Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: Una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. *Ciência Saúde Coletiva*, 25, 1539-1546. doi:10.1590/1413-81232020254.19052018
- Yi, J.P., Vitaliano, P.P., Smith, R.E., Yi, J.C., y Weinger, K. (2008). El papel de la resiliencia en el ajuste psicológico y la salud física en pacientes con diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 311-325. doi:10.1348/135910707X186994

CAPÍTULO 4

DIFERENCIAS INTERPERSONALES EN LA EXPERIENCIA DE FATIGA LABORAL: UN ENFOQUE CENTRADO EN PERSONAS

DANIEL CORTÉS DENIA Y MANUEL PULIDO MARTOS
Universidad de Jaén

INTRODUCCIÓN

En la actualidad un importante problema en los centros de trabajo es la fatiga experimentada por las personas empleadas, debido a la exposición a diferentes riesgos psicosociales como altas demandas, largas jornadas de trabajo, condiciones laborales desfavorables, etc. (Sadeghniaat-Haghighi y Yazdi, 2015; Wu et al., 2024). Esto genera elevados niveles de estrés (WHO, 2020) y afecta al bienestar y salud física y mental (Leka y Jain, 2010; Wu et al., 2024). En este sentido, una revisión realizada por Lock et al. (2018) muestra una relación positiva entre la fatiga y la probabilidad de que ocurran errores o accidentes laborales, de presentar secuelas metabólicas (i.e. hipertensión, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares) y de un deterioro de la salud mental, por una falta de calidad de sueño, pudiendo desencadenar la presencia de sintomatología depresiva. La fatiga, por tanto, podría ser considerada un precursor de problemas graves de salud. A pesar de estos resultados, la prevalencia de la fatiga en la población trabajadora aún alcanza valores muy elevados. Alrededor del 22% de la población trabajadora experimenta fatiga (Bültmann et al., 2002), siendo además la sensación de fatiga en estas personas ocupadas 2.3 veces mayor que en la población general adulta (Yoon et al., 2023).

La fatiga laboral se caracteriza por una reducida capacidad funcional y una extrema sensación de cansancio que se experimenta durante y al finalizar la jornada laboral (Frone y Tidwell, 2015). La fatiga comprende aspectos físicos, relacionados con el esfuerzo y malestar físico, y aspectos psicológicos o mentales, como una falta o disminución de la motivación y/o somnolencia (Ahsberg et al., 1997). Esta diferenciación entre los aspectos físicos y psicológicos es lo que permite establecer diferencias con otros constructos relacionados como el burnout. El síndrome de burnout se caracteriza por la experimentación de cinismo y elevados niveles de agotamiento emocional (Maslach y Jackson, 1981), aspectos fundamentalmente psicológicos. Considerando ambos aspectos, físicos y psicológicos, la fatiga estaría constituida por (Ahsberg et al., 1997): i) esfuerzo físico, sensaciones del organismo como dificultades en la respiración, palpitaciones y calor; ii) malestar físico, como agarrotamiento de las articulaciones, entumecimiento y dolor; iii) falta de motivación,

estado apático, pasivo e indiferente; iv) somnolencia; y v) falta de energía, que aunaría los aspectos físicos y psicológicos, constituyendo un constructo global.

Conociendo los aspectos fundamentales de la fatiga y los efectos de la misma sobre la salud física y mental, así como sobre el bienestar general de las personas empleadas, es importante conocer qué factores pueden contribuir a explicar los niveles de fatiga experimentados. En este sentido, la teoría de conservación de recursos (COR; Hobfoll, 1989; Hobfoll et al., 2018) plantea que las personas se esfuerzan por preservar, conservar e incrementar sus recursos, favoreciendo así la obtención de recursos adicionales mediante una espiral positiva de ganancias. No obstante, pueden aparecer posibles amenazas o situaciones de pérdida de recursos que desencadenarían un acto de protección para mantener o proteger aquellos recursos que son valiosos. Esta situación de pérdida o agotamiento de recursos, ocasionada por las altas exigencias o demandas laborales, es considerada la condición más estresante y puede producir una pérdida o falta de energía, angustia psicológica o deterioro físico (Hobfoll, 1989). Partiendo de esta premisa, puede existir una interacción entre los recursos que las personas emplean para enfrentar las demandas existentes en el lugar de trabajo, dando como resultado elevados niveles de agotamiento y extenuación.

Considerando la teoría COR, el liderazgo sería un recurso laboral de tipo social en el trabajo. Dentro de los diferentes estilos de liderazgo positivos, es específicamente el liderazgo transformacional el que mejores resultados ha obtenido en relación a los niveles de energía, vigor y motivación de los trabajadores (Lopez-Zafra et al., 2022). El liderazgo transformacional se ha caracterizado por promover valores y metas colectivas dentro del equipo de trabajo y de la organización, que trascienden los propios intereses individuales (Bass y Avolio, 1994). Todo ello se logra por medio de cuatro factores que caracterizan a este tipo de liderazgo: 1) carisma, para crear un clima de confianza dentro del equipo; 2) motivación inspiradora, por la que alienta y apoya a las personas; 3) estimulación intelectual, para lograr altos niveles de innovación y creatividad; y 4) una consideración individualizada y personalizada para cada una de las personas a su cargo. La percepción de un estilo de liderazgo transformacional mejora el nivel de bienestar de las personas empleadas (Arnold, 2017; Teetzen et al., 2022), disminuyendo la percepción de demandas e incrementando la percepción de recursos. En concreto, este tipo de liderazgo se relaciona negativamente con sintomatología afectiva, burnout y estrés (Arnold, 2017; Bosak et al., 2021; Montano et al., 2017), produciendo así una disminución de los niveles de energía e incrementando los niveles de fatiga.

El capital psicológico, de otro lado, constituye un recurso personal positivo dentro de la teoría COR. Se manifiesta a través de cuatro fortalezas: 1) autoeficacia para el cumplimiento de tareas desafiantes; 2) optimismo, junto con atribuciones

positivas, sobre el presente y el futuro; 3) sentimientos de esperanza y perseverancia; y 4) resiliencia ante las dificultades y adversidades (Luthans et al., 2006). El capital psicológico se ha convertido en un constructo central en la explicación de los efectos de diversos estilos de liderazgo (Vilariño del Castillo y Lopez-Zafra, 2022). Concretamente, la relación entre el liderazgo transformacional y los comportamientos de innovación de las personas empleadas se intensifica con niveles elevados de capital psicológico de estas últimas (Zhu y Mu, 2016). De la misma forma, las personas líderes que muestran altos niveles de capital psicológico son capaces de energizar positivamente a las personas a su cargo (Rego et al., 2019). En cuanto a sus efectos relacionados con la salud, el capital psicológico ha tenido un rol protector frente al burnout (Virgã et al., 2020), reduciendo la percepción de factores estresantes, como serían los síntomas de ansiedad, vulnerabilidad al estrés, irritabilidad o soledad (Caponnetto et al., 2022), relacionándose negativamente con la fatiga (Tian et al., 2020), y promoviendo una mejor calidad de sueño (Xie et al., 2021).

A partir de las relaciones positivas encontradas entre el liderazgo transformacional y el capital psicológico, y la relación negativa de las demandas con sensaciones de extenuación, estrés, agotamiento y calidad de sueño, este estudio plantea una aproximación centrada en personas. Esta aproximación se ha vuelto relevante dentro de las ciencias organizacionales en los últimos años (Woo et al., 2018) y se ha caracterizado por analizar subpoblaciones latentes mediante la agrupación de variables que pueden variar entre sí. Es posible combinar diversas demandas y recursos laborales y personales para la identificación de subgrupos o perfiles latentes. En esta línea, diversos estudios se han centrado en la identificación de estos perfiles, con base en diferentes demandas y recursos, y su posible vinculación con el bienestar (Lee y Cho, 2020; Marzocchi et al., 2023; Pulido-Martos et al., 2023), con la motivación y el burnout (Portoghese et al., 2020). No obstante, ningún estudio considera el liderazgo transformacional y el capital psicológico, como recursos, junto con las demandas, en un enfoque centrado en la persona para determinar su efecto sobre los resultados de fatiga en personas empleadas. Así, a partir de la teoría de COR, este estudio pretende identificar perfiles, desde un enfoque centrado en personas, combinando un recurso personal (como el capital psicológico), un recurso laboral (liderazgo transformacional) y demandas psicológicas; así como analizar la relación de los perfiles identificados con diferentes dimensiones de fatiga laboral.

MÉTODO

Participantes

En el estudio inicialmente participaron 745 trabajadores. Catorce participantes fueron excluidos por responder a menos del 5% de los ítems de las escalas utilizadas (8 sujetos), o por representar valores extremos multivariados (6 sujetos). La muestra

final estuvo compuesta por 731 personas empleadas (54% fueron mujeres) de diferentes sectores industriales con una media de edad de 41.46 años (DT = 11.91; rango = 19-65) y una antigüedad media en la organización de 11.45 años (DT = 10.70; rango = 0-48). El 59.9% pertenecían a organizaciones privadas, el 35% a públicas y el 5.1% a mixtas.

Instrumentos

El liderazgo transformacional se midió con la versión reducida del *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ; versión española de Lopez-Zafra, 1998). Este cuestionario evalúa las percepciones que tienen las personas empleadas sobre los estilos de liderazgo transformacional que exhibe la persona líder a través de 10 ítems, con un formato Likert de 5 puntos (siendo 0 = nunca, y 4 = casi siempre) distribuidos en cinco dimensiones (con dos ítems cada una): i) comportamiento de influencia idealizada; ii) influencia idealizada atribuida; iii) motivación inspiradora; iv) estimulación intelectual; y v) consideración individualizada. El alfa de Cronbach para el cuestionario de liderazgo transformacional total fue de .95.

El capital psicológico se midió con el *Cuestionario de Capital Psicológico* (PCQ; versión reducida de León-Pérez et al., 2017). Este cuestionario está compuesto por 12 ítems, con un formato Likert de 6 puntos (siendo 1 = nunca, y 6 = siempre), distribuidos en cuatro factores: i) autoeficacia (3 ítems); ii) esperanza (4 ítems); iii) resiliencia (3 ítems); y iv) optimismo (2 ítems). El alfa de Cronbach para el PCQ total fue de .87.

Las demandas psicológicas se midieron a través de la dimensión específica del *Job Content Questionnaire* (JCQ; versión española de Escribà-Agüir et al., 2001). Esta dimensión de demandas psicológicas evalúa la cantidad de trabajo, los requisitos intelectuales y la presión del tiempo en el trabajo. Se compone de 6 ítems, con un formato Likert de 4 puntos (siendo 1 = totalmente en desacuerdo, y 4 = totalmente de acuerdo). El alfa de Cronbach para la dimensión de demandas psicológicas fue de .64.

La fatiga laboral se midió mediante el *Swedish Occupational Fatigue Inventory* (SOFI; Ahsberg et al., 1997). Este inventario está compuesto por 15 ítems. Las personas empleadas evalúan su percepción sobre diferentes sensaciones físicas y psicológicas experimentadas en una jornada laboral regular, asignando una puntuación con un rango de 10 puntos (siendo 0 = nada, hasta 10 = muy alto). Los ítems se distribuyen en cinco dimensiones: i) esfuerzo físico (3 ítems; p.e., “palpitaciones”); ii) malestar físico (3 ítems; p.e., “adormecimiento”); iii) falta de motivación (3 ítems; p.e., “desinteresado”); iv) somnolencia (3 ítems; p.e., “somnolencia”); y v) falta de energía (15 ítems; p.e., “agotado”). El alfa de Cronbach para la fatiga total fue de .92.

Procedimiento

La participación fue voluntaria y se aplicó un muestreo incidental, por medio de alumnado de último curso de grado, máster y doctorado. Antes de participar, las personas fueron informadas acerca de los objetivos y el procedimiento del estudio, completando un consentimiento informado. Finalmente respondieron un breve cuestionario que incluía las escalas que evaluaban las variables de interés. El protocolo y el procedimiento del estudio se aprobó por el Comité de Ética de la Universidad de la Jaén (Ref. DIC.20/8.PRY).

Análisis de datos

Se utilizó el programa MPlus 8.6 para los análisis y la identificación de los perfiles latentes y para estimar los efectos sobre la fatiga laboral. Se utilizaron las puntuaciones estandarizadas de las variables utilizadas (capital psicológico, liderazgo transformacional, demandas psicológicas, así como para las dimensiones de la fatiga), para una mejor y más fácil comparación e identificación. Los siguientes estadísticos fueron utilizados para la identificación óptima del número de perfiles (con sus respectivas siglas del inglés): log-verosimilitud; parámetros libres (FP); criterio de información de Akaike (AIC); criterio de información bayesiano (BIC); BIC ajustado al tamaño de la muestra (SSA-BIC); entropía; porcentaje de personas empleadas por clase; prueba de razón de verosimilitud ajustada de Lo-Mendell-Rubin (LMRA); y finalmente, el bootstrap de la prueba de razón de verosimilitud (BLRT). Según los valores estadísticos de estos indicadores, se atendieron a: i) puntuaciones más bajas en AIC, BIC y SSA-BIC revelan un ajuste más adecuado del modelo (Morin et al., 2020); ii) valores de la entropía próximos a 1 apuntan a una mayor exactitud en la clasificación de los casos en dichos perfiles (Celeux y Soromenho, 1996); iii) que la clase más pequeña no sea inferior al 5-8% (Nylund-Gibson y Choi, 2018); y por último iv) se consideró la significación de los valores LMRA y BLRT (Asparouhov y Muthén, 2012). Inicialmente, se analizó el ajuste del modelo para cada incremento en el número de perfiles, teniendo como referencia el perfil único con toda la muestra. Posteriormente, y una vez identificado el número óptimo de perfiles, se analizaron la relación de estos perfiles con las dimensiones de la fatiga mediante el comando BCH de MPlus.

RESULTADOS

Los valores medios, desviaciones típicas y correlaciones entre las variables se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Correlaciones de las variables del estudio

	Media (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Liderazgo transformacional	2.64(1.03)	-							
2. Demandas psicológicas	2.89(.56)	-.05	-						
3. Capital psicológico	4.64(.77)	.31***	.06	-					
4. Esfuerzo físico	2.27(2.25)	-.10**	.30***	-.06	-				
5. Molestias físicas	2.89(2.78)	-.12**	.28***	-.07*	.63***	-			
6. Falta de motivación	2.17(2.30)	-.22***	.18***	-.22***	.41***	.49***	-		
7. Somnolencia	2.34(2.57)	-.17***	.21***	-.12**	.37***	.47***	.57***	-	
8. Falta de energía	2.95(1.90)	-.18***	.37***	-.12**	.76***	.83***	.75***	.75***	-

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

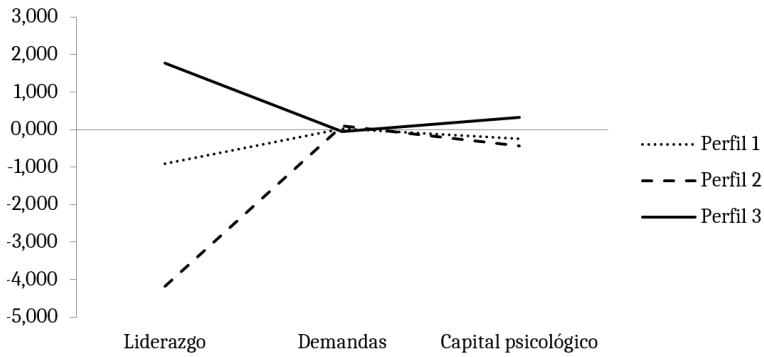
Los resultados obtenidos en la identificación de los perfiles mostraron una solución óptima de tres perfiles identificados (AIC = 5962.86; BIC = 6027.18; SSA-BIC = 5982.73; entropía = .78; clase más pequeña = 13.8%; LMRA $p < .001$; BLRT $p < .001$) (Tabla 2). Concretamente, se pueden diferenciar estos tres perfiles con las siguientes características individuales y laborales (ver Figura 1): Perfil 1 con un capital psicológico reducido ($M = -.253$) y una baja percepción de estilo de liderazgo transformacional ($M = -.910$), con demandas psicológicas moderadas ($M = .029$). Este perfil estuvo constituido por 248 trabajadores (33.9%); Perfil 2 con un capital psicológico reducido ($M = -.432$) y una muy baja percepción de estilo de liderazgo transformacional ($M = -4.186$), con demandas psicológicas moderadamente elevadas ($M = .093$). Este perfil estuvo compuesto por 101 trabajadores (13.8%); y Perfil 3 con un capital psicológico elevado ($M = .323$) y una muy alta percepción de estilo de liderazgo transformacional ($M = 1.764$), con demandas psicológicas moderadamente reducidas ($M = -.058$). En este último perfil se identificaron 382 trabajadores (52.3%).

Tabla 2. Ajuste de los modelos del análisis de perfiles latentes

Modelo	Log- verosimilitud	FP	AIC	BIC	SSA-BIC	Entropía	Clase más pequeña (%)	LMRA p	BLRT p
1	-3076.58	6	6165.17	6192.74	6173.68	1	731 (100)	-	-
2	-3026.15	10	6072.31	6118.25	6086.50	.65	154 (21.1)	<.001	<.001
3	-2967.43	14	5962.86	6027.18	5982.73	.78	101 (13.8)	<.001	<.001
4	-2986.43	18	6008.85	6091.55	6034.40	.81	3 (.4)	.999	1.000
5	-2954.09	22	5952.18	6053.26	5983.40	.74	6 (.8)	.929	1.000
6	-2931.96	26	5915.92	6035.38	5952.82	.72	0 (0)	.529	1.000

Nota: FP = parámetros libres; AIC = criterio de información de Akaike; BIC = criterio de información bayesiano; SSA-BIC = BIC ajustado al tamaño de la muestra; LMRA = prueba de razón de verosimilitud ajustada de Lo-Mendell-Rubin; BLRT = bootstrap de la prueba de razón de verosimilitud

Figura 1. Perfiles latentes

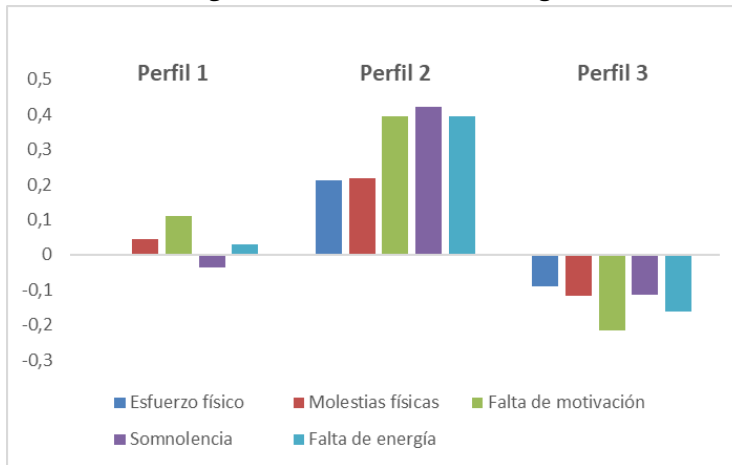


En cuanto a la relación de los tres perfiles identificados con las dimensiones de la fatiga (ver Tabla 3), los niveles de esfuerzo físico, molestias físicas, falta de motivación, somnolencia y falta de energía diferían significativamente ($p < .05$) entre el Perfil 2 y el Perfil 3, donde las personas empleadas con un capital psicológico elevado y una muy alta percepción de estilo de liderazgo transformacional con demandas psicológicas moderadamente reducidas (Perfil 3) presentaban bajos niveles de esfuerzo físico, malestar físico, desmotivación, somnolencia y falta de energía que las personas empleadas pertenecientes al Perfil 2. El Perfil 1 difirió significativamente del Perfil 2, mostrando niveles promedio de somnolencia y de falta de energía en Perfil 1, mientras que en el Perfil 2 se encontraron valores muy elevados en ambas dimensiones. El Perfil 1 también difirió del Perfil 3, mostrando niveles mucho más reducidos en la falta de motivación del Perfil 3.

Tabla 3. Relación entre los perfiles y las variables de resultado (comando BCH)

	Esfuerzo físico	Molestias físicas	Falta de motivación	Somnolencia	Falta de energía
Perfil 1 (A)	.004	.043	.110C	-.036B	.028B
Perfil 2 (B)	.213C	.219C	.393C	.420AC	.393AC
Perfil 3 (C)	-.090B	-.116B	-.217AB	-.113B	-.161B
Chi-cuadrado (χ^2)	6.099*	8.443*	27.616***	16.804***	21.102***

Figura 2. Resultados de la fatiga



DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Considerando la teoría de COR (Hobfoll, 1989; Hobfoll et al., 2018), este estudio tuvo como objetivos: 1) identificar perfiles de personas empleadas, desde un enfoque centrado en personas, combinando un recurso personal (como el capital psicológico), un recurso laboral (liderazgo transformacional) y demandas psicológicas; así como 2) analizar la relación de los perfiles identificados con diferentes dimensiones de fatiga laboral.

En la identificación de los perfiles se obtuvieron tres perfiles fundamentalmente diferenciados por las variaciones del capital psicológico y por el liderazgo transformacional, mientras que las demandas psicológicas tuvieron esencialmente valores promedio. Estudios previos han identificado un número mayor de perfiles (4-5) (Lee y Cho, 2020; Marzocchi et al., 2023; Portoghese et al., 2020; Pulido-Martos et al., 2023; Radey y Wilke, 2021), aunque su número de indicadores para la identificación de los perfiles era superior, por lo que pueden generar mayor variabilidad. Existió variabilidad entre los recursos personales y laborales entre los perfiles, pero los niveles de las demandas fueron promedio, aunque ligeramente variados entre los perfiles, estos resultados fueron similares a los obtenidos por Lee y Cho (2020), los cuales no encontraron diferencias significativas en las demandas entre los grupos, pero sí en el resto de los recursos utilizados como indicadores para la identificación de los perfiles. No obstante, los estudios que utilizaron la carga laboral y el esfuerzo sí encontraron diferentes valores entre los grupos identificados (Marzocchi et al., 2023; Pulido-Martos et al., 2023).

Por otra parte, se comprobó la relación de los perfiles identificados con los niveles de fatiga. Los tres perfiles difirieron en la fatiga laboral de los trabajadores. Específicamente, el Perfil 3, con mayores niveles de recursos personales (capital

psicológico) y laborales (liderazgo transformacional), mostró diferencias significativas sobre todos los tipos o dimensiones de fatiga; mientras que presentar niveles reducidos de estos recursos (Perfil 2) incrementan los niveles de fatiga. En esta línea, la percepción de un estilo de liderazgo transformacional consigue reducir los niveles de fatiga. No obstante, Arnold (2017) indicó que, aunque el liderazgo transformacional puede predecir los niveles bienestar, también pueden intervenir otras variables. En este sentido, otro recurso como el capital psicológico también se asoció negativamente con los niveles de fatiga (Tian et al., 2020). Con relación a estudios previos, con una aproximación centrada en personas, se muestra la importancia de la combinación de diferentes recursos sobre otros indicadores del bienestar, como el engagement, afecto positivo y satisfacción laboral (Pulido-Martos et al., 2023), mientras que grupos con reducidos niveles en recursos muestran mayores niveles agotamiento emocional y cinismo y niveles reducidos de motivación laboral (Portoghese et al., 2020).

En conclusión, la combinación de recursos personales y laborales, como el capital psicológico y el liderazgo transformacional respectivamente, muestran un papel importante en la fatiga laboral, con niveles más elevados de energía física y psicológica en las personas empleadas. De esta forma, las organizaciones deberán fomentar estilos de liderazgo transformacional entre las personas con responsabilidad sobre otras personas y potenciar el desarrollo de fortalezas relacionadas con el capital psicológico, para manejar y afrontar positivamente las demandas presentes en el entorno laboral, y reducir así los niveles de fatiga y mejorar su bienestar.

REFERENCIAS

- Ahsberg, E., Garnberale, F., y Kjellberg, A. (1997). Perceived quality of fatigue during different occupational tasks development of a questionnaire. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 20(2), 121–135. doi:10.1016/S0169-8141(96)00044-3
- Arnold, K.A. (2017). Transformational leadership and employee psychological well-being: A review and directions for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 381–393. doi:10.1037/ocp0000062
- Asparouhov, T. y Muthén, B. O. (2012). *Using Mplus TECH11 and TECH14 to test the number of latent classes*. Recuperado de: <https://www.statmodel.com/examples/webnotes/webnote14.pdf>
- Bass, B.M. y Avolio, B.J. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Sage Publications.
- Bosak, J., Kilroy, S., Chênevert, D., y Flood, P.C. (2021). Examining the role of transformational leadership and mission valence on burnout among hospital staff. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 8(2), 208–227. doi:10.1108/JOEPP-08-2020-0151
- Bültmann, U., Kant, I., Kasl, S.V, Beurskens, A.J.H.M., y van den Brandt, P.A. (2002). Fatigue and psychological distress in the working population: Psychometrics, prevalence, and

correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(6), 445–452. doi:10.1016/S0022-3999(01)00228-8

Caponnetto, P., Platania, S., Maglia, M., Morando, M., Gruttadauria, S.V., Auditore, R., ... Santisi, G. (2022). Health occupation and job satisfaction: The impact of psychological capital in the management of clinical psychological stressors of healthcare workers in the COVID-19 era. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6134. doi:10.3390/ijerph19106134

Celeux, G. y Soromenho, G. (1996). An entropy criterion for assessing the number of clusters in a mixture model. *Journal of Classification*, 13, 195–212. doi:10.1007/BF01246098

Escribà-Agüir, V., Mas Pons, R., y Flores Reus, E. (2001). Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gaceta Sanitaria: Órgano Oficial de La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 15(2), 142–149.

Frone, M.R. y Tidwell, M.C.O. (2015). The meaning and measurement of work fatigue: Development and evaluation of the Three-Dimensional Work Fatigue Inventory (3D-WFI). *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(3), 273–288. doi:10.1037/a0038700

Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. doi:10.1037/0003-066X.44.3.513

Hobfoll, S.E., Halbesleben, J., Neveu, J.P., y Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5(1), 103–128. doi:10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640

Lee, Y. y Cho, D. (2020). The effects of job demands, job resources, and personal resources on the psychological well-being of middle-aged workers in the United States: assessing latent profile differences. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 20(3), 501–521. doi:10.1007/s10775-019-09414-2

Leka, S. y Jain, A. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: An overview*. World Health Organization.

León-Pérez, J.M., Antino, M., y León-Rubio, J.M. (2017). Adaptation of the short version of the Psychological Capital Questionnaire (PCQ-12) into Spanish. *Revista de Psicología Social*, 32(1), 196–213. doi:10.1080/02134748.2016.1248024

Lock, A.M., Bonetti, D.L., y Campbell, A.D.K. (2018). The psychological and physiological health effects of fatigue. *Occupational Medicine*, 68(8), 502–511. doi:10.1093/occmed/kqy109

Lopez-Zafra, E. (1998). Un intento de validación convergente al MLQ (Multifactor Leadership Questionnaire) de Bass. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 211–216. doi:10.1174/021347498760350704

Lopez-Zafra, E., Pulido-Martos, M., y Cortés-Denia, D. (2022). Vigor at work mediates the effect of transformational and authentic leadership on engagement. *Scientific Reports*, 12(1), 17127. doi:10.1038/s41598-022-20742-2

Luthans, F., Youssef, C.M., y Avolio, B.J. (2006). *Psychological capital: Developing the human capital edge*. Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195187526.001.0001

Marzocchi, I., Ghezzi, V., Di Tecco, C., Ronchetti, M., Ciampa, V., Olivo, I., y Barbaranelli, C. (2023). Demand–resource profiles and job satisfaction in the healthcare sector: A person-

centered examination using bayesian informative hypothesis testing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 967. doi:10.3390/ijerph20020967

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. doi:10.1002/job.4030020205

Montano, D., Reeske, A., Franke, F., y Hüffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 327–350. doi:10.1002/job.2124

Morin, A.J.S., McLarnon, M.J.W., y Litalien, D. (2020). Mixture modeling for organizational behavior research. In Y. Griep y S. D. Hansen (Eds.), *Handbook on the temporal dynamics of organizational behavior* (pp. 351–379). Edward Elgar Publishing. doi:10.4337/9781788974387.00031

Nylund-Gibson, K. y Choi, A.Y. (2018). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(4), 440–461. doi:10.1037/tps0000176

Portoghese, I., Galletta, M., Leiter, M.P., Finco, G., d'Aloja, E., y Campagna, M. (2020). Job demand-control-support latent profiles and their relationships with interpersonal stressors, job burnout, and intrinsic work motivation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9430. doi:10.3390/ijerph17249430

Pulido-Martos, M., Cortés-Denia, D., Luque-Reca, O., y Lopez-Zafra, E. (2023). Authentic leadership and personal and job demands/resources: A person-centered approach and links with work-related subjective well-being. *Current Psychology*, 42, 28994–29011. doi:10.1007/s12144-022-03938-7

Radey, M. y Wilke, D.J. (2021). The importance of job demands and supports: Promoting retention among child welfare workers. *Child and Adolescent Social Work Journal*. doi:10.1007/s10560-021-00762-z

Rego, A., Yam, K.C., Owens, B.P., Story, J.S.P., Pina e Cunha, M., Bluhm, D., y Lopes, M.P. (2019). Conveyed leader PsyCap predicting leader effectiveness through positive energizing. *Journal of Management*, 45(4), 1689–1712. doi:10.1177/0149206317733510

Sadeghniaat-Haghighi, K. y Yazdi, Z. (2015). Fatigue management in the workplace. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 12–17. doi:10.4103/0972-6748.160915

Teetzen, F., Bürkner, P.C., Gregersen, S., y Vincent-Höper, S. (2022). Mediating effects of work characteristics on the relationship between transformational leadership and employee well-being: A meta-analytic investigation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 3133. doi:10.3390/ijerph19053133

Tian, F., Shu, Q., Cui, Q., Wang, L., Liu, C., y Wu, H. (2020). The mediating role of psychological capital in the relationship between occupational stress and fatigue: A cross-sectional study among 1,104 Chinese physicians. *Frontiers in Public Health*, 8, 12. doi:10.3389/fpubh.2020.00012

Vilariño del Castillo, D. y López-Zafra, E. (2022). Antecedents of psychological capital at work: A systematic review of moderator–mediator effects and a new integrative proposal. *European Management Review*, 19(1), 154–169. doi:10.1111/emre.12460

Virgă, D., Baci, E.L., Lazăr, T.A., y Lupșă, D. (2020). Psychological capital protects social workers from burnout and secondary traumatic stress. *Sustainability*, 12(6), 2246. doi:10.3390/su12062246

Woo, S.E., Jebb, A.T., Tay, L., y Parrigon, S. (2018). Putting the “person” in the center: Review and synthesis of person-centered approaches and methods in organizational science. *Organizational Research Methods*, 21(4), 814–845. doi:10.1177/1094428117752467

World Health Organization (WHO) (2020). *Occupational health: Stress at the workplace*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>

Wu, T., Tan, X., Li, Y., Liang, Y., y Fan, J. (2024). The relationship between occupational fatigue and well-being: The moderating effect of unhealthy eating behaviour. *Behavioral Sciences*, 14(1), 32. doi:10.3390/bs14010032

Xie, Y., Tian, J., Jiao, Y., Liu, Y., Yu, H., y Shi, L. (2021). The impact of work stress on job satisfaction and sleep quality for couriers in China: The role of psychological capital. *Frontiers in Psychology*, 12, 730147. doi:10.3389/fpsyg.2021.730147

Yoon, J.H., Park, N.H., Kang, Y.E., Ahn, Y.C., Lee, E.J., y Son, C.G. (2023). The demographic features of fatigue in the general population worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1192121. doi:10.3389/fpubh.2023.1192121

Zhu, C. y Mu, R. (2016). Followers' innovative behavior in organizations: The role of transformational leadership, psychological capital and knowledge sharing. *Frontiers of Business Research in China*, 10(4), 636–663.

CAPÍTULO 5

ENTRENAMIENTO EN CONCIENCIA PLENA EN EL ÁMBITO LABORAL

FRANCISCO JESÚS LOBATO CARVAJAL
Doctor en Psicología

INTRODUCCIÓN

Estamos en un entorno con constantes cambios sociales y tecnológicos, partícipes de una gran transformación de la conciencia humana, la convivencia y de la sociedad, en definitiva. Unos cambios que en el ámbito laboral se traducen en mayores exigencias y unas transformaciones tan vertiginosas que no se sabe cuáles serán las competencias necesarias ni siquiera los trabajos que existirán en el medio y largo plazo, lo que nos lleva a un plano de incertidumbre. Todo esto está haciendo que las prácticas meditativas de la conciencia plena (mindfulness) estén en un auge significativo en el ámbito de la psicología laboral en las últimas décadas.

Pero esta práctica no ha sido descubierta recientemente, sino que se lleva practicando hace mucho tiempo, incluso hay afirmaciones que sostienen que se lleva practicando desde que la especie humana apareció en el planeta. Aproximadamente, hace 2.500 años, sabemos que Siddarta Gautama, que fue el padre del budismo, llevó la conciencia plena a la cima, ya que era el centro de la tradición religiosa y filosófica que predicaba.

Entendemos por conciencia plena a un conjunto de técnicas encaminadas a potenciar una actitud de consciencia y calma, con el objetivo de desenmascarar automatismos y promover el desarrollo de las personas. Las técnicas de conciencia plena están siendo utilizadas por la psicología y sus beneficios están siendo respaldados por diferentes investigadores (Kabat-Zinn, 1990, 2019; Vallejo 2006; Lyumbomiriski, 2008).

Es por eso que Kabat-Zinn (2019) expresa que la técnica más elemental para iniciarse en esta tarea es la respiración consciente, una técnica muy antigua pero que conduce a la relajación física y mental y que prepara el terreno para ofrecer la calma interior y el autocontrol. Otras técnicas pueden ser la meditación y la exploración del cuerpo.

La conciencia plena busca en todo momento que seamos conscientes de lo que pasa a nuestro alrededor, ya sean emociones, sensaciones, sentimientos e ideas, pero en ningún momento debemos juzgarlas, simplemente dejarlas pasar. Muchos de los profesionales que practican y guía a otras personas en esta práctica, sostienen que la idea fundamental de la conciencia plena es entrenar a las personas para que estas

admitan sus emociones y pensamientos sin juzgarlos, ya que cada persona es responsable de lo que hace, pero no de lo que piensa o siente. El fin de todo ello es que las personas que realicen conciencia plena sean capaces de identificar sus emociones, sensaciones y pensamientos, librando a estos del prejuicio (Hick, 2009).

La conciencia plena tiene una base científica. Nuestro sistema nervioso vegetativo, está compuesto por sistema nervioso parasimpático (se encarga de cuidar las células y de reducir el deterioro de estas) y por el sistema nervioso simpático (se encarga de mantenernos atentos en momentos de alerta). Nuestra sociedad está marcada por un alto nivel de estrés e incertidumbre, lo que hace que se despierte en todo momento nuestro sistema nervioso simpático, lo que hace que nuestro cuerpo sufra un gran desgaste. Por lo tanto, al practicar la conciencia plena, las personas se sienten más relajadas, más centradas en el presente por lo que se favorece la activación del sistema nervioso parasimpático que se encarga del cuidado de nuestras células. Además, el doctor Judson Brewer, estudió que la red neuronal por defecto (DMN) es un circuito neuronal que se activa cuando una persona está despierta, pero sin prestar atención a la actividad que está realizando, sino cuando está dispersa. Este circuito es el responsable de la rumiación de pensamientos, lo que es conocido por darle vueltas a lo mismo por un tiempo prolongado. Se asocia a cuadros de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Cuando se disminuye la actividad del DMN, se activa la red ejecutiva central (CEN) que tiene gran importancia a la hora del control de la atención, resolución de problemas, flexibilidad mental, memoria trabajo y control de impulsos nocivos. A través de una resonancia magnética ha quedado demostrado que la práctica de la conciencia plena aumenta el grosor de dos áreas del circuito CEN (Puig, 2017).

Por otro lado, en el ámbito laboral Mesmer-Magnus et al. (2017) desarrollaron un meta-análisis de 270 estudios independientes con población trabajadora con el fin de hallar las correlaciones entre la conciencia plena y variables de bienestar personal y laboral. Sus resultados mostraron que existía una relación positiva (presentada en orden decreciente de intensidad) con la regulación emocional (que incluía el afecto positivo, tono afectivo agradable y emociones positivas), la eficacia/confianza (incluyendo eficacia, confianza, auto-aceptación y autoestima), la salud mental (bienestar, flexibilidad psicológica y preocupación), la satisfacción vital (p. ej., la calidad de vida) y la salud física (salud general, tasa cardíaca, calidad del sueño, fatiga y otros síntomas). También se encontró que tenía una relación negativa con el estrés vital percibido, las emociones negativas (afecto negativo, tono afectivo desagradable, miedo y emociones negativas) y variables asociadas con la depresión y la ansiedad. Todas estas relaciones (excepto la salud física) eran estadísticamente generalizables.

Lo más significativo, en definitiva, es que es una actividad para mejorar el bienestar y para reducir el estrés mediante el desarrollo intencional del mismo (Hayes

y Feldman, 2004). Las evidencias más recientes apoyan la existencia de mejoras relevantes en sus destinatarios, especialmente en variables de salud y bienestar (Garland et al., 2015; Lomas et al., 2017; Sauer et al., 2013). Además, se ha constatado su eficacia en el ámbito laboral, disminuyendo las bajas por enfermedad, reduciendo el estrés, la ansiedad y el síndrome de burnout (Mesmer-Magnus et al., 2017; Shapiro, 2009; Zhang y Wu, 2014).

Objetivos

El principal objetivo es ofrecer una propuesta basada en la conciencia plena para personas en su ámbito laboral para que aprendan a calmar y relajar la mente, potenciar la regulación emocional reduciendo el estrés laboral y aumentando el bienestar.

Objetivos específicos

La práctica de la conciencia del momento presente.

Fomentar la capacidad de autorregulación.

El aprendizaje de la práctica de reducción del estrés.

Incremento del bienestar psicoemocional.

Hipótesis

La práctica de la conciencia plena estará relacionada con una reducción del estrés y una mejora del bienestar psicoemocional.

MÉTODO

Diseño

Para conseguir los objetivos propuestos se realizará un estudio controlado aleatorizado, en el que se evaluará el estrés y el malestar psicoemocional en dos tiempos de medida pre y post entrenamiento. Los participantes serán divididos en dos grupos de manera aleatoria: grupo control y experimental para observar las diferencias en las variables dependientes entre ambos.

Participantes

El entrenamiento estará dirigido a personas en edad entre 18 y 65 años en un contexto laboral a todas aquellas trabajadoras y trabajadores que estén dedicando la mayor parte de su jornada laboral a la atención directa con el cliente en el área servicios. Es decir, se podría aplicar en cualquier franja de edad dentro de lo que legalmente se considera edad adulta. De esta manera cada grupo (experimental y control) estará compuesto por 20 participantes respectivamente.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se consideran a todas las personas participantes de ambos sexos, que estén activas en el ámbito laboral desempeñando la atención directa al cliente en el sector servicios.

Criterios de exclusión

No se incluirán personas participantes que hayan realizado actividades de conciencia plena anteriormente.

Instrumentos

- *Cuestionario de Estrés Laboral*, ISS. (Spielberger, y Vagg, 2010).
- *Escalas de Apreciación del Estrés*, EAE. (Fernández-Seara y Mielgo, 2005).
- *EBP. Escala de Bienestar Psicológico* (Sánchez, 2018).
- *Meditaciones sobre conciencia plena*.

Procedimiento

En primera instancia, se pacta el acuerdo y permiso que corresponde para realizar el entrenamiento.

Al conseguir la colaboración, se aplica los instrumentos de evaluación a los participantes y se agradecerá su participación.

Al grupo experimental se le administraran en la primera sesión los cuestionarios correspondientes y se les explicará que las sesiones se realizarán en semanas siguientes.

La primera sesión se realizará una introducción para explicarles los conceptos básicos sobre conciencia plena y los beneficios que aporta. Además, se les expone cómo funcionará el entrenamiento y como se practicará.

Respecto al entrenamiento con los participantes, se realizará un total de 9 sesiones con una duración de 1 hora. Durante las mismas se desarrollarán las meditaciones en repetidas ocasiones.

También se les dará un cuaderno de práctica para el registro de las acciones del entrenamiento realizadas durante la semana para la observación de la continuidad del mismo. En este cuaderno servirá para indicar si los participantes han hecho las meditaciones durante la semana de una sesión a la otra, cuál han realizado y cómo se han sentido mientras las hacían (tranquilos/as, relajados/as, nerviosos/as, etc.).

Actividades

Se programan varias acciones, repetidas durante un total de 9 sesiones para unos 2 meses de extensión, cuya eficacia se basa en evidencias (Fredrickson et al., 2008; Tomlinson et al., 2018):

- 1ª Actividad. Presentación.
- 2ª Actividad. Respiración consciente.
- 3ª Actividad. Body scan.
- 4ª Actividad. Acción de bondad amorosa.

Análisis de datos

Se realizaría con un modelo de análisis de varianza con medidas repetidas 2 (Grupo de entrenamiento: conciencia plena versus Control) en 2 (Tiempo de Medida: Pre-Post). Para evaluar las diferencias inter e intra-grupo en cada una de las variables evaluadas (estrés y bienestar psicoemocional). Por lo tanto, se trata de un diseño cuasi-experimental de comparación entre grupos con medición pretest–postest con un grupo control de lista de espera y un grupo experimental y además se realiza:

- Variables Estadísticas de descripción. Para establecer medias y desviaciones estándar de las diferentes variables evaluadas (nivel académico, edad, estrés y bienestar psicológico).
- Prueba t-test para valorar diferencias de media del factor edad.
- Prueba Chi cuadrado (χ^2) para la valoración de diferencias de media en el factor nivel académico y género.

RESULTADOS

Sobre los resultados, al ser una propuesta se estiman como esperados durante la evaluación pre-entrenamiento. Y se espera que no existan diferencias estadísticamente significativas en las variables estrés y bienestar psicológico respecto a los grupos experimental y control.

Tras la aplicación, mediante el modelo de análisis de varianza con medidas repetidas 2x2 se espera que los participantes presenten un grado inferior de estrés respecto a los participantes del grupo control. Así mismo, se espera que los niveles de bienestar psicológico en las personas del grupo experimental aumenten respecto al grupo control.

No obstante, los resultados variarán en relación de la calidad y cantidad de las prácticas y el compromiso de los participantes sobre las meditaciones. Es importante mantener una práctica constante para obtener mejores resultados y beneficios con el entrenamiento en conciencia plena.

Se estima no encontrar diferencias relevantes estadísticamente en los factores de edad, género y nivel académico. En el caso que existiera, habría que proporcionar un control estadístico de estos factores en el análisis de información.

CONCLUSIONES

La finalidad de esta propuesta es el entrenamiento en conciencia plena para que sus participantes aprendan a serenar y calmar la mente, reduciendo el estrés y tengan un aumento en su bienestar.

En la primera sesión de presentación del entrenamiento, se busca una introducción sobre qué es la conciencia plena. Se incluyen las prácticas con meditaciones de afianzamiento para centrarse en el momento presente y que logren calmar la mente.

Las siguientes dinámicas buscan como resultado que los destinatarios centren su atención mediante afianzamiento (respiración, cuerpo y sonido). La “multitarea” a la que suelen estar habituados en el ámbito laboral puede causarles un mecánico y pobre aprendizaje. Como señalan Foerde et al. (2006) la conciencia plena ayuda a proporcionar un aumento de la habilidad de entendimiento y la capacidad de manejo de información aprendida para usarla en situaciones nuevas. Por ello, la propuesta de entrenamiento en conciencia plena dará como resultado un crecimiento del bienestar psicológico.

La última actividad del entrenamiento estará orientada hacia la práctica de la autocompasión, de la bondad amorosa, en la que se concienciarán de la importancia del autocuidado, tratándose con amabilidad y cariño.

Sobre las limitaciones, la primera se basa en que se trata de una propuesta de entrenamiento no desarrollada y que por lo tanto no se conocen resultados. También en fases sucesivas del estudio será necesario estudiar sus costes, recursos y medios necesarios para llevarlo a cabo.

Por otra parte, la muestra propuesta es reducida por lo que se da la necesidad de su aumento para aplicar el entrenamiento y aumentar la validez del mismo. De tal forma, si se consiguieran resultados deseables respecto al entrenamiento en conciencia plena, sería aconsejable la inclusión de medidas para poder dar un seguimiento con la finalidad de ofrecer una valoración de los resultados del entrenamiento y constatar que se mantienen en el tiempo.

Para concluir, respecto a los resultados esperados, apoyándonos en las evidencias de la conciencia plena en este entrenamiento, se esperan obtener una mejora en el bienestar psicoemocional y una disminución en los niveles de estrés en los participantes.

REFERENCIAS

Fernández-Seara, J.L., y Mielgo, M. (2005). *EAE. Escalas de Apreciación del Estrés*. Tea ediciones.

Foerde, K., Knowlton, B.J., y Poldrack, A. (2006), Modulation of Competing Memory Systems by Distraction. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103, 11778-11783. doi:10.1073/pnas.0602659103

Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J., y Finkel, S.M. (2008). Los corazones abiertos construyen vidas: las emociones positivas, inducidas a través de la meditación de bondad amorosa, construyen recursos personales consecuentes. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 95, 1045-1062. doi:10.1037/a0013262

Garland, E.L., Farb, N.A., Goldin, P., y Fredrickson, B.L. (2015). Mindfulness Broadens Awareness and Builds Eudaimonic Meaning: A Process Model of Mindful Positive Emotion Regulation. *Psychol Inq*, 26(4), 293-314. doi:10.1080/1047840X.2015.1064294.

Hayes, A.M. y Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262. doi:10.1093/clipsy.bph080

Hick, S. (2009). *Mindfulness and Social Work: Paying attention to ourselves, our clients, and Society*. Lyceum.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Piadkus.

Kabat-Zinn, J. (2019). *La práctica de la atención plena*. Kairós.

Lomas, T., Medina, J.C., Ivztan, I., Rupprecht, S., Hart, R., y Eiroa-Orosa, F.J. (2017). The impact of mindfulness on well-being and performance in the workplace: an inclusive systematic review of the empirical literature. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(4), 492-513. doi:10.1080/1359432X.2017.1308924

Lyumbomirski, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: un método probado para conseguir el bienestar*. Urano.

Mesmer-Magnus, J., Manapragada, A., Viswesvaran, C., y Allen, J.W. (2017). Trait mindfulness at work: A meta-analysis of the personal and professional correlates of trait mindfulness. *Human Performance*, 30(2-3), 79-98. doi:10.1080/08959285.2017.1307842

Puig, M.A. (2017). *¡Tómate un respiro! Mindfulness. El arte de mantener la calma en medio de la tempestad* (4ª ed.). Espasa.

Sánchez, J. (2018). EBP. *Escala de Bienestar Psicológico*. Tea ediciones.

Sauer, S., Walach, H., y Schmidt, S. (2013). Assessment of Mindfulness: Review on State of the Art. *Mindfulness*, 4, 3-17. doi:10.1007/s12671-012-0122-5

Shapiro, S. (2009). *The Art and Science of Mindfulness: Integrating Mindfulness Into Psychology and the Helping Professions*. American Psychological Association.

Spielberger, C.D. y Vagg, P.R. (2010). *Cuestionario de Estrés Laboral, JSS*. Tea ediciones.

Tomlinson, E.R., Yousaf, O., Vittersø, A.D., y Jones, L. (2018). Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review. *Mindfulness*, 9(1), 23-43. doi:10.1007/s12671-017-0762-6.

Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.

Zhang, J. y Wu, C. (2014). The influence of dispositional mindfulness on safety behaviors: A dual process perspective. *Accident Analysis & Prevention*, 70, 24-32. doi:10.1016/j.aap.2014.03.006

CAPÍTULO 6

FUNCIONES EJECUTIVAS, ESTILO PARENTAL COMUNICATIVO Y SINTOMATOLOGÍA INTERNALIZANTE EN ADOLESCENTES: UN MODELO DE MEDIACIÓN

ANNA CARBALLO MÁRQUEZ, JULIANA ROJAS RINCÓN,
ANNA GARCÍA CASANOVAS, AIKATERINI AMPATZOGLOU,
CRISTINA FERNÁNDEZ-CARDELLACH ARTÉS DE ARCOS, Y
BRUNO ORIOL PORRAS GARCÍA
Universidad Internacional de Cataluña

INTRODUCCIÓN

Estado del arte

Las funciones ejecutivas (FE) son procesos cognitivos de orden superior que permiten acciones, emociones y pensamientos dirigidos a objetivos, y que implican la toma de decisiones y la resolución de problemas de manera flexible y adecuada en contextos novedosos (Diamond, 2013; Miyake et al., 2000). Varios estudios y metanálisis han demostrado consistentemente que un mejor rendimiento en FE está relacionado con mejores habilidades cognitivas (Nouwens, Groen, y Verhoeven, 2016; Slot y von Suchodoletz, 2018), mejores habilidades sociales (Sabbagh et al., 2006), mejores niveles de salud física y mental (Diamond, 2013; Wang y Liu, 2021), así como con un mayor rendimiento académico (Cortés et al., 2019).

Estudios de neuroimagen han demostrado que las FE dependen principalmente del funcionamiento de redes neurales distribuidas en la corteza prefrontal (CPF) y otras estructuras cerebrales relacionadas (Marek y Dosenbach, 2018). El proceso de maduración tan prolongado y la consiguiente neuroplasticidad de estas áreas hacen que el desarrollo de las FE sea muy susceptible a las influencias externas desde la infancia más temprana hasta pasada la adolescencia (Benes, 2001). En este sentido, la estimulación ambiental, así como la calidad de las interacciones entre adultos y niños, pueden tener un impacto significativo en el desarrollo de la CPF y en el funcionamiento ejecutivo (Altenburger y Schoppe-Sullivan, 2021; Bernier et al., 2010). La literatura científica señala que las interacciones entre progenitores e hijos/as es uno de los contextos principales en el que el desarrollo de las FE va a tener lugar, así que los estilos parentales y las conductas de crianza van a influir de forma clara en el desarrollo del niño y en su rendimiento ejecutivo (Koşkulu-Sancar et al., 2023).

Los estilos parentales se definen como los patrones de comportamiento que los cuidadores principales emplean habitualmente para interactuar con sus hijos/as (Besharat et al., 2011). Estos implican, necesariamente, pautas de crianza y de

educación, cuidados físicos, alimentación, procurar hábitos de conducta y dar respuesta a necesidades morales y emocionales, impactando todo ello de forma crítica en el neurodesarrollo y el desarrollo temprano (Coleman y Karraker, 1998).

Multitud de estudios han relacionado los estilos de crianza con el rendimiento en FE, de manera que los estilos parentales basados en conductas positivas (sensibilidad o responsividad, calidez, amor, apoyo emocional, apego seguro, sincronidad o comunicación abierta) correlacionan positivamente con un mayor desarrollo de las FE, y los estilos parentales basados en conductas negativas (hostilidad, control intrusivo, disciplina inconsistente, castigo, crítica, irritabilidad, impaciencia, sobreprotección o negligencia) correlacionan negativamente con el rendimiento ejecutivo (Koşkulu-Sancar et al., 2023; Sosic-Vasic et al., 2017).

Por otro lado, muchos otros estudios han evidenciado una relación significativa entre los estilos parentales y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes (Pinquart, 2017a; 2017b). En este sentido, estilos parentales eminentemente democráticos o autoritativos, basados en la calidez, la promoción de la autonomía, y el control de la conducta a través de una disciplina positiva, correlacionan de forma negativa con la presencia de sintomatología internalizante como síntomas depresivos o ansiosos (Yap et al., 2015). Por el contrario, estilos de crianza más autoritarios, basados en la disciplina severa, la hostilidad, el castigo, la sobreprotección, el control psicológico o estilos parentales negligentes, sí correlacionan con una mayor presencia de síntomas ansioso-depresivos (Yaffe, 2021).

Si bien estudios previos han intentado explicar las relaciones entre estilos parentales y FE, y estilos parentales y síntomas internalizantes, ninguno ha intentado realizar un modelo mediador. En este sentido, deviene necesario establecer un posible papel mediador de las FE entre estilos parentales y síntomas ansioso-depresivos porque la intervención sobre el desempeño ejecutivo, cuando no se puede intervenir sobre estilos parentales, se convertiría en un factor protector para el desarrollo de síntomas internalizantes en niños, niñas y adolescentes.

Objetivos e hipótesis

El presente estudio tiene como objetivo general llenar los vacíos en la literatura existente al examinar empíricamente las asociaciones entre los estilos parentales comunicativos, el funcionamiento ejecutivo y la sintomatología internalizante en adolescentes.

Nuestro primer objetivo específico es explorar la relación entre el estilo parental comunicativo y los síntomas internalizantes en adolescentes. Específicamente esperamos que exista una correlación negativa entre el estilo parental comunicativo y la presencia de síntomas internalizantes en la muestra de estudio.

Nuestro segundo objetivo específico es evaluar si las FE actúan como factor mediador en la relación entre el estilo parental comunicativo y la sintomatología internalizante en la muestra de estudio. Más específicamente, esperamos que puntuaciones más altas en el estilo parental comunicativo predecirá menores dificultades en las FE y esto, a su vez, predecirá menores síntomas internalizantes en adolescentes.

MÉTODO

Participantes

La muestra de estudio se compone de un total de 91 estudiantes de 1º de la ESO (49,5% chicos y 50,5% chicas) con una media de edad de 12,57 años ($SD=0,39$) de dos colegios concertados del área metropolitana de Barcelona (España), cuyos progenitores o tutores legales han autorizado su participación.

Criterios de inclusión: comprender, leer y hablar español y disponer del consentimiento de sus progenitores o tutores legales. Criterios de exclusión: no comprender, leer o hablar español, diagnóstico psiquiátrico severo (trastorno bipolar o trastornos psicóticos), trastornos del neurodesarrollo (trastorno del espectro autista severo, discapacidad intelectual, etc.), y otros déficits físicos, motores o sensoriales que dificulten la recogida de datos.

Instrumentos

Para evaluar los estilos parentales se administró la versión española abreviada del *Child's Report of Parental Behavior Inventory* (CRPBI; Schaefer, 1965) validada en población española por Samper et al. (2006) y abreviada por Valiente et al. (2016). La forma abreviada (CRPBI-A) consiste en 29 ítems en formato de respuesta de frecuencia de tres puntos ("Nunca o casi nunca" = 1, "Solo algunas veces" = 2 y "Muchas veces" = 3) distribuidos en seis escalas que evalúan 6 estilos de prácticas de crianza: comunicativo, hostil/rechazo, controlador, permisivo, sobreprotector, y negligente. La consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) de cada escala fue. En el presente estudio se utilizará únicamente la escala comunicativa como estilo parental positivo, y en posteriores estudios se incluirán otros estilos parentales.

En cuanto a la evaluación de las funciones ejecutivas se administró a los participantes el *Behavior Rating Inventory of Executive Function 2* (BRIEF-2), en su adaptación española (Maldonado et al., 2017). El BRIEF-2 autoinformado es un cuestionario de 55 ítems que permite evaluar los aspectos más cotidianos y conductuales de las FE con validez ecológica para niños, niñas y adolescentes de 5 a 18 años. Los ítems se responden en formato frecuencia sobre cuán problemáticos han sido los comportamientos durante los últimos 6 meses ("Nunca", "A veces" y "Frecuentemente"), de manera que puntuaciones más altas indican más problemas en

FE. Su corrección proporciona puntuaciones para 7 subescalas diferentes: inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad, control emocional, automonitoreo, finalización de tareas y planificación. En el presente trabajo se utilizaron solo las primeras cuatro subescalas.

Para la evaluación de la sintomatología internalizante, se administró el *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS; Chorpita et al., 2000) en su adaptación española (Sandín et al., 2009). El RCADS es un cuestionario de 47 ítems autoinformado diseñado para evaluar los síntomas de trastornos de ansiedad y depresión. El niño, niña o adolescente debe contestar a los ítems según una escala de frecuencia de 0-3 puntos (0 = “nunca”, 1 = “a veces”, 2 = “a menudo”, 3 = “siempre”), y se obtienen puntuaciones estandarizadas para 6 diferentes subescalas. En el presente trabajo se utilizó solo la puntuación estandarizada (puntuación T) para la escala general de sintomatología internalizante (suma de todas las subescalas).

Procedimiento

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universitat Internacional de Catalunya (PSI-2023-04) y se obtuvo el consentimiento informado de todas las familias participantes en este estudio.

En primer lugar, se contactó con los colegios participantes para obtener su consentimiento y, a continuación, se informó a las familias mediante una hoja informativa y una reunión on-line sincrónica en la que se pudieron resolver sus posibles dudas. Posteriormente, el equipo investigador se desplazó a los colegios para administrar los cuestionarios en papel, en una sesión grupal de 1 hora.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa estadístico IBM SPSS Statistics para Windows, versión 22.0 y el software PROCESS como complemento de SPSS. Para dar respuesta al primer objetivo, en el que evaluamos la relación entre el estilo de crianza comunicativo y los niveles de sintomatología internalizante en adolescentes, se realizaron análisis de correlación. Además, evaluamos el efecto de mediación directa e indirecta de las FE incluidas en el presente estudio (inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad y control emocional) sobre la relación entre el estilo parental comunicativo (tanto para la madre como para el padre) y la sintomatología internalizante. Para ello, se utilizó un procedimiento de bootstrap empírico con corrección de sesgo con 10.000 iteraciones y un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Descriptivos

De la muestra de estudio, el 17% de la muestra fueron hijos/as únicos/as, el 57,8% tenía un hermano o hermana, el 23,65% tenía 2 hermanos/as, el 2,68% de la muestra tenía 3 hermanos/as, y el 5,36% de la muestra tenía 4 hermanos/as. Respecto a la composición familiar, el 78% de la muestra convivía con los dos progenitores, el 12,2% de la muestra convivía con los progenitores separados en régimen de custodia compartida, el 7,3% de la muestra convivía con los progenitores separados en régimen de custodia exclusiva para la madre y el 2,4% de la muestra convivía únicamente con la madre.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo estadístico	Máximo estadístico
1. Sintomatología internalizante	90	52,80	1,167	32	79
2. Inhibición	90	12,3	0,314	7	21
3. Memoria de trabajo	90	8,69	0,265	5	20
4. Flexibilidad	89	14,09	0,373	8	24
5. Control emocional	90	10,13	0,318	5	18
6. Estilo comunicativo materno	91	17,64	0,396	0	21
7. Estilo comunicativo paterno	90	16,69	0,469	0	21

Nota: Estadísticos descriptivos para las medidas incluidas en el presente estudio. 1. Sintomatología internalizante medida con la puntuación estandarizada de la Escala total del RCADS. 2-5 Inhibición, Memoria de trabajo, Flexibilidad y Control Emocional medidas con la puntuación directa de dichas subescalas del BRIEF-2 autoinformado. 6-7 Puntuación directa en la escala Comunicación del CRPBI-A para la madre y el padre

A continuación, se resumen los descriptivos de las variables incluidas en el estudio en la siguiente tabla (Tabla 2) para toda la muestra.

Correlaciones

En la siguiente tabla (Tabla 2) se muestran los resultados de las correlaciones entre sintomatología internalizante medida mediante el cuestionario RCADS (escala total), las FE medidas con el cuestionario BRIEF-2 autoadministrado (escalas de inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad y control emocional) y el estilo comunicativo parental para la madre y el padre, medido con el CRPBI-A (escala de estilo comunicativo).

Tabla 2. Correlaciones

	1	2	3	4	5	6	7
1. Sintomatología internalizante	1						
2. Inhibición	0.576**	1					
3. Memoria de trabajo	0.574**	0.645**	1				
4. Flexibilidad	0.635**	0.595**	0.684**	1			
5. Control emocional	0.685**	0.635**	0.627**	0.726**	1		
6. Estilo comunicativo materno	-0.339**	-0.294**	-0.326**	-0.300**	-0.387**	1	
7. Estilo comunicativo paterno	-0.392**	-0.298**	-0.393**	-0.321**	-0.389**	0.634**	1

Nota: Resultados de los análisis de correlación para cada variable ** $p < 0.01$

Como se puede observar, todas las correlaciones son estadísticamente significativas, de manera que una mayor puntuación en estilo parental comunicativo (tanto paterno como materno) correlaciona de forma negativa con la aparición de problemas asociados a un bajo rendimiento en FE (para las cuatro subescalas: inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad y control emocional) así como con una menor presencia de sintomatología internalizante (ansiedad y depresión) en los y las adolescentes del estudio.

Análisis mediacional

Los resultados del análisis mediacional simple indicaron que el estilo de crianza comunicativo era un predictor significativo para un mejor rendimiento en las cuatro FE evaluadas, tanto para la madre (Figura 1) como para el padre (Figura 2).

Asimismo, se observó que un mejor rendimiento en FE era también un factor predictor para una menor presencia de sintomatología internalizante, tanto para el modelo materno (Figura 1), como el paterno (Figura 2).

Figura 1. Mediación Estilo Comunicativo Materno

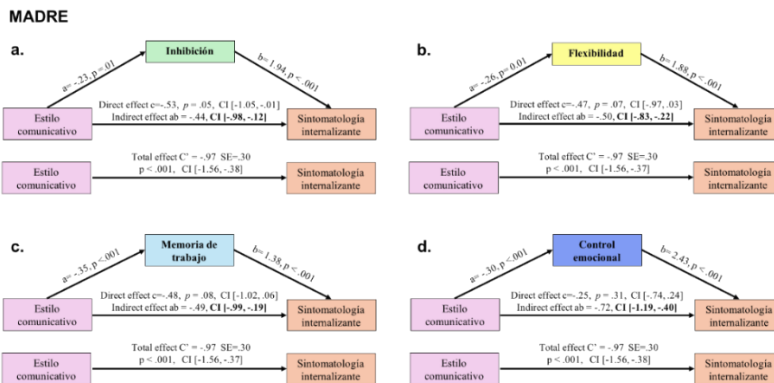
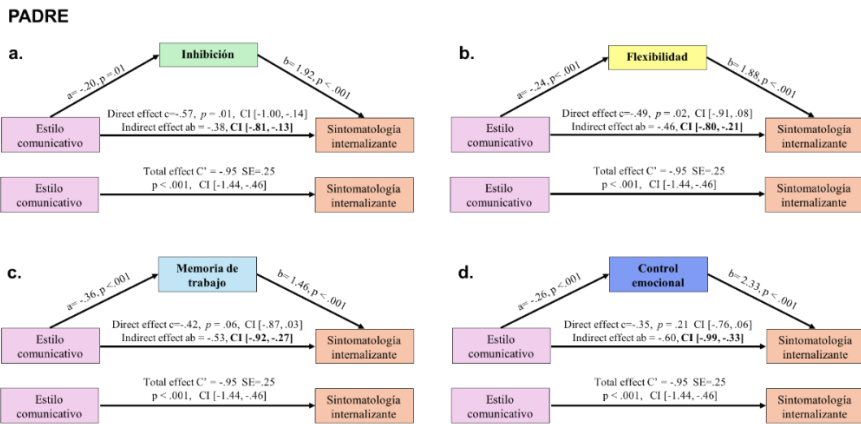


Figura 2. Mediación Estilo Comunicativo Paterno



Por otro lado, el efecto directo mostró que el estilo comunicativo parental ya no era un predictor significativo para la sintomatología internalizante después de controlar por el mediador de casi todas las FE evaluadas, tanto para la madre como para el padre. Además, el efecto indirecto se mostró también estadísticamente significativo, para ambos (Figura 1 y 2).

En este sentido, un estilo de crianza comunicativo, tanto paterno como materno, estaría asociado a una menor presencia de sintomatología internalizante en adolescentes, mediada por una menor presencia de conductas problemáticas asociadas a las FE.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue examinar la asociación entre el estilo parental comunicativo, con posibles déficits en el funcionamiento ejecutivo y con la presencia de sintomatología internalizante en adolescentes. Con los resultados obtenidos, y tal y como se había hipotetizado, se ha observado que una mayor puntuación en el estilo comunicativo parental correlaciona con una menor presencia de sintomatología internalizante y con un mejor rendimiento en FE. Por otro lado, los datos también señalan que un mejor rendimiento en FE media el efecto predictor de un estilo parental comunicativo, tanto paterno como materno, con una menor presencia de sintomatología internalizante en adolescentes.

En línea con la literatura precedente, un estilo de crianza positivo basado en la comunicación previene la aparición de sintomatología ansioso-depresiva tanto en niños y niñas (Qiu et al., 2022) como en adolescentes (Keijsers et al., 2020), puesto que unos progenitores comunicativos podrán conocer los problemas de sus hijos e hijas y podrán ofrecerles su ayuda disminuyendo así la aparición de síntomas internalizantes (Pinquart, 2017a). Además, unos progenitores dialogantes y comunicativos, pueden

estar modelando en sus hijos e hijas estrategias adaptativas de regulación emocional basadas en la expresividad y la gestión de emociones, en lugar de la supresión o la evitación, y esto correlaciona positivamente con una menor presencia de síntomas ansioso-depresivos en adolescentes (Schäfer et al., 2017).

Además, otros autores ya habían señalado previamente que los estilos parentales influyen de forma clara sobre el desarrollo ejecutivo de sus hijos e hijas (Valcan et al., 2018), de manera que estilos parentales cálidos y comunicativos favorecen una mejor maduración de la CPF y un mejor rendimiento en FE tanto en la etapa infantil (Fatima et al., 2016; Fay-Stammach et al., 2014) como adolescente (Sosic-Vasic et al., 2017).

Por otro lado, diversos artículos han demostrado previamente una relación positiva entre la sintomatología ansioso-depresiva y un peor rendimiento en FE (Warren et al., 2021), que se sustenta en un posible deterioro del funcionamiento de la CPF en trastornos del estado de ánimo (Liu et al., 2022) y en una capacidad mermada para el autocuidado en las personas con trastornos internalizantes (Walters y Hines-Martin, 2018). En este estudio, además, se ha observado que déficits en el funcionamiento cotidiano ligados a la inhibición, la memoria de trabajo, la flexibilidad y el control emocional serían predictores de una mayor presencia de sintomatología internalizante en adolescentes.

Si bien la literatura precedente ha vinculado ampliamente los déficits en control inhibitorio con la sintomatología externalizante (Fosco et al., 2019), también podría estar mediando problemas ansioso-depresivos en la adolescencia, puesto que la inhibición podrían estar relacionada con estilos de pensamiento rumiativos, muy presentes en psicopatología internalizante en población adolescente (Roberts et al., 2024). Por otro lado, los déficits observados en FE podrían estar asociados a estrategias de regulación emocional desadaptativas y a un menor control cognitivo que podría favorecer la aparición de sintomatología ansioso-depresiva. Diversos estudios han observado una disminución de estos síntomas después de un entrenamiento en memoria de trabajo y en flexibilidad cognitiva tanto en población clínica (Koster et al., 2017), como en población no clínica (Beloe y Derakshan, 2020).

En un estudio reciente, se evaluó el rol mediador de las FE para explicar la asociación entre los estilos parentales y los problemas de conducta externalizantes (Vučković et al., 2021). Los resultados obtenidos mostraron efectos indirectos estadísticamente significativos entre los estilos parentales con elevada negatividad (autoritarios y negligentes) sobre los problemas externalizantes a través de los déficits en FE, pero no así en los estilos parentales positivos (cálidos y democráticos). También se observó un efecto directo e indirecto del estilo parental hostil o agresivo sobre la aparición de sintomatología externalizante a través de los déficits disejecutivos, concluyendo que los déficits en FE podrían estar contribuyendo a las

dificultades sociales observadas en niños y niñas cuyos progenitores muestran una elevada negatividad parental.

En el presente estudio, se ha observado este mismo rol mediador de las FE para explicar la asociación negativa entre un estilo parental comunicativo y una menor presencia de sintomatología internalizante en adolescentes. En este sentido, un estilo parental basado en la comunicación, elemento indispensable de una parentalidad positiva, estaría impactando positivamente en el neurodesarrollo de la CPF (Pozzi et al., 2020), y en el funcionamiento ejecutivo de niños, niñas y adolescentes (Meuwissen y Carlson, 2015). A su vez, este mejor rendimiento en FE sería un factor protector para la aparición de sintomatología ansioso-depresiva, puesto que el funcionamiento ejecutivo está claramente relacionado con estrategias de regulación emocional (Hofmann et al., 2012), siendo esta variable un factor predictor clave para la prevención de aparición de sintomatología internalizante en niños/as y adolescentes (Kraft et al., 2023).

A pesar de los importantes resultados obtenidos en este estudio, es importante tener en cuenta diversas limitaciones que pueden sesgar su interpretación. Por un lado, es importante destacar que la medida de FE utilizada es indirecta, puesto que se ha realizado a través de un cuestionario autoinformado en lugar de haber recogido medidas directas de rendimiento ejecutivo a través de pruebas neuropsicológicas (Koşkulu-Sancar et al., 2023). Esto se hizo así porque se prefirió contar con una medida de funcionamiento ejecutivo ecológica y ligada a la vida cotidiana valorada por el propio adolescente (Pino y Arán, 2021), y porque otros estudios han demostrado que cuando se recoge esta medida de forma heteroinformada, los progenitores suelen sobreestimar o subestimar el rendimiento ejecutivo de sus hijos/as (Leve et al., 2013). Por contra, el hecho de haber evaluado los estilos parentales a través de un cuestionario respondido por los propios adolescentes aumenta su fiabilidad, puesto que otros estudios en los que los progenitores valoraban su propio estilo de crianza mostraban resultados más inconsistentes (Sosic-Vasic et al., 2017).

Finalmente, cabe destacar que la adolescencia es un periodo en el que acontecen importantes cambios madurativos en la CPF asociados al funcionamiento ejecutivo (Raznahan et al., 2011), y muchos autores han relacionado estos cambios neuroanatómicos con una mayor vulnerabilidad a desarrollar sintomatología internalizante en estas edades (Paus et al., 2008). Por ello, deviene importante estudiar qué factores median la aparición de sintomatología ansioso-depresiva en los adolescentes, y la potenciación de las FE a través de un estilo parental comunicativo, podría ser un elemento clave del que se podrían beneficiar a nivel preventivo. Por otro lado, estos resultados también sugieren la importancia de potenciar el desarrollo de

las FE en otros ámbitos, como por ejemplo el ámbito educativo (Gamino et al., 2022), cuando no es posible intervenir en el estilo parental o de crianza.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado por la Brain & Behavior Research Foundation (ID: 31607) y por la Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (2023 IMPAC 00019).

REFERENCIAS

- Altenburger, L.E. y Schoppe-Sullivan, S.J. (2021). Contributions of parenting quality and coparenting relationship quality to the development of child executive functioning. *Early Childhood Research Quarterly*, *57*, 133-143.
- Beloe, P. y Derakshan, N. (2020). Adaptive working memory training can reduce anxiety and depression vulnerability in adolescents. *Developmental Science*, *23*(4), e12831.
- Benes, F.M. (2001). The development of prefrontal. In *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience* (pp. 16-19). Cambridge, MA: MIT Press.
- Bernier, A., Carlson, S.M., y Whipple, N. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, *81*(1), 326-339.
- Besharat, M.A., Azizi, K., y Poursharifi, H. (2011). The relationship between parenting styles and children's academic achievement in a sample of Iranian families. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *15*, 1280-1283.
- Chorpita, B.F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L.A., y Francis, S.E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(8), 835-855.
- Coleman, P.K. y Karraker, K.H. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, *18*(1), 47-85.
- Cortés, A., Moyano, N., y Quilez, A. (2019). The relationship between executive functions and academic performance in primary education: Review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1582.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, *64*(1), 135-168.
- Fatima, S., Sheikh, H., y Ardila, A. (2016). Association of parent-child relationships and executive functioning in South Asian adolescents. *Neuropsychology*, *30*, 65-74.
- Fay-Stammbach, T., Hawes, D.J., y Meredith, P. (2014). Parenting influences on executive function in early childhood: A review. *Child Development Perspectives*, *8*(4), 258-264.
- Fosco, W.D., Hawk Jr, L.W., Colder, C.R., Meisel, S.N., y Lengua, L.J. (2019). The development of inhibitory control in adolescence and prospective relations with delinquency. *Journal of Adolescence*, *76*, 37-47.
- Gamino, J.F., Frost, C., Riddle, R., Koslovsky, J., y Chapman, S.B. (2022). Higher-order executive function in middle school: Training teachers to enhance cognition in young adolescents. *Frontiers in Psychology*, *13*, 867264.
- Hofmann, W., Schmeichel, B.J., y Baddeley, A.D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*(3), 174-180.

Keijser, R., Olofsdotter, S., Nilsson, K. W., y Åslund, C. (2020). The influence of parenting styles and parental depression on adolescent depressive symptoms: A cross-sectional and longitudinal approach. *Mental Health y Prevention, 20*, 200193.

Koşkulu-Sancar, S., van de Weijer-Bergsma, E., Mulder, H., y Blom, E. (2023). Examining the role of parents and teachers in executive function development in early and middle childhood: A systematic review. *Developmental Review, 67*, 101063.

Koster, E.H., Hoorelbeke, K., Onraedt, T., Owens, M., y Derakshan, N. (2017). Cognitive control interventions for depression: A systematic review of findings from training studies. *Clinical Psychology Review, 53*, 79–92.

Kraft, L., Ebner, C., Leo, K., y Lindenberg, K. (2023). Emotion regulation strategies and symptoms of depression, anxiety, aggression, and addiction in children and adolescents: A meta-analysis and systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*.

Leve, L.D., DeGarmo, D.S., Bridgett, D.J., Neiderhiser, J.M., Shaw, D.S., Harold, G.T., ... y Reiss, D. (2013). Using an adoption design to separate genetic, prenatal, and temperament influences on toddler executive function. *Developmental Psychology, 49*(6), 1045.

Liu, G., Zhang, N., Teoh, J.Y., Egan, C., Zeffiro, T.A., Davidson, R.J., y Quevedo, K. (2022). Self-compassion and dorsolateral prefrontal cortex activity during sad self-face recognition in depressed adolescents. *Psychological Medicine, 52*(5), 864-873.

Maldonado, M.J., Fournier, C., Martínez, R., González, J., Espejo-Saavedra, J.M., y Santamaría, P. (2017). *BRIEF-2. Evaluación conductual de la función ejecutiva [BRIEF-2. Behavioral assessment of the executive functioning]*. TEA Ediciones.

Marek, S. y Dosenbach, N.U. (2018). The frontoparietal network: Function, electrophysiology, and importance of individual precision mapping. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 20*(2), 133-140.

Meuwissen, A.S. y Carlson, S.M. (2015). Fathers matter: The role of father parenting in preschoolers' executive function development. *Journal of Experimental Child Psychology, 140*, 1-15.

Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., y Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology, 41*(1), 49-100.

Nouwens, S., Groen, M.A., y Verhoeven, L. (2016). How storage and executive functions contribute to children's reading comprehension. *Learning and Individual Differences, 47*, 96-102.

Paus, T., Keshavan, M., y Giedd, J.N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience, 9*(12), 947-957.

Pino, M. y Arán, V. (2021). Confirmatory factor analysis of the BRIEF-2 parent and teacher form: Relationship to performance-based measures of executive functions and academic achievement. *Applied Neuropsychology: Child, 10*(3), 219-233.

Pinquart, M. (2017a). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage and Family Review, 53*(7), 613-640.

Pinquart, M. (2017b). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-885.

Pozzi, E., Simmons, J.G., Bousman, C.A., Vijayakumar, N., Bray, K.O., Dandash, O., ... y Whittle, S.L. (2020). The influence of maternal parenting style on the neural correlates of emotion processing in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(2), 274-282.

Qiu, Z., Guo, Y., Wang, J., y Zhang, H. (2022). Associations of parenting style and resilience with depression and anxiety symptoms in Chinese middle school students. *Frontiers in Psychology*, 13, 897339.

Raznahan, A., Shaw, P., Lalonde, F., Stockman, M., Wallace, G.L., Greenstein, D., ... y Giedd, J.N. (2011). How does your cortex grow? *Journal of Neuroscience*, 31(19), 7174-7177.

Roberts, H., Schreiner, M.W., Pocius, S., Dillahun, A.K., Farstead, B., Feldman, D., ... y Langenecker, S.A. (2024). State rumination predicts inhibitory control failures and dysregulation of default, salience, and cognitive control networks in youth at risk of depressive relapse: Findings from the RuMeChange trial. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100729.

Sabbagh, M.A., Xu, F., Carlson, S.M., Moses, L.J., y Lee, K. (2006). The development of executive functioning and theory of mind: A comparison of Chinese and US preschoolers. *Psychological Science*, 17(1), 74-81.

Samper, P., Cortés, M.T., Escrivá, V.M., Nacher, M.J., y Tur, A.M. (2006). Adaptación del *Child's Report of Parent Behavior Inventory* a población española. *Psicothema*, 18(2), 263-271.

Sandín, B., Valiente, R.M., y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 183-189.

Schaefer, E.S. (1965). A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 29(6), 552-557.

Schäfer, J.Ö., Naumann, E., Holmes, E.A., Tuschen-Caffier, B., y Samson, A.C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 261-276.

Slot, P.L. y von Suchodoletz, A. (2018). Bidirectionality in preschool children's executive functions and language skills: Is one developing skill the better predictor of the other? *Early Childhood Research Quarterly*, 42, 205-214.

Sosic-Vasic, Z., Kröner, J., Schneider, S., Vasic, N., Spitzer, M., y Streb, J. (2017). The association between parenting behavior and executive functioning in children and young adolescents. *Frontiers in Psychology*, 8, 472.

Sulik, M.J., Blair, C., Mills-Koonce, R., Berry, D., Greenberg, M., Family Life Project Investigators, ... y Willoughby, M.T. (2015). Early parenting and the development of externalizing behavior problems: Longitudinal mediation through children's executive function. *Child Development*, 86(5), 1588-1603.

Trinkner, R., Cohn, E.S., Rebellon, C.J., y Van Gundy, K. (2012). Don't trust anyone over 30: Parental legitimacy as a mediator between parenting style and changes in delinquent behavior over time. *Journal of Adolescence*, 35(1), 119-132.

Valcan, D.S., Davis, H., y Pino-Pasternak, D. (2018). Parental behaviors predicting early childhood executive functions: A meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 30, 607-649.

Valiente, R.M., Magaz, A., Chorot, P., y Sandín, B. (2016). Estructura factorial del cuestionario de percepción de estilos de crianza CRPBI-Abreviado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 69-78.

Vučković, S., Ručević, S., y Ajduković, M. (2021). Parenting style and practices and children's externalizing behavior problems: Mediating role of children's executive functions. *European Journal of Developmental Psychology*, 18(3), 313-329.

Walters, M. y Hines-Martin, V. (2018). Overview of executive functions in mood and depressive disorders: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 617-637.

Wang, Y. y Liu, Y. (2021). The development of internalizing and externalizing problems in primary school: Contributions of executive function and social competence. *Child Development*, 92(3), 889-903.

Warren, S.L., Heller, W., y Miller, G.A. (2021). The structure of executive dysfunction in depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 279, 208-216.

Yaffe, Y. (2021). A narrative review of the relationship between parenting and anxiety disorders in children and adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 449-459.

Yap, M.B.H., Fowler, M., Reavley, N., y Jorm, A.F. (2015). Parenting strategies for reducing the risk of childhood depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*, 183, 330-338.

CAPÍTULO 7

SESGO DE PESO E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES MEXICANOS

DANIELA ROLDÁN BARRIOS Y CECILIA MEZA PEÑA
Universidad Autónoma de Nuevo León

INTRODUCCIÓN

Actualmente es fundamental entender cómo los estereotipos relacionados con el peso impactan en el bienestar de las personas, para diseñar estrategias efectivas de prevención, tratamiento y promoción de equidad e inclusión en el ámbito de la salud.

El sesgo de peso internalizado se define como que tanto una persona introyecta los prejuicios establecidos hacia los individuos con figuras corporales robustas y lo que se considera un excedente de peso (Rubino et al., 2020).

Algunos de estas creencias discriminatorias se basan en que las personas con sobrepeso u obesidad son flojas, glotonas, indisciplinadas y que son culpables de su peso corporal, por ejemplificar algunas (Rubino et al., 2020). Esto genera reacciones auto discriminatorias y emociones de inconformidad, desprecio, entre otras; ya sea por el tamaño de cuerpo que se tiene realmente o, en ciertos casos, que se percibe tener (Chen y Ye, 2021; Durso et al., 2012; Pearl y Puhl, 2018).

Se ha evidenciado que mientras mayor sea sesgo de peso internalizado existirá un peor estado de salud mental (Romano, Heron y Henson, 2021). Este sesgo de peso impacta directamente en la insatisfacción con la imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, y riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, entre otros (Emmer, Bosnjak y Mata, 2019; Romano et al., 2021).

La población adolescente es más susceptible a sufrir la introyección de este sesgo, además de otros problemas de salud mental relacionados con esta internalización. No obstante, aunque existen avances en estudios científicos en torno al tema hacen falta estudios que profundicen sobre el impacto del sesgo de peso en los jóvenes (Andrés et al., 2021; Puhl y Pearl, 2018).

La insatisfacción de la imagen corporal se refiere a las actitudes, emociones y pensamientos negativos hacia el propio cuerpo, a causa de la discrepancia existente entre la imagen corporal que se percibe y la real (Heider, Spruyt, y De Houwer, 2018; Quittkat, Hartmann, Düsing, Buhlmann, y Vocks, 2019).

Jiménez, Arriscado, Dalmau, y Gargallo (2021), encontraron que, en una población de adolescentes el 59,8 % de los jóvenes tenían insatisfacción con su imagen corporal; donde el 42,7% preferían tener siluetas más delgadas y el 17,1% más gruesas.

El sesgo de peso internalizado puede impactar negativamente en la imagen corporal de los individuos, desarrollando una mayor insatisfacción con la misma (Hartman, Gordon, y Guss, 2020), por lo que la presente investigación pretendió evaluar la influencia de este sesgo sobre la imagen corporal, comparándola tanto en hombres y mujeres, como en las distintas categorías de peso según el IMC para la edad.

MÉTODO

Para ejecutar los objetivos de la investigación, se desarrolló un estudio no experimental, transversal, cuantitativo, correlacional y de comparación (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014). Se optó por realizar un muestreo por conveniencia debido a la facilidad de acceso a la muestra, además de adecuarse al presupuesto del estudio (Acharya, Prakash, Saxena, y Nigam, 2013).

Participantes

La muestra final fue de 187 hombres y mujeres adolescentes, de 12 a 17 años de educación media superior. Se considero un 95% de nivel de confianza y un margen de error del 5%.

El principal criterio de inclusión fue que las y los alumnos fueran estudiantes del colegio dónde se realizó la investigación. Como criterios de exclusión, no participaron aquellas alumnas y alumnos que padecieran una discapacidad intelectual o física, esto considerando las dificultades en cuanto a la comprensión y llenado del cuestionario diseñado en formato de auto aplicación, así como en la toma de medidas antropométricas; además de que residieran fuera de Nuevo León. Se eliminaron a quienes no entregaron el consentimiento informado firmado por sus tutores legales, quienes hubiesen decidido no participar en la investigación mediante el asentimiento informado o que se hubiesen negado a pesarse.

Instrumentos

Cuestionario de sesgo de peso internalizado (Weight Bias WBIS-M). Este cuestionario tipo Likert diseñado por Pearl y Puhl (2018), evalúa el sesgo de peso. Se utilizó la versión adaptada para adolescentes en español, realizada por Andrés et al. (2022), la cual se compone de 11 ítems, con una consistencia interna de .90 de alfa de Cronbach. Las respuestas se califican en una escala de 7 puntos que va de 1= nada de acuerdo hasta 7 = completamente de acuerdo, contando con 2 ítems inversos, el ítem 1 y 9. El promedio de los ítems permite conocer la valoración sobre el sesgo de peso, siendo así que una mayor puntuación refleja un mayor sesgo de peso internalizado.

Cuestionario de las actitudes corporales (Body attitude test -BAT). Es un cuestionario tipo Likert diseñado por Probst, Vandereycken, Coppenolle, y Vanderlinden (1995), para evaluar la alteración de las actitudes hacia el cuerpo, así

como la insatisfacción corporal. Aunque inicialmente está diseñado para evaluar experiencia corporal y actitudes hacia el cuerpo en pacientes con TCA, también se ha utilizado en población no patológica. Las respuestas se puntúan en una escala de 5 puntos que va de 1 = nunca a 5= siempre. La suma de los ítems permite ver que a mayor puntuación mayor insatisfacción con la imagen corporal. Fue traducido y adaptado al español por Gila, Castro, Gómez, Toro y Salamero (1999). Por otra parte, Meza, Pompa, Gutiérrez, García y Daniel (2020) avalan las propiedades psicométricas de la escala en población adolescente mexicana (confiabilidad de .91), incluyendo la invarianza de este en población de preadolescentes y adolescentes.

Cuestionario de datos sociodemográficos y antropométricos. Se incluyó un cuestionario que incluía preguntas sobre la edad, fecha de nacimiento, municipio de residencia, año de escolaridad, y sexo.

Medidas antropométricas. La estatura fue medida con un tallímetro de aluminio marca HERGOM modelo mps200c, mientras que para el peso se empleó una báscula digital TANITA modelo um-081.

Procedimiento

Para poder realizar la investigación, se contactó a la coordinadora del departamento psicopedagógico de un colegio privado ubicado en el municipio de Monterrey, buscando recibir su autorización para poder aplicar los cuestionarios y realizar la toma de medidas.

Posteriormente, se entregaron los consentimientos informados a los tutores legales, para que las y los estudiantes pudieran participar en la investigación. En dicho consentimiento se describían los derechos de los participantes, entre ellos la protección de sus datos personales, así como la libertad de abandonar el estudio cuando lo desearan sin repercusiones. Una vez recibidos los consentimientos, se invitó a participar a las y los jóvenes cuyos padres dieron el consentimiento. A ellos se les explicó el objetivo y el proceso del estudio.

Para no influir en la variable de sesgo de peso internalizado, primero se aplicaron los cuestionarios y después se tomaron las medidas antropométricas en un aula designada para ello. Igualmente, para evitar el estigma de peso, las y los alumnos podían decidir si pesarse o no, además de que el peso fue ciego, por lo que no conocieron dicho dato. El IMC para la edad se calculó con los percentiles basados en las curvas de crecimiento de la OMS.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con ayuda del programa estadístico SPSS versión 25. Las potencias estadísticas y los tamaños del efecto se calcularon en el programa estadístico G * Power versión 3.1. Se realizaron pruebas estadísticas no paramétricas

como la U de Mann Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis, así como la correlación de Spearman, con base en la distribución de los datos, con un valor $p < .05$

RESULTADOS

Sobre la descripción de la muestra, el 54% de las participantes eran mujeres y 46% restante, eran hombres. La edad promedio de la muestra fue 13.26 años (DE = 1.1).

De acuerdo con el IMC para la edad, el 61% de los participantes se categorizaban con normopeso; 16.6% con sobrepeso y 22.4 % con obesidad. Al explorar el IMC para la edad por género, se encontró que 63.4% de las mujeres tenían un IMC para la edad de normopeso; 12.9% sobrepeso y 23.8% obesidad. En cuanto a los hombres, el 58.1% tenía un IMC para la edad de normopeso, mientras tanto las categorías de sobrepeso y obesidad contaban con 20.9%.

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Variable	Hombres (n=86)	Mujeres (n=101)	Total (n=187)
Edad*	13.27 (1.06)	13.26 (1.16)	13.26 (1.11)
IMC (Índice de masa corporal para la edad) **			
Normopeso	50 (58.1)	64 (63.4)	114 (61)
Sobrepeso	18 (20.9)	13 (12.9)	31 (16.6)
Obesidad	18 (20.9)	24 (23.8)	42 (22.5)

Nota: *Celdas representan medias y desviaciones típicas. **Celdas representan frecuencias y porcentajes respecto de este grupo

Se analizó la relación entre el sesgo de peso internalizado y la insatisfacción con la imagen corporal y se encontró una relación positiva estadísticamente significativa ($r = .759$, $p = < .001$) con un tamaño del efecto grande y una potencia estadística elevada ($d = .86$, $1 - \beta = 1.00$).

Tabla 2. Correlación del sesgo de peso internalizado con la insatisfacción de la imagen corporal

Variables	r_s	Sig	p	$1 - \beta$
Insatisfacción con la imagen corporal	.759	<.001	.86	1.00

$p = .50$ grande; $r_s =$ rho de Spearman, Sig. = significancia estadística, $p =$ tamaño del efecto, $1 - \beta =$ potencia estadística

Con respecto a la comparación entre grupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En relación con el sesgo de peso internalizado, se presentó un tamaño del efecto grande con un valor de .80 y una potencia estadística de .99. Por otro lado, en relación con la insatisfacción con la

imagen corporal, se presentó un tamaño del efecto mediano, con un valor de .68 y una potencia estadística de .99. Corrección 9: Tabla 3 sección de resultados página 5. Quitar "0" antes del punto en tamaño del efecto y potencia estadística $d = .80$ y $1-\beta = .99$ $d = .68$ y $1-\beta = .99$.

Tabla 3. Diferencias por sexo en cada una de las variables

Variables	Mujeres	Hombres	Z	U	Sig	d	1-β
	Rangos promedios						
Sesgo de peso internalizado	112.50	72.27	-5.07	2474	<.001	0.80	0.99
Insatisfacción con la imagen corporal	109.97	75.25	-4.37	2730.50	<.001	0.68	0.99

$d = .20$ pequeño, $.50$ mediano, $.80$ grande; Sig = significancia estadística; d = tamaño del efecto; $1-\beta$ = potencia estadística

Para la comparación de grupos según el IMC para la edad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en sesgo de peso internalizado como en la insatisfacción con la imagen corporal ($p < 0.05$).

Tabla 4. Diferencias por grupo de IMC para la edad en cada una de las variables

Variables	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	H	Sig
	Rangos promedios				
Sesgo de peso internalizado	77.92	99.92	133.27	32.59	<0.001
Insatisfacción con la imagen corporal	78.61	102.69	129.37	27.97	<0.001

Sig = significancia estadística

Al hacer las comparaciones por pares de grupos de peso, se encontró que en el sesgo de peso internalizado existían significativas entre los grupos de normopeso vs. obesidad ($p = <.001$) y sobrepeso vs. Obesidad ($p = .028$); más no entre el grupo de normopeso vs. Sobrepeso ($p = .134$). Sobre la insatisfacción con la imagen corporal, se encontraron diferencias significativas únicamente en el grupo de normopeso contra el grupo de obesidad ($p = <.001$).

Tabla 5. Diferencias por parejas según grupo de IMC para la edad en las variables con significancia estadística

Grupo 1 – Grupo 2	Est de contraste	D.E. de contraste	Sig ajust
Sesgo de peso internalizado			
Normopeso - Sobrepeso	-21.99	-2	.134
Normopeso - Obesidad	-55.35	-5.67	<.001
Sobrepeso - Obesidad	-33	-2.60	.028
Insatisfacción con la imagen corporal			
Normopeso - Sobrepeso	-24.08	-2.19	.084
Normopeso - Obesidad	-50.76	-5.19	<.001
Sobrepeso - Obesidad	-26.67	-2.08	.112

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La investigación aporta conocimientos novedosos sobre el sesgo de peso internalizado en población adolescente regiomontana identificando diferencias en su internalización por género y grupos de peso según el IMC para la edad. Hasta donde se conoce, este estudio es pionero, sobre el impacto del sesgo de peso internalizado en una muestra de adolescentes mexicanos.

En relación con las diferencias por sexo, los hallazgos de la investigación reportan mayores niveles de sesgo de peso internalizado e insatisfacción con la imagen corporal en el grupo de las mujeres adolescentes en comparación con los hombres; lo que coincide con los resultados reportados en otras investigaciones en población adolescente (Andrés et al.; 2022, Beltrán, Rojo, Rodríguez, y Sepúlveda, 2023; Kirk, Ramos, Alberga, y Russell-Mayhew, 2020; Puhl y Lessard, 2020).

La presión que ejerce sobre las mujeres para encajar en ciertos estándares de belleza asociados al peso y al cuerpo (Hartman et al., 2020; Ngo, 2019) es por la que existe mayor sesgo de peso internalizado e insatisfacción con la imagen corporal.

Para ambas variables entre las distintas categorías de peso, se reportó una mayor internalización del sesgo de peso e insatisfacción con la imagen corporal en personas con obesidad en comparación con las personas con normopeso y sobrepeso, sin embargo, no se encontraron diferencias entre las personas con sobrepeso en comparación con aquellas que tienen un IMC para la edad normal.

Lo anterior contrasta con lo reportado en otras investigaciones como la de Foster, Eaton, y Probst (2024) donde a IMC mayor a 25 (sin distinguir sobrepeso de obesidad) existía mayor internalización de sesgo de peso en comparación con que los que tenían un IMC menor a 25 en población adolescente de Europa, Asia y medio oriente (Foster et al., 2024).

En cuanto a la imagen corporal, a diferencia de esta investigación, Meza y Pompa (2018), concluyeron que no importaba si los participantes tenían un IMC clasificado como sobrepeso o normal, ya que en ambos grupos existía insatisfacción con su cuerpo, prevaleciendo como la figura ideal, la más delgada, en adolescentes.

Con todo lo anterior, se sostiene la evidencia de que mientras mayor sea el IMC, cayendo en la categoría de obesidad, se reportan mayores niveles de sesgo de peso internalizado e insatisfacción con la imagen corporal en población adolescente (Andrés et al., 2022; Beltrán et al., 2023; Escrivá, Moreno-Latorre, Caplliure-Llopis, Benet, y Barrios, 2021).

Esto puede deberse a que las y los adolescentes que viven con obesidad están mucho más sujetos al estigma y discriminación por peso, por lo que son mucho más vulnerables a interiorizar estas creencias y estar más insatisfechos con imagen (Puhl y Lessard, 2020, Beltrán et al., 2023).

Sobre las correlaciones, no resulta sorprendente que el sesgo de peso internalizado y la insatisfacción con la imagen corporal hayan presentado una correlación estadísticamente significativa y con un tamaño del efecto grande, pues como se ha reportado anteriormente en la literatura, a mayor sesgo de peso internalizado existe mayor insatisfacción con la imagen corporal (Beltrán et al., 2023; Durso et al., 2012; Foster et al., 2024).

Entre las limitaciones del estudio, destacan el haber tenido una muestra elegida por conveniencia, por lo que no es representativa de la población regiomontana en general. Además, aunque el tamaño de la muestra es adecuado, no mostró una distribución normal de datos, por lo que las conclusiones deben manejarse con precaución. Con respecto a la toma de medida antropométrica, no existió la posibilidad de decidir la hora y el día de la recopilación de datos, ocasionado que no todos los alumnos ni todas las alumnas contaron las mismas características al pesarse o medirse.

Independientemente de lo anterior, estos hallazgos relucen que la internalización del sesgo de peso es un factor de riesgo que afecta el bienestar biopsicosocial, por lo que es importante considerar aumentar su investigación en temas relacionados con psicología de la salud y salud pública en población mexicana, pues se presentan significativamente en grupos vulnerables como mujeres adolescentes con obesidad.

REFERENCIAS

- Acharya, A.S., Prakash, A., Saxena, P., y Nigam, A. (2013). Sampling: Why and how of it? *Indian Journal of Medical Specialities*, 4(2), 330-333. doi: 10.7713/ijms.2013.0032
- Andrés, A., Fornieles, A., Sepúlveda, A.R., Beltrán, L., Montcada, A., Bach, A., y Sánchez, D. (2022). Spanish validation of the modified weight bias internalization scale (WBIS-M) for adolescents. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(8), 3245-3256. doi: 10.1007/s40519-022-01453-z
- Beltrán, L., Rojo, M., Rodríguez, L., y Sepúlveda, A.R. (2023). Weight bias internalization among adolescents in Spain: psychological correlates across gender diversity and weight

status. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(2), 32-39. doi: 10.21134/rpcna.2023.10.2.5

Chen, H. y Ye, Y (2021). Validation of the Weight Bias Internalization Scale for Mainland Chinese Children and Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 1(11), 594949. 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2020.594949

Durso, L.E., Latner, J.D., White, M.A., Masheb, R.M., Blomquist, K.K., Morgan, P.T., y Grilo, C.M. (2012). Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: associations with eating disturbances and psychological functioning. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 423-427. doi: 10.1002/eat.20933

Emmer, C., Bosnjak, M., y Mata, J. (2019). The association between Weight Stigma and Mental Health: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 21(1), 1-13. doi: 10.1111/obr.12935

Escrivá, D., Moreno-Latorre, E., Caplliure-Llopis, J., Benet, I., y Barrios, C. (2021b). Relationship of Overweight and Obesity with Body Self-Image Dissatisfaction in Urban Mediterranean Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 1-12. doi: 10.3390/ijerph18157770

Foster, T., Eaton, M., y Probst, Y. (2024). The relationship between internalised weight bias and biopsychosocial outcomes in children and youth: a systematic review. *Journal Of Eating Disorders*, 12(1). 1-19. doi: 10.1186/s40337-023-00959-w

Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., Toro, J., y Salamero, M. (1999). The body attitude test: Validation of the Spanish version. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 4(4), 175-178. doi: 10.1007/bf03339733

Hartman S.M., Gordon, A.R., y Guss, C. (2020). Adolescent body image: influencing factors and the clinician's role. *Current Opinion in Pediatrics, with Evaluated MEDLINE/Current Opinion in Pediatrics*, 32(4), 455-460. doi: 10.1097/mop.0000000000000910

Heider, N., Spruyt, A., y De Houwer, J. (2018). Body dissatisfaction revisited: On the importance of implicit beliefs about actual and ideal body image. *Psychologica Belgica*, 57(4), 158-173.

doi: 10.5334/pb.362

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. CDMX, México: Mcgrawhill.

Jiménez, R., Arriscado, D., Dalmau, J.M., y Gargallo, E. (2021). Determinantes de la satisfacción corporal en adolescentes de La Rioja. *Revista Española de Salud Pública*, 95(1), 1-12. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7957730>

Kirk, S.F., Ramos, X., Alberga, A.S., y Russell-Mayhew, S. (2020). *Reducing weight bias in obesity management, Practice & Policy*. Obesity Canada. Recuperado de: <https://obesitycanada.ca/guidelines/weightbias>.

Meza, C. y Pompa, E. (2018). Body image distortion and dissatisfaction in a Mexican sample. *Revista de Psicología y Ciencias Del Comportamiento de La Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 9(2), 120-131. doi: 10.29365/rpcc.20181207-75

Meza, C., Pompa, E.G., Gutiérrez, M.L., García, C.H., y Daniel, L. (2020). Análisis factorial confirmatorio e invarianza factorial del Body Attitude Test en población mexicana. *Revista Acta de Investigación Psicológica*, 10(2), 91-103. doi: 10.22201/fpsi.20074719e.2020.2.349

Ngo, N.T. (2019). What Historical Ideals of Women's Shapes Teach Us About Women's Self-Perception and Body Decisions Today. *AMA Journal of Ethics*, 21(10), 879-901. doi: 10.1001/amajethics.2019.879

Pearl, R.L. y Puhl, R.M. (2018). Weight bias internalization and Health: A Systematic Review. *Obesity Reviews*, 19(8), 1141-1163. doi: 10.1111/obr.12701

Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3(2), 133-144. doi: 10.1080/10640269508249156

Puhl, R.M. y Lessard, L.M. (2020). Weight stigma in youth: Prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Current Obesity Reports*, 9(4), 402-411. doi: 10.1007/s13679-020-00408-8

Quittkat, H.L., Hartmann, A.S., Düsing, R., Buhlmann, U., y Vocks, S. (2019). Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 10(864), 1-12. doi: 10.3389/fpsy.2019.00864

Rodríguez, J.R. y Reguant-Álvarez, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *Revista D'innovació I Recerca En Educació*, 13(2), 1-13. doi: 10.1344/reire2020.13.230048

Romano, K.A., Heron, K.E., y Henson, J.M. (2021). Examining associations among weight stigma, weight bias internalization, body dissatisfaction, and eating disorder symptoms: Does weight status matter? *Body Image*, 37, 38-49. doi: 10.1016/j.bodyim.2021.01.006

Rubino, F., Puhl, R.M., Cummings, D.E., Eckel, R.H., Ryan, D.H., Mechanick, J.I., ... Dixon, J.B. (2020). Joint International Consensus Statement for Ending Stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26(4), 485-497. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x

CAPÍTULO 8

THE IMPACT OF SOCIAL SUPPORT AND VIRTUAL COMMUNITIES ON MATERNAL WELL-BEING AND POSTPARTUM DEPRESSION: A RESEARCH PROPOSAL

DANA AHITUV GEZ*, GIANLUIGI MOSCATO**,
& MARINA ALBA CABELLO GARCÍA**

**Trabajadora social freelance; **Universidad de Málaga*

INTRODUCTION

The transition to motherhood is a pivotal period in a woman's life, characterized by significant physiological, psychological, and social changes. This transformative experience, while often joyous, can also be challenging and potentially detrimental to a woman's mental health and overall well-being. The research project outlined in this summary aims to explore the intricate relationship between various forms of social support, including virtual communities, and their impact on women's well-being and postpartum depression during this critical transition phase in Spain.

The importance of this research cannot be overstated, as it addresses a crucial gap in our understanding of how modern support systems, particularly those facilitated by technology, can influence maternal mental health. As society becomes increasingly digitalized, the role of virtual communities in providing support and information to new mothers has grown significantly. This study seeks to examine how these virtual resources, in conjunction with traditional forms of social and family support, contribute to maternal well-being and potentially mitigate the risk of postpartum depression.

Background and Literature Review

The Transition to Motherhood

The transition to motherhood, often referred to as the perinatal period, encompasses pregnancy, childbirth, and the postpartum phase. This period is marked by profound changes in a woman's identity, relationships, and daily life (Athan & Miller, 2013). Research has consistently shown that this transition can be a vulnerable time for women's mental health, with increased risks of developing mood disorders, anxiety, and depression (Rallis et al., 2014).

The experiences accumulated during this transition phase play a crucial role in shaping the maternal identity of first-time mothers. This identity formation process is complex and multifaceted, influenced by personal expectations, societal norms, and the realities of caring for a newborn. The challenges encountered during this period can lead to maternal distress, a negative emotional state that, while distinct from

clinical depression or anxiety, can significantly impact a woman's well-being and her ability to care for her child (Rallis et al., 2014).

Prinds et al. (2014) highlight that the transition to motherhood often raises existential questions about mortality and vulnerability, reflecting fears of losing the baby and confronting one's own limitations. These experiences can generate feelings of vulnerability, loneliness, and fear of failure, which contribute to the complexity of the transition process.

Postpartum Depression and Anxiety

Postpartum depression (PPD) is a serious mental health condition that affects a significant proportion of new mothers. Estimates of its prevalence vary, but it is generally thought to affect between 10-20% of women in the first year after childbirth (O'Hara & McCabe, 2013). Symptoms of PPD can include persistent sadness, feelings of hopelessness, loss of interest in activities, and difficulty bonding with the baby.

Postpartum anxiety, while often overlooked in favor of PPD, is also a common issue faced by new mothers. It can manifest as excessive worry, restlessness, and intrusive thoughts about the baby's safety. Both PPD and postpartum anxiety can have serious consequences for maternal well-being, mother-infant bonding, and child development if left untreated.

Nguyen et al. (2019) emphasize that PPD involves significant hormonal and neuronal changes that can profoundly impact the mother's ability to care for her baby, as well as the overall development of the infant. This underscores the importance of identifying and addressing postpartum mental health issues promptly.

Social Support and Maternal Well-being

Social support has been consistently identified as a crucial factor in promoting maternal well-being and reducing the risk of postpartum mental health issues. Traditional sources of social support include family members, friends, and healthcare professionals. These support systems can provide emotional comfort, practical assistance, and valuable information to new mothers as they navigate the challenges of early parenthood.

Research has shown that women who perceive higher levels of social support during the transition to motherhood report better mental health outcomes and lower rates of postpartum depression (Leahy-Warren et al., 2012). However, the nature and quality of social support can vary significantly among individuals and cultures, highlighting the need for context-specific research in this area.

McLeish and Redshaw (2021) distinguish between structural support, which refers to relationships within the social network, and functional support, which includes emotional, evaluative, informational, and instrumental support. They

emphasize that the need for emotional support is particularly significant for women during the transition to motherhood.

Recent studies have elucidated the multifaceted benefits of social support during this transition period. Bäckström et al. (2017) found that support from partners through mutual preparation and enhanced communication not only strengthened the couple's relationship but also fostered feelings of security and calm about impending childbirth and parenting responsibilities. This emotional reassurance appears to be particularly salient during the perinatal period, contributing to improved mental health outcomes and lower rates of postpartum depression (De Sousa Machado et al., 2020).

Furthermore, the literature suggests that peer support plays a vital role in normalizing pregnancy-related experiences and creating a sense of recognition and belonging among expectant and new mothers. This shared experience can bolster maternal confidence and preparedness for the challenges of childbirth and early parenting (Bäckström et al., 2017). The benefits of social support extend beyond psychological well-being, with research indicating positive associations with improved maternal-infant bonding, increased parenting self-efficacy, and enhanced physical recovery postpartum (De Sousa Machado et al., 2020).

Instrumental support, such as practical assistance with childcare and household tasks, has been shown to significantly reduce maternal stress and improve overall well-being during the first year postpartum. Additionally, informational support provided through social networks can increase mothers' access to valuable knowledge about childbirth and parenting, thereby enhancing their sense of preparedness and confidence (Bäckström et al., 2017; De Sousa Machado et al., 2020).

It is noteworthy that the benefits of social support appear to have far-reaching implications for maternal and child health outcomes. Studies have reported associations between adequate social support and reduced risk of preterm birth, higher rates of breastfeeding initiation and duration, and improved physical recovery from childbirth (De Sousa Machado et al., 2020). Moreover, social support seems to act as a protective buffer against the deleterious effects of stress during the transition to motherhood.

However, it is crucial to acknowledge that the efficacy of social support can vary based on cultural context and individual preferences. This variability underscores the importance of implementing tailored, culturally sensitive approaches to supporting new mothers. While social support plays an indispensable role in facilitating the transition to motherhood, it should be viewed as complementary to, rather than a replacement for, professional support from healthcare providers.

Virtual Communities and Online Support

The advent of digital technologies has revolutionized the way new mothers seek and receive support. Virtual communities, including online forums, social media groups, and specialized motherhood apps, have emerged as important sources of information and emotional support for women during the perinatal period.

These platforms offer several unique advantages:

1. **Accessibility:** Virtual communities are available 24/7, allowing mothers to seek support at any time, even during late-night feedings or moments of isolation.
2. **Anonymity:** The option to remain anonymous can encourage more open and honest discussions about sensitive topics.
3. **Diverse perspectives:** Online communities often bring together women from various backgrounds, offering a wide range of experiences and advice.
4. **Normalization of experiences:** Sharing experiences with others going through similar challenges can help normalize the difficulties of early motherhood and reduce feelings of inadequacy or isolation.

Doty and Dworkin (2014) note that these virtual support systems can include chat rooms, forums, email groups, specialized websites, and social media platforms like Facebook. Gattoni (2013) suggests that virtual communities can serve as safe spaces for mothers to connect, share information, and receive positive reinforcement and hope during challenging times.

While the potential benefits of virtual communities are significant, research on their effectiveness in promoting maternal well-being and reducing postpartum depression is still emerging. This study aims to contribute to this growing body of knowledge by examining the specific impact of virtual support in the Spanish context.

Research Objectives and Hypotheses

The primary objective of this research project is to examine the contribution of various support factors to women's well-being and postpartum depression during the transition to motherhood in Spain. Specifically, the study aims to investigate:

1. The relationship between traditional social and family support and maternal well-being.
2. The impact of participation in virtual communities on maternal well-being and postpartum depression.
3. The role of a sense of belonging and representation in virtual communities in promoting positive mental health outcomes for new mothers.

Based on these objectives, the main hypotheses of the study are:

1. There is a positive relationship between social and family support and personal well-being among new mothers.

2. There is a positive relationship between participation in virtual communities and personal well-being among new mothers.

3. There is a positive relationship between a sense of belonging in virtual communities and personal well-being among new mothers.

4. There is an inverse relationship between social/family support, participation in virtual communities, and sense of belonging with postpartum depression.

These hypotheses are grounded in existing literature on social support and maternal mental health, as well as emerging research on the role of virtual communities in supporting new mothers.

METHODOLOGY

Research Design

The study will employ a quantitative cross-sectional design. This approach allows for the examination of relationships between variables at a single point in time, providing a snapshot of the experiences of new mothers in Spain. While this design cannot establish causality, it can reveal important associations between support factors and maternal well-being, guiding future longitudinal or interventional studies.

Sample

The target sample for this study is a minimum of 200 first-time mothers who meet the following criteria:

1. Have a baby between 0 and 18 months old
2. Participate in a virtual group that provides support or information about motherhood
3. Reside in Spain

This sample size is chosen to ensure adequate statistical power for detecting meaningful relationships between variables. The focus on first-time mothers allows for a more homogeneous sample in terms of maternal experience, while the age range of 0-18 months for the infant captures the critical period of early motherhood.

The unique nature of the 0-18 month period in the transition to motherhood has been recognized in classical developmental theories, such as Bowlby's attachment theory (1979) and Winnicott's concept of primary maternal preoccupation (1956). These foundational theories emphasize the importance of early mother-infant relationships for the child's social and emotional development.

More recent theoretical frameworks and empirical research have further elucidated the significance of this period. The biobehavioral synchrony model proposed by Feldman (2012) highlights the intricate dance of physiological and behavioral processes between mother and infant during this time, which lays the groundwork for the child's social and emotional competencies. This model

underscores how the quality of early interactions can influence long term developmental trajectories.

Complementing this perspective, the Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD) framework emphasizes how early life experiences, including the quality of maternal care, can have lasting impacts on physical and mental health outcomes. This theory posits that the first 18 months represent a critical window during which environmental influences can shape lifelong health trajectories (Gluckman et al., 2016).

Furthermore, advances in neuroscience have provided compelling evidence for the rapid brain development occurring during this period. Schore's (2017) regulation theory integrates neurobiology with attachment theory, highlighting how early relational experiences shape the development of the infant's right brain, which is critical for emotional regulation and social cognition.

Finally, the microbiome-gut-brain axis theory, proposes that the establishment of the infant's gut microbiome during the first 18 months, influenced by factors such as feeding practices and maternal-infant interactions, plays a significant role in neurodevelopment and future health outcomes (Sarkar et al., 2018).

These contemporary theories collectively underscore the profound importance of the 0-18 month period in shaping both maternal adaptation and infant development. They highlight the complex interplay of biological, psychological, and social factors during this time, emphasizing the need for comprehensive support for mothers during this critical transition period.

Recruitment

Participants will be recruited through various virtual communities focused on motherhood in Spain. This may include Facebook groups, WhatsApp groups, Instagram, online forums, and other motherhood-related apps. A recruitment message will be posted in these communities, explaining the purpose of the study and inviting eligible mothers to participate.

In addition, health centers, including maternal and child hospitals will also be asked to collaborate. Snowball sampling will also be employed, encouraging participants to share the study information with other eligible mothers in their networks.

Data Collection

Data collection will be conducted by the research investigators, and questionnaire distribution will be facilitated through the Google Forms platform in December 2024, and the data collection process spanned approximately three

months. The questionnaire will include validated measures of the key variables under investigation:

1. Social and Family Support: This will be measured by using House's social support scale translated to Spanish.

2. Virtual Community Participation: A custom scale will be developed to assess the frequency and nature of participant's engagement with virtual motherhood communities.

3. Sense of Virtual Community: This will be measured using Blanchard's translated version of the Sense of Community focusing on the online community context.

4. Well-being: This will be measured by using Affect balance scale (ABS) translated to Spanish to assess overall well-being.

5. Postpartum Depression: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) will be used to screen for symptoms of postpartum depression.

6. Demographic Information: Data on age, relationship status, education level, employment status and other relevant factors will be collected to control for potential confounding variables.

Ethical Considerations

The study will be conducted in accordance with ethical guidelines for research involving human subjects. To ensure ethical compliance, approval will be sought from the bioethics committee of the University of Malaga prior to the commencement of data collection. Informed consent will be obtained from all participants, and they will be assured of the confidentiality and anonymity of their responses. Participants will be provided with information about mental health resources and support services as part of the debriefing process.

Data Analysis

The collected data will be analyzed using appropriate statistical techniques to test the hypotheses and explore relationships between variables. The analysis plan may include:

1. Descriptive statistics to summarize the characteristics of the sample and the distribution of key variables.

2. Correlation analyses to examine bivariate relationships between social support, virtual community participation, sense of belonging, well-being, and postpartum depression.

3. Multiple regression analyses to assess the unique contributions of different forms of support to maternal well-being and postpartum mental health outcomes, controlling for relevant demographic factors.

4. Mediation analyses to explore whether the relationship between social support and maternal mental health is mediated by participation in virtual communities or sense of belonging.

5. Analysis of variance (ANOVA) to determine if there are statistically significant differences between groups based on factors such as marital status, age groups, or number of virtual support sources used.

RESULTS

Expected Results

Based on existing literature and the hypotheses of this study, several potential outcomes can be anticipated:

Social and Family Support

It is expected that higher levels of perceived social and family support will be associated with greater well-being and lower levels of postpartum depression and anxiety among new mothers. This finding would be consistent with previous research highlighting the importance of traditional support systems in promoting maternal mental health (Leahy-Warren et al., 2012).

If confirmed, this result would underscore the need for interventions and policies that strengthen social support networks for new mothers in Spain. This could include initiatives to enhance partner involvement in childcare, improve access to family support services, or develop community programs that connect new mothers with local support networks.

Virtual Community Participation

The study may reveal a positive relationship between active participation in virtual communities and maternal well-being. This could manifest as higher well-being scores and lower depression symptoms among mothers who engage more frequently or deeply with online support groups. Such a finding would highlight the potential of virtual communities as a valuable resource for supporting new mothers, particularly in contexts where traditional support may be limited or insufficient. It could inform the development of targeted online interventions or the integration of virtual support components into existing maternal health programs.

Sense of Belonging in Virtual Communities

A strong sense of belonging in virtual communities may emerge as a significant predictor of positive mental health outcomes for new mothers. This could suggest that the quality of online interactions and the feeling of connection with other mothers are more important than mere participation.

If supported by the data, this finding could guide the design and moderation of online support groups to foster a greater sense of community and belonging among participants. It may also point to the need for culturally sensitive and context-specific virtual communities that resonate with the experiences of Spanish mothers.

Differential Effects of Support Types

The analysis may reveal differential effects of traditional social support versus virtual community support on maternal well-being and mental health. For example, traditional support might be more strongly associated with reduced depression symptoms, while virtual support could have a stronger relationship with anxiety reduction. Understanding these nuanced relationships could help in developing comprehensive support strategies that leverage both traditional and virtual resources to address the diverse needs of new mothers.

Mediating Factors

The study may uncover mediating relationships between variables. For instance, the effect of social support on well-being might be partially mediated by participation in virtual communities. This could suggest that virtual communities serve as a mechanism through which social support is enhanced or amplified. Such findings would provide insights into the complex interplay between different forms of support and their impact on maternal mental health, informing more sophisticated models of perinatal support.

DISCUSSION

Limitations

While this study aims to provide valuable insights into the role of virtual communities in supporting maternal well-being, several limitations should be acknowledged:

1. Cross-sectional design: The study's cross-sectional nature limits the ability to establish causal relationships between variables. Future longitudinal studies could track changes in support, well-being, and mental health over time to better understand the directionality of these relationships.

2. Self-report measures: Reliance on self-report measures may introduce bias and limit the objectivity of the data. Future studies could incorporate observational measures or data from healthcare providers to complement self-report data.

3. Sample representativeness: Recruiting participants through virtual communities may result in a sample that is not fully representative of all new mothers in Spain, particularly those who do not engage with online resources. Additional research using diverse recruitment methods would be beneficial.

4. Focus on first-time mothers: While focusing on first-time mothers provides a more homogeneous sample, it limits the generalizability of findings to multiparous women. Future studies could explore how the relationships between support factors and well-being may differ for women with multiple children.

5. Cultural specificity: The study's focus on the Spanish context, while valuable for understanding local dynamics, may limit the generalizability of findings to other cultural contexts. Cross-cultural studies could provide insights into how the role of virtual communities in maternal support varies across different societies.

CONCLUSIONS

This research project aims to contribute to our understanding of how various forms of support, particularly virtual communities, influence the well-being and mental health of new mothers during the transition to motherhood in Spain. By examining the relationships between social support, virtual community participation, sense of belonging, and maternal mental health outcomes, the study has the potential to inform more effective and comprehensive support strategies for new mothers.

The findings of this research could have significant implications for public health policy, healthcare practice, and the design of both traditional and virtual support interventions for new mothers. As society continues to evolve in an increasingly digital world, understanding how to leverage both traditional and virtual resources to support maternal well-being becomes ever more crucial.

Ultimately, this study seeks to contribute to the broader goal of improving the experiences of women during the transition to motherhood, promoting better mental health outcomes, and fostering environments, both physical and virtual, that support the well-being of new mothers and their infants.

REFERENCES

Athan, A.M. & Miller, L. (2013). Motherhood as opportunity to learn spiritual values: Experiences and insights of new mothers. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 27(4), 220.

Bäckström, C., Larsson, T., Wahlgren, E., Golsäter, M., Mårtensson, L.B., y Thorstensson, S. (2017). 'It makes you feel like you are not alone': Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 51-57.

Bowlby, J. (1979). The Bowlby Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.

De Sousa Machado, T., Chur-Hansen, A., & Due, C. (2020). First-time mothers' perceptions of social support: Recommendations for best practice. *Health Psychology Open*, 7(1), 2055102919898611.

Doty, J.L. & Dworkin, J. (2014). Online social support for parents: a critical review. *Marriage & Family Review*, 50(2), 174-198.

Feldman, R. (2012). Parent-infant synchrony: A biobehavioral model of mutual influences in the formation of affiliative bonds. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 77(2), 42-51.

Gattoni, A.L. (2013). Breaking the silence: The role of online community in the transition to motherhood (Doctoral dissertation).

Gluckman, P. D., Buklijas, T., & Hanson, M.A. (2016). The Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD) concept: Past, present, and future. In *The Epigenome and Developmental Origins of Health and Disease* (pp. 1-15). Academic Press.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397.

McLeish, J. & Redshaw, M. (2021). 'She come like a sister to me': a qualitative study of volunteer social support for disadvantaged women in the transition to motherhood in England. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 376(1827), 20200022.

Nguyen, A.J., Hoyer, E., Rajhans, P., Strathearn, L., & Kim, S. (2019). A tumultuous transition to motherhood: Altered brain and hormonal responses in mothers with postpartum depression. *Journal of Neuroendocrinology*, 31(9), e12794.

O'Hara, M.W. & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.

Prinds, C., Hvidt, N.C., Mogensen, O., & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood - a scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733-741.

Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M., & Milgrom, J. (2014). The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. *Women and Birth*, 27(1), 68-71.

Sarkar, A., Harty, S., Lehto, S.M., Moeller, A.H., Dinan, T.G., Dunbar, R.I., ... Burnet, P.W. (2018). The microbiome in psychology and cognitive neuroscience. *Trends in Cognitive Sciences*, 22(7), 611-636.

Schore, A.N. (2017). All our sons: The developmental neurobiology and neuroendocrinology of boys at risk. *Infant Mental Health Journal*, 38(1), 15-52.

Winnicott, D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. *The Maternal Lineage: Identification, Desire, and Transgenerational Issues*, 59-66.

CAPÍTULO 9

FORTALECIENDO LA SALUD MATERNA: LA IMPORTANCIA DE LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA PARA GESTANTES DE EDAD AVANZADA

EVARISTO IVÁN DE VICENTE DÍAZ* Y MYRIAM ALVARIÑAS-VILLAVERDE**

**Hospital Álvaro Cunqueiro; **Universidad de Vigo*

INTRODUCCIÓN

La maternidad representa uno de los momentos más significativos en la vida de muchas mujeres y ha estado influenciada por los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas. Es una época desafiante, con varios cambios físicos y psicológicos para la mujer embarazada y su pareja, familia y amigos, pudiendo desencadenar en un estado vulnerable de salud (Nawabi et al., 2021).

La Constitución española de 1978 marcó un hito fundamental en la lucha por la igualdad de género en España. Desde entonces, se han implementado gradualmente políticas que han impulsado el desarrollo integral de la mujer, facilitando su acceso a la educación superior y su incorporación al mercado laboral. Este proceso ha transformado profundamente el papel de la mujer en la sociedad española. En este nuevo contexto, la maternidad ha dejado de ser el eje central en la vida de las mujeres. Como señalan Solé y Parella (2004), se ha convertido en un componente más de sus proyectos vitales, cuya importancia varía según las circunstancias y aspiraciones personales de cada mujer. Esta evolución ha tenido consecuencias significativas en los patrones demográficos. Peteiro (2022) destaca dos efectos secundarios relevantes de esta transformación social: por un lado, se observa una tendencia a retrasar la edad a la que las mujeres deciden ser madres; por otro, se ha producido una disminución en el número medio de hijos por mujer. Estos cambios reflejan cómo las nuevas oportunidades y roles de la mujer en la sociedad están reconfigurando las dinámicas familiares y demográficas en España.

En las últimas décadas, se ha observado un cambio significativo en los patrones de maternidad, con un aumento notable en los embarazos en mujeres de edad avanzada (EMA). Este fenómeno se ha extendido incluso a mujeres que han superado el periodo tradicionalmente considerado fértil, gracias, entre otros, a los avances en las técnicas de reproducción asistida, que han ampliado la ventana reproductiva (Kawwass y Badell, 2018). La tendencia hacia la maternidad tardía se refleja claramente en las estadísticas. En España, según el Instituto Nacional de Estadística, la edad media de la maternidad alcanzó los 32,6 años en 2022, mostrando un incremento constante en las últimas décadas. Más aún, España se posicionó en 2022

como el país de la Unión Europea con el mayor porcentaje de nacimientos de madres de 40 años o más, representando el 10,7% del total de nacimientos. Este patrón no es exclusivo de España, sino que se observa en otros países del sur de Europa. Grecia, Italia y Portugal siguen de cerca esta tendencia. En contraste, los países del este de Europa muestran porcentajes más bajos de madres de edad avanzada. Curiosamente, algunas naciones del norte de Europa, como los Países Bajos (3,8%) y Dinamarca (4%), también presentan cifras relativamente bajas en este aspecto (Eurostat-European Statistics).

La definición de edad materna avanzada (EMA) ha sido establecida por organizaciones médicas de renombre, como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Según estas instituciones, se considera EMA cuando la madre tiene 35 años o más al momento del embarazo (Macías et al., 2018). Esta clasificación se fundamenta en el hecho de que el periodo reproductivo óptimo en las mujeres se sitúa entre los 18 y 34 años. Las tablas de evaluación de riesgo obstétrico señalan que superar los 35 años implica un factor de riesgo adicional durante la gestación. Los desafíos asociados con la EMA son múltiples. Por un lado, las mujeres mayores de 35 años experimentan una disminución en sus reservas ováricas, lo que puede dificultar la concepción. Por otro lado, con el avance de la edad, aumenta la probabilidad de desarrollar condiciones médicas preexistentes que pueden complicar el embarazo como pueden ser: la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes, cardiopatías, anemia, nefropatía y endometriosis (Shams et al., 2021).

En la actualidad, a causa de este aumento en la edad media de acceso a la maternidad de las mujeres que se está produciendo en las últimas décadas, tanto en naciones desarrolladas como en aquellas en vías de desarrollo, algunos autores abogan por centrarse en una edad materna avanzada superior a los 40 años, denominándola “edad materna muy avanzada” o simplemente “edad materna avanzada”. A pesar de esta orientación, las principales sociedades científicas (SEGO y FIGO) continúan considerando los 35 años como el umbral para la edad avanzada en la gestación, lo que refleja la necesidad de equilibrar las tendencias sociales con los criterios médicos establecidos con relación a los riesgos asociados con el embarazo en edades más avanzadas (Abehsera et al., 2017). Esta aparente discrepancia entre las tendencias sociales y los criterios médicos refleja un desafío importante en el campo de la obstetricia. Por un lado, se reconoce la realidad social de la postergación de la maternidad; por otro, se mantienen los estándares médicos basados en la evidencia sobre los riesgos asociados con el embarazo en edades más avanzadas.

Importancia del tema

Los especialistas en obstetricia reconocen que la edad materna avanzada, cada vez más común, representa un riesgo significativo que puede conducir a múltiples complicaciones durante la gestación. A medida que las mujeres envejecen, es más probable que desarrollen condiciones médicas preexistentes, las cuales pueden interferir con el curso normal de la gestación (Maloney et al., 2021; Pinheiro et al., 2019). Así mismo, durante el desarrollo de la gestación, una EMA puede aumentar la prevalencia de; hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, alteraciones placentarias y crecimiento uterino retardado (Correa-De-Araujo y Yoon, 2021; Frick, 2021; Getaneh et al., 2021; Glick et al., 2021). Los resultados perinatales perjudiciales incluyen tasas más altas de anomalías cromosómicas, abortos espontáneos, parto prematuro, ingresos en el servicio de atención intensiva neonatal y muerte fetal (Frederiksen et al., 2018). Por todo ello creemos que estas mujeres necesitan intervenciones específicas, las cuales deberían centrarse en proporcionar una información precisa y basada en la evidencia, donde se abarquen todos los posibles riesgos que podrían ir asociados al desarrollo de un embarazo, parto y posparto seguro, el que, podríamos denominar también “cuarto trimestre” (Tully et al., 2017). Involucrar a estas mujeres en su propia atención de salud, incrementa su compromiso con el régimen terapéutico prescrito, promueve mejores desenlaces en salud (Berkman et al., 2011), modera el uso de recursos destinados a la atención médica urgente e intensifica la percepción de autoeficacia de las mujeres (Laurance et al., 2014). En este sentido, es preceptivo señalar que, a través de la alfabetización en salud (AS), la paciente puede lograr el empoderamiento necesario para el autocuidado (Málaga et al., 2019) si los profesionales sanitarios se enfocan en los conocimientos, las habilidades y competencias específicas que las mujeres embarazadas necesitan para participar en los servicios de atención médica maternal, a fin de lograr buenos resultados en el embarazo (Bello et al., 2022).

La AS es un concepto en evolución, que se ha expandido desde una simple comprensión de la información de salud a un significado integral de la salud, destinado a empoderar a los ciudadanos para una vida saludable (Sørensen et al., 2013). La alfabetización en salud materna (ASM), podemos entenderla como el conjunto de habilidades cognitivas y sociales, que determinan la motivación y la capacidad de las mujeres para acceder a comprender y utilizar la información, de manera que promuevan y mantengan su salud y la de sus hijos (Renkert y Nutbeam, 2001).

La asociación de la AS con los comportamientos y resultados de salud puede tener una importancia aún mayor en el embarazo que en otros entornos no obstétricos, porque el embarazo es un momento de rápida adquisición de

conocimientos, mayor demanda de cambios en el comportamiento de salud y necesidad intensiva de asesoramiento médico. El hecho de no lograr una salud óptima durante el embarazo puede alterar el perfil de riesgo para el individuo y la familia a lo largo del ciclo de vida (Yee et al., 2021a). Los resultados de investigaciones recientes confirman que la salud de un individuo se ve influenciada ya durante el período prenatal temprano. Las fuentes epigenéticas se refieren específicamente a la influencia preconcepcional que resulta entre la interacción existente entre genes y entorno (Barua y Junaid, 2015).

Los estudios han demostrado, que tener un bajo nivel de AS puede generar resultados contraproducentes para la salud y para la utilización de los servicios de salud. Un bajo nivel de AS se asocia con niveles más deficitarios en la utilización de los servicios preventivos, mayor uso de los servicios de emergencia, peor adherencia a los regímenes de medicación, peores resultados de salud y mayor riesgo de hospitalización (Berkman et al., 2011; Essam et al., 2022), pudiéndose incluso observar posibles empeoramientos de patologías asociadas al embarazo, como el manejo temprano de la preeclampsia o la diabetes gestacional (Corrarino, 2013; Yee et al., 2016). Al mismo tiempo, los bajos niveles de ASM se han asociado con falta de asesoramiento preconcepcional, retraso en el inicio de la atención prenatal y falta de visitas prenatales. Además, también se asoció con conductas inadecuadas de salud prenatal y peores resultados obstétricos y en el posparto (Poorman et al., 2014; Weiss et al., 2009). Así pues, aquellas mujeres con niveles preocupantes de ASM podrían aumentar el riesgo de finalizar su embarazo por vía abdominal (Yee et al., 2021), sufrir mayores niveles de estrés y depresión posparto (Bennett et al., 2007; Weiss et al., 2009), al igual que podrían presentar menor intención de inicio y mantenimiento de la lactancia materna (Stafford et al., 2021; Vila-Candel et al., 2024). Las mujeres embarazadas representan una población donde existe una necesidad creciente de niveles adecuados de AS, debido a la abundancia de información de salud que reciben durante este período (Nutbeam et al., 2018). El embarazo ha sido identificado como un momento oportuno para el cambio, ya que las mujeres durante esta época están muy motivadas para mejorar su salud y conseguir un resultado saludable para ella y su hijo. De hecho, el embarazo ha sido descrito como “un momento de enseñanza” en el que se podrían orientar intervenciones para mejorar la AS e incrementarlas a través de la interacción regular entre mujeres y el sistema de salud (Olander et al., 2018).

Evaluar con precisión de nivel de AS de un paciente es un desafío complejo. Con frecuencia los profesionales sanitarios sobrestiman los niveles de AS de los pacientes, y esto puede derivar en una atención inadecuada y, como consecuencia, un resultado de salud deficiente (Málaga et al., 2019). Hoy en día, existen varias herramientas estandarizadas y validadas para evaluar la AS, pero hasta la fecha, ninguna de ellas se considera la “gold standard”(Castro-Sánchez et al., 2016; Haun et al., 2014). En la

actualidad, existe cierta controversia en si se debe de aplicar o no un cribado rutinario de AS con fines clínicos (Castro-Sánchez et al., 2018), algunos autores recomiendan considerar a toda la población con un nivel bajo de AS (DeWalt y Hink, 2009), afirmando que el cribado rutinario de AS carece de beneficios y podría tener efectos no deseados. En cambio, diferentes colectivos profesionales abogan por un screening de AS para llegar a la mayor población posible y proporcionar información comprensible y accesible, independientemente del nivel de AS (Dickens, 2013).

Acciones globales de mejora

Las intervenciones para la mejora de la ASM podrían plantearse de una forma directa (proporcionando información adicional personalizada y adaptada al nivel de ASM) o indirecta (mejorando componentes socioeconómicos) y es probable que influyan en su nivel de ASM y amplíen la gama de intervenciones de investigación en ambos dominios. A pesar de la importancia de una atención óptima para las mujeres y embarazadas, persisten lagunas en la evidencia sobre la posible influencia de AS y las intervenciones destinadas a mitigar dichos déficits. Lo que se tiene claro, es que no existe una intervención única capaz de generar gran impacto en estos resultados, por el contrario, entendemos que es necesario una combinación de intervenciones aplicadas en distintos momentos durante el embarazo, el período posparto o el período neonatal para potenciar la calidad de la atención médica femenina (Vila-Candel et al., 2020). El objetivo de estos programas de intervención, no se puede reducir a la consecución de un mayor conocimiento de la gestante sobre su problema de salud, sino que lo que se pretende es que dicha gestante adquiera habilidades para identificar información que sea apropiada y precisa, lo que le permitirá tomar decisiones propias sobre la atención basada en dicha información, su entorno y habilidades. Si bien el aumento del conocimiento es importante y alentador, no refleja el desarrollo de habilidades personales y sociales que se ajusten a una comprensión contemporánea de la AS (Zibellini et al., 2021).

La AS puede mejorarse mediante un suministro de información, una comunicación eficaz y una educación estructurada (Nutbeam et al., 2018). Mejorar en las habilidades y herramientas de comunicación clínico-gestante es una competencia esencial para conseguir involucrar a las mujeres embarazadas de manera activa en una consejería de salud, haciendo que la información sea comprensible y permitiendo su participación al establecer metas conjuntas que mejorarán sus comportamientos en salud, generando un mayor empoderamiento de la mujer gestante. El empoderamiento está respaldado por un involucramiento proactivo de las mujeres en el asesoramiento y establecimiento de metas, lo que fortalecerá la autonomía, apoyará el cambio de comportamiento y, por lo tanto, obtendremos mejores resultados en salud (Nawabi et al., 2022). Sabemos que existe una correlación significativa entre la

AS y la edad, con el empoderamiento durante el embarazo (Tavananezhad et al., 2022).

Las intervenciones deben ser relevantes a nivel local, ajustadas para responder a las necesidades y creencias culturales (Melwani et al., 2022). Para garantizar un embarazo saludable en mujeres de edad avanzada, es fundamental transmitir una educación sanitaria adaptada a través de redes multidisciplinarias. Un asesoramiento personalizado es crucial para informar sobre los riesgos y complicaciones asociados con el embarazo tardío. Además, es fundamental resaltar la importancia de un estilo de vida saludable antes, durante y después del embarazo para promover el autocuidado y el desarrollo de habilidades esenciales para el establecimiento de una atención sanitaria materna óptima. Esto incluye la creación de sistemas de apoyo y entornos de cuidado, así como evaluaciones periódicas y un seguimiento personalizado. Estas estrategias permiten a las mujeres embarazadas de edad avanzada desarrollar las habilidades necesarias para un embarazo y parto seguros, lo que a su vez contribuye a resultados de salud maternos y neonatales deseables. Al mismo tiempo, es necesario desarrollar capacidades en los proveedores de salud que le permitan mejorar sus habilidades y conocimientos en materia de AS, para que puedan responder de una manera efectiva a las diversas fortalezas y limitaciones de las gestantes de edad avanzada que accedan a sus servicios.

Algunas de estas intervenciones pueden emplear tecnología digital, como mensajes de texto simples, aplicaciones móviles y sistemas basados en la web para brindar apoyo centrado en la persona, reforzando los mensajes de salud, conectando a los participantes con los servicios esenciales, brindando apoyo a largo plazo, mejorando la toma de decisiones informadas, superando barreras como el transporte y las limitaciones de tiempo (Melwani et al., 2022). Los resultados en investigación nos muestran que los programas de salud móvil pueden ayudar a las mujeres en la gestión del cambio (Overdijkink et al., 2018; Poorman et al., 2015), sin embargo, para mejorar su aceptación, utilización y eficacia, deben ser flexibles, fáciles de usar y culturalmente receptivos. Por lo tanto, es importante considerar el contexto local y las barreras para acceder a la tecnología, antes de utilizarlas para apoyar el cambio de comportamiento y mejorar los resultados en salud.

Al mismo tiempo y, estrechamente relacionada con la AS está la alfabetización en salud organizacional, que puede ser definida como la forma en que los servicios, organizaciones y sistemas hacen que la información y los recursos de salud estén disponibles y sean accesibles de acuerdo con las fortalezas y limitaciones de la AS (Bröder et al., 2018), así pues, toda organización sanitaria debería poder identificarse como una organización orientada a la AS. Las políticas de salud desempeñan un rol crucial en la implementación de los programas de AS. Estas políticas deben ser

coordinadas intersectorialmente (entre educación, la salud pública y los servicios médicos) y planificadas estratégicamente para ser efectivas (Navarro, 2021).

En resumen, podríamos decir que dirigir o implementar políticas efectivas de AS en mujeres gestantes de edad avanzada, requeriría reconocerla como un derecho, implementando planes de acción, promoviendo entornos saludables, empoderando a las gestantes, fortaleciendo habilidades en los profesionales sanitarios e involucrando a múltiples sectores en un esfuerzo coordinado.

REFERENCIAS

- Abehsera, M., Acebes, R., Aguilar, T., Alcázar, J., Aleman, M., y Alfonsin, M. (2017). *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)* (J. Arenas, J. Melchor, y L. Mercé, Eds.).
- Barua, S. y Junaid, M.A. (2015). Lifestyle, pregnancy and epigenetic effects. *Epigenomics*, 7(1), 85–102. doi:10.2217/epi.14.71
- Bello, C.B., Esan, D.T., Akerele, S.A., y Fadare, R.I. (2022). Maternal health literacy, utilisation of maternal healthcare services and pregnancy outcomes among newly delivered mothers: A cross-sectional study in Nigeria. *Public Health in Practice*, 3. doi:10.1016/j.puhip.2022.100266
- Bennett, I.M., Culhane, J.F., McCollum, K.F., Mathew, L., y Elo, I.T. (2007). Literacy and depressive symptomatology among pregnant Latinas with limited English proficiency. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 243–248. doi:10.1037/0002-9432.77.2.243
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K.N., Harden, E., Wallace, I., y Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, 199, 1–941.
- Bröder, J., Chang, P., Kickbusch, I., Levin-Zamir, D., McElhinney, E., Nutbeam, D., Okan, O., Osborne, R., Pelikan, J., Rootman, I., Rowlands, G., Nunes-Saboga, L., Simmons, R., Sørensen, K., Van den Broucke, S., Velardo, S., y Wills, J. (2018). IUHPE Position Statement on Health Literacy: a practical vision for a health literate world. *Global Health Promotion*, 25(4), 79–88. doi:10.1177/1757975918814421
- Castro-Sánchez, E., Chang, P.W.S., Vila-Candel, R., Escobedo, A.A., y Holmes, A.H. (2016). Health literacy and infectious diseases: Why does it matter? *International Journal of Infectious Diseases*, 43, 103–110. doi:10.1016/j.ijid.2015.12.019
- Castro-Sánchez, E., Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F.J., Navarro-Illana, E., y Díez-Domingo, J. (2018). Influence of health literacy on acceptance of influenza and pertussis vaccinations: A cross-sectional study among Spanish pregnant women. *BMJ Open*, 8(7). doi:10.1136/bmjopen-2018-022132
- Corrarino, J.E. (2013). Health Literacy and Women's Health: Challenges and Opportunities. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(3), 257–264. doi:10.1111/jmwh.12018
- Correa-De-Araujo, R. y Yoon, S.S. (2021). Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age. *Journal of Women's Health*, 30(2), 160–167. doi:10.1089/jwh.2020.8860
- DeWalt, D.A. y Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124(SUPPL. 3). doi:10.1542/peds.2009-1162B

Dickens, C. (2013). Health literacy and nursing: An update. *American Journal of Nursing*, 113(6), 52–58. doi:10.1097/01.NAJ.0000431271.83277.2f

Essam, N., Khafagy, M.A., y Alemam, D.S. (2022). Health literacy of pregnant women attending antenatal care clinics in Mansoura district, Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 97(1). doi:10.1186/s42506-022-00119-z

Frederiksen, L.E., Ernst, A., Brix, N., Lauridsen, L.L.B., Roos, L., Ramlau-Hansen, C.H., y Ekelund, C.K. (2018). Risk of adverse pregnancy outcomes at advanced maternal age. *Obstetrics and Gynecology*, 131(3), 457–463. doi:10.1097/AOG.0000000000002504

Frick, A.P. (2021). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics y Gynaecology*, 70, 92–100. doi:10.1016/J.BPOBGYN.2020.07.005

Getaneh, T., Asres, A., Hiyaru, T., y Lake, S. (2021). Adverse perinatal outcomes and its associated factors among adult and advanced maternal age pregnancy in Northwest Ethiopia. *Scientific Reports*, 11(1). doi:10.1038/s41598-021-93613-x

Glick, I., Kadish, E., y Rottenstreich, M. (2021). Management of pregnancy in women of advanced maternal age: Improving outcomes for mother and baby. *International Journal of Women's Health*, 13, 751–759. doi:10.2147/IJWH.S283216

Haun, J.N., Valerio, M.A., McCormack, L.A., Sørensen, K., y Paasche-Orlow, M.K. (2014). Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19, 302–333. doi:10.1080/10810730.2014.936571

Kawwass, J.F. y Badell, M.L. (2018). Maternal and Fetal Risk Associated With Assisted Reproductive Technology. *Obstetrics y Gynecology*, 132(3), 763–772. doi:10.1097/AOG.0000000000002786

Laurance, J., Henderson, S., Howitt, P.J., Matar, M., Al Kuwari, H., Edgman-Levitan, S., y Darzi, A. (2014). Patient engagement: Four case studies that highlight the potential for improved health outcomes and reduced costs. *Health Affairs*, 33(9), 1627–1634. doi:10.1377/hlthaff.2014.0375

Macías, H.L.G., Moguel, A., Iglesias, J., Bernárdez, I., Braverman, A., Macías, H.L.G., Moguel, A., Iglesias, J., Bernárdez, I., y Braverman, A. (2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(2). Grupo Ángeles, Servicios de Salud. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125&lng=es&synrm=isoytng=es

Málaga, G., Cuba-Fuentes, M.S., Rojas-Mezarin, L., Romero-Albin, Z., Hamb, A., y Paz-Soldán, V.A. (2019). Strategies to promote health literacy from primary care: a perspective that considers the realities of low and middle-income countries | Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos bajos y medios. *Anales de La Facultad de Medicina*, 80(3), 372–378. doi:10.15381/anales.803.16864

Maloney, S.I., Abresch, C., Grimm, B., Lyons, K., y Tibbits, M. (2021). Factors associated with giving birth at advanced maternal age in the United States. *Midwifery*, 98, 102975. doi:10.1016/J.MIDW.2021.102975

Melwani, S., Cleland, V., Patterson, K., y Nash, R. (2022). A scoping review: global health literacy interventions for pregnant women and mothers with young children. *Health Promotion International*, 37(2). doi:10.1093/heapro/daab047

Navarro, M.D. (2021). Alfabetización en salud en el sistema sanitario: objetivos y posibles actuaciones. *Innovación Educativa*. doi:10.15304/ie.31.7954

Nawabi, F., Krebs, F., Lorenz, L., Shukri, A., Alayli, A., y Stock, S. (2022). Health Literacy among Pregnant Women in a Lifestyle Intervention Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10). doi:10.3390/ijerph19105808

Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., y Stock, S. (2021). Health literacy in pregnant women: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). doi:10.3390/ijerph18073847

Nutbeam, D., McGill, B., y Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: A review of progress. *Health Promotion International*, 33(5), 901–911. doi:10.1093/heapro/dax015

Olander, E.K., Smith, D.M., y Darwin, Z. (2018). Health behaviour and pregnancy: a time for change. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 1–3. doi:10.1080/02646838.2018.1408965

Overdijkink, S.B., Velu, A.V., Rosman, A.N., van Beukering, M.D.M., Kok, M., y Steegers-Theunissen, R.P.M. (2018). The usability and effectiveness of mobile health technology-based lifestyle and medical intervention apps supporting health care during pregnancy: Systematic review. *JMIR MHealth and UHealth*, 6(4). doi:10.2196/mhealth.8834

Peteiro, L. (2022). Prevalencia e impacto de la edad materna avanzada en la morbimortalidad materna y perinatal en el Hospital Universitario de Lugo. *Universidade da Coruña*.

Pinheiro, R.L., Areia, A.L., Pinto, A.M., y Donato, H. (2019). Advanced maternal age: Adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta Medica Portuguesa*, 32(3), 219–226. doi:10.20344/amp.11057

Poorman, E., Gazmararian, J., Elon, L., y Parker, R. (2014). Is health literacy related to health behaviors and cell phone usage patterns among the text4baby target population? *Archives of Public Health*, 72(1). doi:10.1186/2049-3258-72-13

Poorman, E., Gazmararian, J., Parker, R.M., Yang, B., y Elon, L. (2015). Use of Text Messaging for Maternal and Infant Health: A Systematic Review of the Literature. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 969–989. doi:10.1007/s10995-014-1595-8

Renkert, S. y Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study. *Health Promotion International*, 16(4), 381–388. doi:10.1093/heapro/16.4.381

Shams, T., Gazzaz, T., Althobiti, K., Alghamdi, N., Bamarouf, W., Almarhoumi, L., y Alhashemi, H. (2021). Comparison of pregnancy outcomes between women of advanced maternal age (≥ 35 years) versus younger women in a tertiary care center in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 41(5), 274–279. doi:10.5144/0256-4947.2021.274

Solé, C. y Parella, S. (2004). «Nuevas» expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales «exitosas». *Revista Española de Sociología*, 4.

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Pelikan, J.M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R.H., y Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, *13*(1). doi:10.1186/1471-2458-13-948

Stafford, J.D., Goggins, E.R., Lathrop, E., y Haddad, L.B. (2021). Health Literacy and Associated Outcomes in the Postpartum Period at Grady Memorial Hospital. *Maternal and Child Health Journal*, *25*(4), 599–605. doi:10.1007/s10995-020-03030-1

Tavananezhad, N., Bolbanabad, A.M., Ghelichkhani, F., Effati-Daryani, F., y Mirghafourvand, M. (2022). The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1). doi:10.1186/s12884-022-04686-z

Tully, K.P., Stuebe, A.M., y Verbiest, S.B. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *217*(1), 37–41. doi:10.1016/j.ajog.2017.03.032

Vila-Candel, R., Martínez-Arnau, F.M., de la Cámara-De las Heras, J.M., Castro-Sánchez, E., y Pérez-Ros, P. (2020). Interventions to improve health among reproductive-age women of low health literacy: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(20), 1–17. doi:10.3390/ijerph17207405

Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F.J., Franco-Antonio, C., Garcia-Algar, O., Andreu-Fernandez, V., y Mena-Tudela, D. (2024). Factors Influencing Duration of Breastfeeding: Insights from a Prospective Study of Maternal Health Literacy and Obstetric Practices. *Nutrients*, *16*(5). doi:10.3390/nu16050690

Weiss, B.D., Sheehan, C.P., y Gushwa, L.L. (2009). Is low literacy a risk factor for symptoms of depression in postpartum women? *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, *54*(9), 563–568.

Yee, L.M., Niznik, C.M., y Simon, M.A. (2016). Examining the Role of Health Literacy in Optimizing the Care of Pregnant Women with Diabetes. *American Journal of Perinatology*, *33*(13), 1242–1249. doi:10.1055/s-0036-1584540

Yee, L.M., Silver, R., Haas, D.M., Parry, S., Mercer, B.M., Wing, D.A., Reddy, U., Saade, G.R., Simhan, H., y Grobman, W.A. (2021a). Association of Health Literacy among Nulliparous Individuals and Maternal and Neonatal Outcomes. *JAMA Network Open*, *4*(9). doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.22576

Yee, L.M., Silver, R., Haas, D.M., Parry, S., Mercer, B.M., Wing, D.A., Reddy, U., Saade, G.R., Simhan, H., y Grobman, W.A. (2021b). Association of Health Literacy among Nulliparous Individuals and Maternal and Neonatal Outcomes. *JAMA Network Open*, *4*(9). doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.22576

Zibellini, J., Muscat, D.M., Kizirian, N., y Gordon, A. (2021). Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. *Women and Birth*, *34*(2), 180–186. doi:10.1016/J.WOMBI.2020.01.010

CAPÍTULO 10

HEALTH LITERACY IN PREGNANT WOMEN: NEW INSIGHTS

EVARISTO IVÁN DE VICENTE DÍAZ* & MYRIAM ALVARIÑAS-VILLAVERDE**

**Universidade de Vigo; Hospital Álvaro Cunqueiro; Research group on education, physical activity and health (GIES10); Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO, Spain;*

***Universidade de Vigo; Research group on education, physical activity and health (GIES10); Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO, Spain*

INTRODUCTION

Health is a concept that has evolved and undergone numerous variations throughout history, always relating to the culture at any given time. It is a dynamic concept, evolving in parallel with social development. Today's health systems are increasingly focussing on their users, giving them a leading and active role in decision-making. It is therefore necessary for each individual to acquire all the knowledge and skills needed to: (a) cope with and understand the system, (b) optimise their management of health and disease, and (c) demonstrate the ability to use these tools effectively (Ferreira et al., 2019).

From this reorientation of health systems, it becomes more important to achieve adequate levels of health literacy in the population. According to Renkert and Nutbeam (2001), maternal Health Literacy (HL) can be defined as the set of cognitive and social skills that determine women's motivation and ability to access, understand and use information in a way that promotes and maintains their health and that of their children. Educational actions carried out from a primary care perspective provide an opportunity for women to address the lifestyle changes and expectations associated with pregnancy, childbirth and motherhood.

Information and knowledge are crucial for the adoption of healthy lifestyle behaviours. An inadequate level of HL is associated with an increased likelihood of having difficulties in processing medical information to care for one's own health (Sørensen et al., 2012) and is also associated with poor health outcomes (Duong et al., 2015) due to medication errors (Wolf et al., 2006) and/or poor understanding of diseases and treatments. In addition, people with limited HL make greater use of emergency systems, have longer hospital stays, have poorer health care outcomes and make less use of preventive systems than those with adequate health literacy (Berkman et al., 2011). An adequate level of HL is essential to identify symptoms that may develop into potential complications in pregnancy, childbirth and puerperium

and thus provide pregnant women with the acquisition of balanced lifestyle habits that lead to a successful motherhood (Ferreira et al., 2019).

Pregnancy and childbirth are the most important natural processes for almost all women of reproductive age. This process can be a vulnerable health situation (Nawabi et al., 2021); thus, pregnancy is often a woman's first contact with a complex health system, even for those with adequate levels of HL. This is critical, as a woman's health status and her understanding of medical information prior to pregnancy, during pregnancy and throughout the years of growth and development will directly affect her child (Ferguson, 2008).

Women with adequate levels of HL are known to receive earlier and more frequent prenatal care (Kohan et al., 2008), have fewer premature and low birth weight babies, have lower rates of neonatal death, as well as better rates of postpartum breastfeeding (Ohnishi et al., 2005). In fact, HL has been shown to be the only modifiable factor for breastfeeding self-efficacy (Wilheimova et al., 2015) and a protective factor for breastfeeding (Valero-Chillerón et al., 2021). Rates of utilisation of supplements needed in pregnancy for good foetal development may also be affected by HL levels. Women with adequate HL have been found to utilise iron and folic acid at higher rates than those with more limited HL levels (Cho et al., 2007; Shieh et al., 2009a). Pregnancy-associated conditions such as early management of pre-eclampsia, gestational diabetes or the use of required medication in pregnancy may even be worsened when HL levels are worse (Corrarino, 2013; Yee et al., 2016).

Recent research findings confirm that an individual's health is influenced already during the early prenatal period. Epigenetic sources refer specifically to the preconceptional influence resulting from the interaction between genes and environment (Barua & Junaid, 2015). Prenatally, the mother can positively or negatively determine the physical or mental health of her child or the possible conditions that may define her child's future health (Shieh et al., 2009a; Wilheimova et al., 2015).

Given the relevance of the topic, this study aims to analyse research on HL levels in pregnant women, looking at possible relationships with other influencing factors and exploring the latest developments in this area.

MATERIALS AND METHODS

Sources of information and search strategy

This review was designed based on the PRISMA methodology for systematic reviews (Moher et al., 2009; Urrútia and Bonfill, 2010). The search strategy was carried out using the equation "health literacy" AND pregnan*, so that information of interest could be found from the abstract of the publication, its title or keywords.

A literature search was conducted on January 2, 2024 in the Scopus database, which has the largest number of citations and abstracts of refereed literature.

Study selection and data extraction process

Once the search was conducted, inclusion criteria were used:

1. Regarding the time period of the search, documents published between 2012-2023 were taken into account.
2. Regarding the language of publication, we selected those studies that were written in Spanish, Portuguese, English or French.
3. The areas of knowledge most closely related to the research topic were covered: medicine; nursing; social sciences; environmental science; biochemistry, genetics, and molecular biology; multidisciplinary; health professions; psychology; pharmacology, toxicology, and pharmaceuticals; arts and humanities; and neuroscience.
4. In terms of source type, reviews and scientific articles were included.
5. In terms of accessibility, all records were taken into account, regardless of whether or not they initially appeared in full text in the database.
6. The participants were pregnant women without specific pathologies, irrespective of their gestational age.
7. The studies had to be quantitative in nature, with data collection mainly through scales or questionnaires.
8. The studies had to include the assessment of women's level of SA with a validated tool.

Other areas of women's health were not taken into consideration.

The first step in selecting the studies was to read the title and abstract of each paper, choosing those papers that were relevant to the study topic. Then, the full text of these papers was read, confirming whether or not they should be part of the review work. The whole process was carried out by two researchers and supervised by a third who was in charge of reviewing the search method and checking the material excluded from the sample, corroborating that the criteria applied were coherent with the aims of the study. From the reading of the final texts selected, the most relevant data were extracted for subsequent analysis.

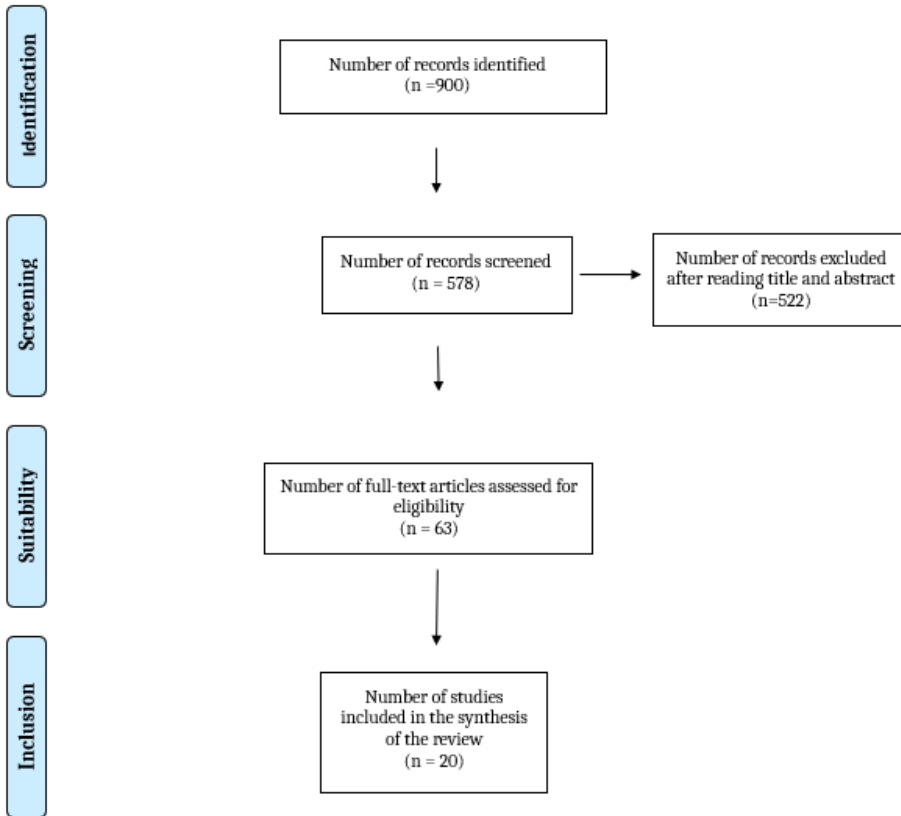
Given the variety of measurement tools found and that each of them used different terms for the different levels of SA that can be achieved, it was decided to unify these terms into three subscales, following Nawabi et al. (2021). Limited HL included terms defining it as limited, inadequate, insufficient, low or extremely low; marginal HL included terms defining it as marginal or average; and finally, adequate HL was used for terms such as adequate, excellent, sufficient or high.

RESULTS

Results of the selection of studies

Figure 1 shows the flow chart used for study selection. A total of 900 articles were identified. Subsequently, titles and abstracts were examined to ensure that they met the established selection criteria, and 578 documents were selected. Following the title and abstract reading, 522 were eliminated, leaving 63 articles to be read and assessed in full. Finally, 20 final articles were selected for this review (Figure 1).

Figure 1. PRISMA flowchart of the realised search strategy



General characteristics of the studies

The studies were carried out in different countries (Table 1): six in Turkey, five in Iran, three in the USA, and studies were found in Qatar, Brazil, Ireland, Netherlands and Canada; finally, one study was carried out internationally, including several countries.

Sixteen of the selected studies were published in the last six years (14 of them between 2020 and 2023). All papers were of a cross-sectional design.

In terms of sample size, we found studies ranging from n=86 to n=9341. The selection of the sample was mostly by convenience, which is usual in this type of research with such a particular group of participants. There were two studies where the sample was formed from a web survey (Delanoë et al., 2016; Lupattelli et al., 2014). Cluster sampling (Tavananezhad et al., 2022), simple randomisation (Eslami et al., 2022) and multi-stage sampling (Eslami et al., 2023) were also used.

In almost all of the selected papers the women were older than 18 years, without previous pathologies or at risk of having them and, in general, without restriction in relation to their gestational age, although with some exceptions; for example, Delanoë et al. (2016) set it at 16 weeks, Hakkak et al. (2019) at nine, Eslami et al. (2022, 2023) between 12 and 18 or You et al. (2012) between 18 and 40.

Table 1. Studies design characteristics

Author(s), year	Country	Type of design	Sample	Inclusion criteria	Sampling
(Eslami et al., 2023)	Iran	Transversal	235	Pregnant women aged between 18 and 42 years. First pregnancy. No urinary tract infection. No hospitalisation in the last 3 months. Gestational age between 12-18 weeks. No diabetes, no kidney disease, no high blood pressure.	Multi-stage sampling
Van Prooyen et al., 2023)	Netherlands	Transversal	219	Pregnant women who declined NIPT (noninvasive prenatal testing). Primarily located in or near socioeconomically disadvantaged neighborhoods.	Convenience
(Aba et al., 2022)	Turkey	Transversal	441	Voluntary pregnant women with language skills in Turkish. Not hearing/visual impaired.	Convenience

Table 1. Studies design characteristics (continued)

Author(s), year	Country	Type of design	Sample	Inclusion criteria	Sampling
(Eslami et al., 2022)	Iran	Transversal	238	First pregnancy. No urinary tract infection. Gestational age between 12-18 weeks. Literate in Iranian. Maternal age between 20-45 years. No hospitalisation in the last 3 months. No antibiotic or immunosuppressive treatment, no diabetes, no renal disease and no HTN.	Simple randomisation
(Nazan & Nese, 2022)	Turkey	Transversal	417	Pregnant volunteers who can read and write Turkish. No visual or hearing impairment.	Convenience
(Tavananezhad et al., 2022)	Iran	Transversal	353	Pregnant women who volunteered for the study, who did not have a mental disability to respond to the study.	Convenience
(Tugut et al., 2021)	Turkey	Transversal	109	Female volunteers who are primary school graduates or higher, proficient in Turkish.	Convenience
(Lynn et al., 2021)	EEUU	Transversal	9341	Healthy singleton gestation. Gestational age 6-13+6 weeks. No previous pregnancy greater than 20 weeks. No complicated current pregnancy. No artificial insemination techniques.	Convenience
(Yazici & Aktaş, 2021)	Turkey	Transversal	384	Pregnant women with primary education in Turkish. Over 20 years of age. Gestational age >20 weeks. No hearing/vision or psychiatric disorders.	Convenience
(Naja et al., 2021)	Qatar	Transversal	304	Pregnant women attending antenatal centre. 18-49 years old. English/Arabic speaking.	Convenience
(Guler et al., 2021)	Turkey	Transversal	460	Pregnant women attending training and research hospital.	Convenience

Table 1. Studies design characteristics (continued)

Author(s), year	Country	Type of design	Sample	Inclusion criteria	Sampling
(França et al., 2020)	Brazil	Transversal	86	Adolescent (13-18 years) and adult (23-28 years) pregnant women. Not diagnosed with psychiatric illness, previous chronic illness or during the first prenatal visit.	Convenience
(Asadi et al., 2020)	Iran	Transversal	130	Primigravid or multigestational pregnant women, with Iranian citizenship, with medical records for prenatal care and health area to be investigated.	Convenience
(Sahin et al., 2020)	Turkey	Transversal	326	Pregnant women over 18 years of age who can read and write Turkish.	Convenience
(Hakkak et al., 2019)	Iran	Transversal	394	Pregnant women with reading and writing skills, with access to their medical records and contact number. Exclusion criteria, pregnant women working in health centres, >9 months of gestation or gestational pathology.	Convenience
(Sheinis et al., 2018)	Canada	Transversal	218	English-speaking primiparous pregnant women, from a reference centre, attending an antenatal consultation in a low-risk obstetric clinic. Non-pregnant women of the principal investigator.	Convenience

Table 1. Studies design characteristics (continued)

Author(s), year	Country	Type of design	Sample	Inclusion criteria	Sampling
(Delanoë et al., 2016)	EEUU	Transversal	346	Pregnant women > 18 years old, > 16 weeks gestation, without risk pregnancy and with the decision already taken for prenatal screening for the current pregnancy.	WEB Survey
(Lupattelli et al., 2014)	International	Transversal	4999	Pregnant women of any gestational age.	WEB Survey
(Duggan et al., 2014)	Ireland	Transversal	404	Pregnant women attending the referral maternity clinic, fluent in English and without visual or hearing impairment.	Convenience
(You et al., 2012)	EEUU	Transversal	110	Pregnant women ≥ 18 years old. Gestational age between 18-40 weeks. Fluent English speaking. No visual/hearing difficulties.	Convenience

A wide variety of measurement instruments were used (Table 2). Two studies used the Newest Vital Sing (NVS) for the measurement of HL. Six, the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU), either in its 47-item, 32-item or 25-item version, as is the case in the Turkish version, the Turkish Health Literacy Scale (THLS 32 or THLS 25). The Short Assessment of Health Literacy Adults (SAHLA) was used in its Portuguese version with 18 items (SAHLPA-18). The Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine (REALM) was used in its long form in one study and in its short form (REALM-SF) in another. Two papers included the Health Literacy for Iranian Adults (HELIA). In three, the measurement instrument was the Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA), either in long or short form (S-TOFHLA). Other instruments were the Test of Functional Health Literacy in Adults (TFHLA) and the Brief Health Literacy Screening (BHLS), used alone or in combination with the S-TOFHLA. Finally, one paper used the question: 'You are sometimes asked to complete medical forms. Do you think that you complete them properly or do you have doubts?' HL was classified as 'Inadequate' when respondents answered 'Sometimes I think I complete forms properly, sometimes I have doubts', or 'I often doubt whether I have completed forms properly' or 'I always doubt whether I have completed forms properly'.

Table 2. Instruments

Instrument	Description	Classification
NVS (Weiss et al., 2005)	Instrument that includes 6 questions related to the nutritional label of an ice cream. Each correct answer to the items is one point. Total score 6.	0-1 0-1 High probability of knowledge limited HL 2-3 Possible limited HL 4-6 Adequate HL
TOFHLA (Parker et al., 1995)	Instrument that uses the measurement of reading comprehension and numeracy by means of medical recommendations and texts. Maximum score 100.	0-59 Insufficient HL 60-74 Limited HL 75-100 Adequate HL
HLS-EU-47 (Sørensen et al., 2013)	Instrument of 47 questions based on health care, disease prevention and health promotion, assessing the ability to access, understand, process and apply health information. Total score 50.	0-33 Limited HL >33-42 sufficient HL >42-50 excellent HL
HELIA (Montazeri et al., 2014)	Instrument of 33 questions related to medical processes, including dimensions of reading, information access, comprehension, evaluation and decision-making. Total score 100.	0-50 inadequate HL 50,1-66 Somewhat inadequate HL 66,1-84 Sufficient HL 84,1-100 adequate HL
HLS-25 (Toci et al., 2013)	Instrument of 25 questions based on health care, disease prevention and health promotion, assessing skills in accessing, understanding, processing and applying health information. Total score 125.	Scale of 25-125 (without categorisation of HL)
REALM-SF (Arozullah et al., 2007)	Instrument measuring reading of 7 words. Total score 7.	0≤ to 3 grade 1-3 4th-6th grade 4-7 7th-8th grade ≥7 9th grade
THLS 32 (Okuyay et al., 2015)	32-question instrument based on health care, disease prevention and health promotion, assessing skills in accessing, understanding, processing and applying health information. Total score 50.	0-25 inadequate HL 26-33 problematic or limited HL 34-42 adequate HL 43-50 excellent HL
SAHLpA-18 (Apolinario et al., 2012)	It consists of 18 words of medical terminology on a number of sheets, each sheet presents the medical word at the top and two possible options for association at the bottom, which would be the key and a distractor. Total score 18.	0-14 inadequate HL 15-18 adequate HL
S-TOFHLA (Baker et al., 1999)	Instrument that uses the measurement of reading comprehension by means of texts to be completed in blank spaces between 4 options of a medical nature. Total score 36.	0-16 Inadequate HL 17-22 marginal HL 23-36 adequate HL
BHLS (Chew et al., 2004)	Instrument consisting of three questions on forms and medical information. Total score 12.	0-5 limited HL 6-9 marginal HL 10-12 adequate HL
REALM (Davis et al., 1993)	Instrument that measures the reading and oral recognition of 66 medical terms. Each correctly pronounced word is worth one point. Total score 66.	0-44 Limited HL (6th grade or <) 45-60 Marginal HL (7th to 8th degree) 61-66 adequate HL (> to grade 9)

Health Literacy Levels

The different studies in this review showed varying results regarding the levels of HL achieved by pregnant women (Table 3).

Several studies placed their sample at a limited HL, greater than 50%. Specifically, Van Prooyen et al. (2023) by means of their specific questionnaire reported 88,1% of limited HL. Yazici and Aktaş (2021) found, using the THLS-25, values of 87.5% limited HL. Similarly, Eser and Çelik (2022), using HLS-47, found levels of 81%. França et al. (2020), using the SAHLPA-18, reported that 73.3% were at limited HL levels (95.1% in adolescents and 53.3% in adults). Similarly, Guler et al. (2021), using the THLS-32, obtained a limited SA of 66.1%. Also, Eslami et al. (2022, 2023) reported 53.6%, based on the TOFHLA. On the other hand, Lupattelli et al. (2014) found similar limited HL figures after application of the BHLS (SBSQ) with values of 45.5% of the total sample and Naja et al. (2021) with values of 32.9% through the NVS.

Conversely, the lowest figures for limited HL were reported by Yee et al. (2021) with 17.5%; Duggan et al. (2014) with 15.3%; You et al. (2012) with 7.5% and Hakkak et al. (2019) who reported that only 1.8% of women had limited HL. These studies provide figures of adequate HL around 84-98% through instruments such as REALM, S- REALM, HELIA and S-TOFHLA.

Analysing the mean scores provided by some of the instruments, quite adequate HL values were found. Thus, Sheinis et al. (2018), with the NVS instrument, observed that the mean obtained by their sample in women under 35 years of age was 4.5 and 4.7 in those over 35 years of age. Therefore, all the women in this study were above an adequate HL. Also, the study by Delanoë et al. (2016) showed, after application of the S-TOFHLA, a median of 36 (36/36) and after use of the BHLS (3HLQ) a median of 10/12, reporting adequate AS levels in the participating women. Similarly, Tavananezhad et al. (2022) obtained an overall mean of 80.03 through the HELIA and, through the HLS-25, Tugut et al. (2022) a mean of 90.96 and Aba et al. (2022) a mean of 106.6. Along the same lines, the study by Sahin et al. (2020), using the HLS-25 as an instrument, established acceptable HL levels for all age ranges except for women aged 25-29 years; these authors highlighted that this cohort had significantly lower levels of HL, with a mean of 68.02 compared to the rest of the age cohorts established.

Only the research by Asadi et al. (2020), using the TFHLA as a measurement instrument, reported marginal HL levels with a mean of 74.09.

Table 3. Results

Author(s), year	Measuring instrument	Results in AS	Other results
(Eslami et al., 2023)	TOFHLA	53.6% Limited HL 30% marginal HL 16.4% adequate HL	Women with higher education and income significantly ($p < 0.05$) showed better HL than women who have lower levels of education and income. HL was positively and significantly correlated with self-efficacy and preventive behaviors of UTI.
Van Prooyen et al., 2023)	Questionnaire (TRIDENT-2 study)	88,1% Limited HL 11,9% adequate HL	Knowledge of Edwards' and Patau's syndrome and noninvasive prenatal testing (NIPT) lower in women with inadequate HL. Women with inadequate HL did not have NIPT due to costs more often.
(Aba et al., 2022)	HLS-25	Average total HL score: $106,6 \pm 14,01$ (range 25-125)	A statistically significant relationship was found between HL scores and educational level, occupational status, planned pregnancy and number of previous pregnancies ($p < 0.01$), but not between the degree of HL and age groups or weeks of gestation ($p > 0.05$). An increase in the level of SA in pregnant women has a positive effect on the pattern of medication consumption.
(Eslami et al., 2022)	TOFHLA	53.6% Limited HL 30% marginal HL 16.4% adequate HL	No significant relationship was found between HL and socio-demographic characteristics of the pregnant women, such as education, education of the spouse or income. There was a significant relationship between HL and urinary tract infection preventive behaviours ($p = 0.001, r = 0.959$).
(Eser & Çelik, 2022)	HLS-EU-47	81% Limited HL 19% adequate HL	Pregnant women with higher HL were those with higher educational level ($p < .0001$), primiparous ($p < .002$), employed ($p < .003$) and living in nuclear families ($p < .041$). This study shows a significant relationship between HL and rational use of medication.
(Tavananezhad et al., 2022)	HELIA	Average total HL score: $80,03 \pm 12,79$ (range 0-100)	Higher mean HL scores were obtained in pregnant women with higher education, higher education of the spouse, with more than two children, no history of illness in pregnancy and no history of infertility.
Tugut et al., (2021)	HLS-25	Mean total HL score: $90,96 \pm 14,16$ (range 25-125)	There was a significant relationship between HL levels and their perception of health ($r = 0.492, p < 0.05$). Pregnant women with higher HL had: higher education, greater economic power, an inter-gestational period > 24 months, perceived pregnancy as pleasant, wanted to breastfeed for 12-18 months and used modern contraception at discharge.

Table 3. Results (continued)

Author(s), year	Measuring instrument	Results in AS	Other results
(Yee et al., 2021)	REALM-SF	17,5% limited HL	Women with low HL were at increased risk of caesarean section for: perineal laceration, low birth weight, small for gestational age and APGAR < 4 at 5 minutes. No significant differences were found between HL levels for: gestational diabetes, postpartum haemorrhage, fetal macrosomia or preterm delivery. Establishes HL as a risk marker.
(Yazici & Aktaş, 2021)	THLS-25	87.5% limited HL 12.5% adequate HL	There is a negative association between pregnant women's HL levels and their perception of traumatic childbirth. The three most common sources of information for pregnant women were: health personnel, internet and family/friends.
(Naja et al., 2021)	NVS	54,6% adequate HL 32,9% limited HL	Gestational age, unplanned pregnancies, alcohol and smoking showed no significant association with HL levels.
(Guler et al., 2021)	THLS 32	33,9% adequate HL 66,1% limited HL	No significant differences were found between: age groups, previous education, family income, family type, history of physician-diagnosed illness requiring ongoing treatment and history of gynaecological disease.
(França et al., 2020)	SAHLPA-18	73,3% limited HL (95,1% in adolescents and 53,3% in adults). 26,7% adequate HL	Worse HL outcomes for adolescent girls, low educational attainment, state welfare recipients and low social support.
(Asadi et al., 2020)	TFHLA	Average HL score: 74.09, corresponding with a marginal HL	Lower mean HL scores in younger women, those with less education, housewives. Women with higher HL scores showed more pre-pregnancy counselling and appropriate inter-gestational period (> 3 years).
(Sahin et al., 2020)	HLS-EU-Q25	Average HL score: 18-24 years old 77,95 (SD=31,5) 25-29 years old 68,02 (SD=31,5) 30-34 years old 79,56 (SD=26,1) >35 years old 72,58 (SD 28,5)	No significant relationship between HL and educational level. Lower HL scores in young, employed and insured women. Relationship between higher HL and pregnancy planning, use of medication during pregnancy, and greater health responsibility and healthy lifestyle. Perception of teratogenic risk decreases as HL increases.

Table 3. Results (continued)

Author(s), year	Measuring instrument	Results in AS	Other results
(Hakkak et al., 2019)	HELIA	98,2% adequate HL 1,8% limited HL	Higher levels of HL in young ($p=0.02$), but not significantly ($p=0.06$) employed women. The results showed that the HL of women with different educational backgrounds was significantly different ($p<0.001$). ($p<0,001$). > Sources of health information: medical staff 44.41%, and internet 16.75%.

Other results obtained

The analysis allowed us to describe various relationships between HL levels and other variables of interest. The most relevant results are shown in Table 3. In general, the findings showed that HL was closely related to age, in the sense that younger women had worse levels of HL (Asadi et al., 2020; Duggan et al., 2014; França et al., 2020; Sahin et al., 2020). However, in works such as Aba et al. (2022) and Guler et al. (2021), no significant differences between age groups were found. Conversely, Hakkak et al. (2019) found that younger women had the best HL in their research.

Similar is true for the educational levels attained by women in their life course: in general, pregnant women with higher levels of education have better HL (Aba et al., 2022; Asadi et al., 2020; Eser & Çelik, 2022; França et al., 2020; Hakkak et al., 2019; Tugut et al., 2021;). However, Eslami et al. (2022), Guler et al. (2021) and Sahin et al. (2020) found no such relationship with previous education or educational level of the pregnant women.

Similarly, relationships were found between the type of work performed and HL, with lower scores for housewives (Asadi et al., 2020) and higher scores for employed women (Eser & Çelik, 2022) or women with a more privileged occupational status (Aba et al., 2022).

As for data on income and its relationship with HL, the data are not conclusive. In works such as Eslami et al. (2022) or Guler et al. (2021), no significant findings were obtained in this regard. However, Tugut et al. (2021) showed that HL scores were better if economic power was higher and França et al. (2020) associated worse HL outcomes with insufficient income for basic needs. Eslami et al. (2023) found that women with higher education and income showed health literacy than women who have lower levels of education and income.

In relation to risk perception, Sheinis et al. (2018) found that HL was positively correlated with knowledge of maternal age risk and age-related infertility risk. Also, Yazici and Aktaş (2021) found a negative association between levels of HL and perception of traumatic childbirth. On the other hand, the work of Delanoë et al. (2016) concluded that HL level did not determine women's decision to undergo

screening for Down's syndrome. However, Van Prooyen et al., 2023) did find that HL was related to knowledge of various prenatal tests.

A positive relationship was also demonstrated between healthier behaviours and acceptable levels of HL: urinary tract infection preventive behaviours (Eslami et al., 2022; 2023); the use of modern contraceptive methods (Tugut et al., 2022); self-efficacy (Eslami et al., 2023); increased health responsibility and adoption of a healthy lifestyle (Sahin et al., 2020); or decreased abuse or use of harmful substances such as smoking during pregnancy and having unplanned pregnancies (Lupattelli et al., 2014).

An optimal level of HL also determined a lower risk perception for the use of medicines (Sahin et al., 2020) and a pattern of their adequate consumption (Aba et al., 2022; Eser and Çelik, 2022). Also, women with low levels of HL were more likely to be non-compliant with prescribed medications (Lupattelli et al., 2014) and had stronger beliefs that these could cause harm during the gestational period (Duggan et al., 2014).

Finally, in reference to the main means used by pregnant women to acquire information about their pregnancy process, Hakkak et al. (2019) indicated that the women in their study obtained it mostly from their health care provider and as a second option by using the internet.

Sheinis et al. (2018) found that women obtained information about their gestational process primarily through the internet and secondarily through their health care provider. Finally, Yazici and Aktaş (2021) identified three main sources: healthcare providers, the internet and family/friends.

DISCUSSION

The present research aimed to analyse recent work on HL in pregnant women, looking at literacy levels and the relationships between HL and other potentially influential variables.

Most studies report fairly adequate levels of HL; however, we cannot ignore the fact that most of them originate from societies with medium or upper-middle socio-economic characteristics and with economic resources that allow them to support acceptable health systems. This may also lead us to think that the characteristics of the participating women are of a social and economic level that is not comparable with samples drawn from other studies in which not all the circumstances described above are present (França et al., 2020; Guler et al., 2021). In fact, very good levels of HL have been found in countries such as Ireland, Canada or the USA, compared to lower levels in countries such as Brazil or Turkey. In any case, we consider that this is not a single determining factor and that in addition to the country, it is quite possible that the specific area of the country and the specific characteristics of the pregnant women

affect the HL. If we take into account that in this research most of the studies are from Iran and Turkey, higher and lower values can be seen in studies belonging to the same country.

Even so, significantly high levels of limited HL can be observed in some studies, ranging from 60-90%, which are really alarming (Eser & Çelik, 2022; França et al., 2020; Guler et al., 2021; Yazici and Aktaş, 2021). This fact is very worrying for the correct development of the gestational process of the woman and her offspring.

This work allowed us to observe the existence of different instruments in the measurement of HL. This is an element to be taken into account, as it could be related to possible variations in obtaining the different levels found, although in all the studies the measurement systems have been measured, tested and validated. Firstly, instruments such as the NVS, THLS-32, TOFHLA, REALM, TFHLA or the HELIA measure HL in an objective way, whereas instruments such as the HLS-EU or the BHLS obtain their results in a subjective way; therefore, instruments may vary in the way they transform the concept of HL into a measurable construct (Fan et al., 2021). Even within the same instruments used in an objective manner, the cognitive abilities that each instrument uses to measure HL may vary. For example, one of the most commonly used is the NVS, which uses reading and arithmetic skills; the S-TOFHLA measures it by filling in a series of blanks from a selected text; the REALM, through a reading and oral recognition test (Nawabi et al., 2021).

Another important fact that stands out in the scientific literature and that can also be applied to this work when analysing the measurement instruments is the final way of quantifying the different levels of HL. Most works quantify it in three degrees: "high", "medium" and "low" (Castro-Sánchez et al., 2018; Hakkak et al., 2019; Phommachanh et al., 2021; Stafford et al., 2021; Valero-Chillerón et al., 2021). Others do so using two cohort points: "high" and "low" (Castro-Sánchez et al., 2018; Duggan et al., 2014; França et al., 2020; Guler et al., 2021; Lupattelli et al., 2014; Naja et al., 2021; Valero-Chillerón et al., 2021; Vila-Candel et al., 2020). Some give other measurement data as average scores (Asadi et al., 2020; Castro-Sánchez et al., 2018; Delanoë et al., 2016; Sahin et al., 2021; Sheinis et al., 2018) and others only inform us of limited AS (Yee et al., 2017; 2021).

Age, education and income are the most common demographics associated with low HL and links have been found between one or more of these variables and HL. Thus, in this review we can see studies that establish an association between lower maternal age and limited HL (Asadi et al., 2020; Duggan et al., 2014; França et al., 2020; Sahin et al., 2020). On the other hand, in other studies involving different age groups, no such differences have been found (Aba et al., 2022; Guler et al., 2021). In contrast, Hakkak et al. (2019) found that younger women had higher HL scores, which is similar to a recent review published by Maricic et al. (2021), describing the socio-

demographic characteristics of the Serbian population, reproductive health behaviours and HL in women, and reporting that those who have achieved higher levels of HL are young women.

The educational levels found in the studies vary widely, but there seems to be a fairly strong relationship between higher educational attainment and higher HL attainment (Aba et al., 2022; Asadi et al., 2020; Eser & Çelik, 2022; França et al., 2020; Hakkak et al., 2019; Tugut et al., 2021). This is corroborated by other recent work (Castro-Sánchez et al., 2018; Hakkak et al., 2019; Maricic et al., 2021; Stafford et al., 2021; Vila-Candel et al., 2020; Yee et al., 2017). Also, education has been found to be positively correlated with knowledge of the risks of advanced maternal age (Sheinis et al., 2018) and pregnant women who have dropped out of formal education at the secondary level have worse levels of SA (Dugan et al., 2014).

In contrast, Eslami et al. (2022) and Sahin et al. (2020) do not find this association. Neither do Guler et al. (2021), as they find no relationship between age and education groups and the levels of HL achieved in their sample. In this sense, according to Berkman et al. (2010), although people may have similar levels of education, their reading, writing, comprehension and computer skills may be different. For this reason, it is argued that when assessing people on health issues, the level of HL rather than the level of education should be taken into account. A high level of education alone does not translate into adequate levels of health literacy (Lupatelli et al., 2014) and would not be sufficient to prepare pregnant women for events that occur during gestation (Yee et al., 2014). Therefore, HL-sensitive interventions during pregnancy could be beneficial for all pregnant women, regardless of their education and HL levels (Yee et al., 2014).

Another variable used is the type of work performed or women's occupation. Higher literacy rates are obtained for those who were employed or with a more privileged occupational status (Aba et al., 2022; Eser and Çelik, 2022) and yet low values are found for housewives (Asadi et al., 2020).

With regard to income, the findings are not conclusive, as some research has established relationships with the level of HL (França et al., 2020; Tugut et al., 2021). Thus, women with a more suboptimal HL profile, who receive social assistance from the state, with low social support (França et al., 2020) or who live in more rural environments (Phommachanh et al., 2021) may be more at risk in their pregnancy process. This may be due to less counselling along the way, as well as an inappropriate gestational inter-gestational period (Asadi et al., 2020) and less health responsibility and healthy lifestyle (Sahin et al., 2020). However, other work has not been able to corroborate these associations of HL with income level (Eslami et al., 2022; Guler et al., 2021).

Other factors worth describing relate to health-related perceptions and behaviours in pregnant women. A negative association between risk perceptions and HL has been demonstrated: Sahin et al. (2020) test it in relation to the perception of teratogenic risk related to antidepressant use and vaccination, and Yazici and Aktaş (2021) in relation to the perception of traumatic childbirth. In addition, the study by Duggan et al. (2014) indicates the existence of stronger beliefs that medication may cause harm during pregnancy. Lupattelli et al. (2014) also relate low HL to increased risk perception of negative beliefs about medication use during pregnancy. In this regard, research by Hämeen-Anttila et al. (2015) details that women with lower levels of HL express a greater desire to seek more information about medication use during their pregnancy, compared to women with adequate health literacy.

Higher levels of HL are also positively associated with certain knowledge or healthy perceptions: Sheinis et al. (2018) establish a positive relationship between literacy and knowledge of infertility risks and maternal age. Similarly, Tugut et al. (2021) find significant relationships with perceived health, perceptions of pregnancy as pleasant and desire to breastfeed. However, (You et al., 2012) could not establish a relationship between the likelihood of answering questions about pre-eclampsia incorrectly and low HL.

Similarly, having acceptable levels of HL implies healthier behaviours: Aba et al. (2022) and Eser and Çelik (2022), for example, link it to better patterns of appropriate medication consumption. Sahin et al. (2020) indicate greater health responsibility, better pregnancy planning and adoption of a healthier lifestyle. Eslami et al. (2022, 2023) note behaviours related to the prevention of urinary tract infections and Asadi et al. (2020) report increased pre-pregnancy counselling.

Conversely, low levels of HL are linked to having unplanned pregnancies, non-compliance with the prescribed therapeutic regimen and increased likelihood of smoking during the gestation period (Lupattelli et al., 2014); however, in the study by Naja et al. (2021), no such relationship is found between the use of intoxicants such as tobacco or alcohol and different levels of HL. In the same line of argument, other studies have shown that women with inadequate HL have higher rates of smoking (Smedberg et al., 2014; Vila-Candel et al., 2020), although among women who smoke during pregnancy there are no differences in the amount according to their HL level (Smedberg et al., 2014).

In terms of maternal and neonatal outcomes, the study by Yee et al. (2021) associates low HL with increased risk of caesarean section or lower birth weight, establishing HL as a risk marker.

Undoubtedly, the level of HL can significantly determine the reproductive health behaviours of mothers (Maricic et al., 2021). The scientific literature has shown that women with lower levels of HL have less knowledge about the use and mechanism of

action of contraceptives (Gossett et al., 2013; Yee & Simon, 2014), which is associated with less knowledge about the timing of a woman's fertility (Gazmararian et al., 1999) and the implications of ageing on fertility (Gossett et al., 2013). It may also lead to earlier sexual debut in women, which may be associated with an increased risk of contracting sexually transmitted diseases (Rutherford et al., 2006). All of these factors can lead to an increased risk of unintended pregnancy (Endres et al., 2004; Shieh et al., 2009b). Endres et al. (2004) found that women with lower levels of HL had higher hospitalisations during pregnancy than those with more adequate levels of HL. This could perhaps be due to the association with poorer self-care knowledge during pregnancy (Shieh et al., 2009b).

Inadequate HL is also associated with higher risk of postpartum depression (Bennett et al., 2007; Weiss et al., 2009) and lower intention to initiate exclusive breastfeeding (Stafford et al., 2021); there are also lower rates of breastfeeding maintenance at two months (Kaufman et al., 2001).

Given all this evidence, there is no doubt that HL in women can significantly affect all spheres of their reproductive health. In this regard, the adoption of clear and effective communication by different health care providers is of particular relevance. Women with a low level of HL may be overwhelmed by the amount of information available, as well as by commonly used medical jargon or complex explanations. It has been documented that informed consents are often beyond the reading ability and HL level of the average person. This is why a clear communication policy should be adopted with all women, centred on the patient, with confirmation of good understanding on her part and reinforcement of information (Corrarino, 2013).

Limitations

The results of this review should be considered with certain limitations. It should be noted that most of the studies analysed use convenience sampling, which may undermine external validity. In fact, some of the selected studies already indicate that their sample may not be representative, either because of the sample size, the selection method or even the criteria for inclusion in the study.

Moreover, as already mentioned in previous paragraphs, the HL has been compared using different measurement instruments, which implies a bias that must be taken into account. Also, the cultural and geographical context implies an important bias, so that the analysis of the studies has to take this aspect into account.

CONCLUSIONS

The results of this review show widely varying levels of HL and in most studies these levels are adequate. The limited HL levels observed in some of the studies are worrying, given the relationships with other health factors. In this sense, it seems

urgent, especially in these cases, to implement specific actions to reverse this situation.

Variables such as age, income level and educational level have been related to HL levels in pregnant women. The findings are not conclusive; therefore, it is necessary to continue studying these types of factors and gradually determine their level of influence, always contextualised in the specific area of study.

The type of work performed was found to be related to HL, with "higher status" occupations being associated with higher levels of literacy. Similarly, certain healthy perceptions, knowledge and behaviours were also positively associated with adequate HL and unhealthy ones with limited HL.

It would be desirable to know in future research the levels of HL of pregnant women from other countries in the world, as it has been noted that such studies are not currently carried out in other areas and that those carried out in Turkey, Iran and the USA are particularly noteworthy. Furthermore, it is suggested not only that research on general HL in this group should be expanded, but also that HL specifically related to pregnancy should be studied, which will undoubtedly provide guidelines for intervention of great interest.

It is necessary to establish health policies, with a series of effective strategies to control HL in pregnant women, implementing prevention programmes that minimise the possible effects of inadequate HL and that strengthen the participation of pregnant women in the promotion and prevention of their reproductive health.

REFERENCES

- Aba, Y. A., Basak, T., & Sevimli, S. (2022). The relationship between health literacy and patterns of drug use in pregnancy. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, *9*, 116.
- Asadi, L., Amiri, F., & Safinejad, H. (2020). Investigating the effect of health literacy level on improving the quality of care during pregnancy in pregnant women covered by health centers. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*(1). doi:10.4103/jehp.jehp_204_20
- Barua, S. & Junaid, M.A. (2015). Lifestyle, pregnancy and epigenetic effects. *Epigenomics*, *7*(1), 85-102. doi:10.2217/epi.14.71
- Bennett, I.M., Culhane, J.F., McCollum, K.F., Mathew, L., & Elo, I.T. (2007). Literacy and depressive symptomatology among pregnant latinas with limited english proficiency. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(2), 243-248. doi:10.1037/0002-9432.77.2.243
- Berkman, N.D., Davis, T.C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, *15*(SUPPL. 2), 9-19. doi:10.1080/10810730.2010.499985
- Castro-Sánchez, E., Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F.J., Navarro-Illana, E., & Díez-Domingo, J. (2018). Influence of health literacy on acceptance of influenza and pertussis vaccinations: A cross-sectional study among spanish pregnant women. *BMJ Open*, *8*(7) doi:10.1136/bmjopen-2018-022132

Cho, R.N., Plunkett, B.A., Wolf, M.S., Simon, C.E., & Grobman, W.A. (2007). Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenatal Diagnosis*, 27(5), 463-467. doi:10.1002/pd.1712

Corrarino, J.E. (2013). Health literacy and women's health: Challenges and opportunities. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(3), 257-264. doi:10.1111/jmwh.12018

Delanoë, A., Lépine, J., Turcotte, S., Portocarrero, M.E.L., Robitaille, H., Giguère, A.M.C.,... Légaré, F. (2016). Role of psychosocial factors and health literacy in pregnant women's intention to use a decision aid for down syndrome screening: A theory-based web survey. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10) doi:10.2196/jmir.6362

Duggan, L., McCarthy, S., Curtis, L.M., Wolf, M.S., Noone, C., Higgins, J.R., ... Sahm, L.J. (2014). Associations between health literacy and beliefs about medicines in an irish obstetric population. *Journal of Health Communication*, 19, 106-114. doi:10.1080/10810730.2014.936570

Duong, V.T., Lin, I., Sorensen, K., Pelikan, J.M., Van Den Broucke, S., Lin, Y., & Chang, P.W. (2015). Health literacy in taiwan: A population-based study. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(8), 871-880. doi:10.1177/1010539515607962

Endres, L.K., Sharp, L.K., Haney, E., & Dooley, S.L. (2004). Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 331-334. doi:10.2337/diacare.27.2.331

Eser, N. & Çelik, N. (2022). Association between rational drug use and health literacy among pregnant women: a cross-sectional study. *Women & health*, 62(7), 612-620.

Eslami, V., Sany, S.B.T., Tehrani, H., Ghavami, V., & Peyman, N. (2023). Examining health literacy and self-efficacy levels and their association with preventive behaviors of urinary tract infection in Iranian pregnant women: across sectional study. *BMC Women's Health*, 23(1), 258. doi:10.1186/s12905-023-02359-3

Eslami, V., Tavakkoli-Sani, S., Ghavami, V., & Peyman, N. (2022). The relationship of health literacy with preventive behaviors of urinary tract infection in pregnant women. *Journal of Health Literacy*, 6(4), 22-31.

Fan, Z. -, Yang, Y., & Zhang, F. (2021). Association between health literacy and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, 79(1) doi:10.1186/s13690-021-00648-7

Ferguson, B. (2008). Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health. *Nursing for Women's Health*, 12(4), 286-298. doi:10.1111/j.1751-486X.2008.00343.x

Ferreira, M., Neto, S., Amaral, O., & Duarte, J. (2019). Health Literacy and Pregnancy Surveillance. In Z. Bekirogullari, M.Y. Minas, & R.X. Thambusamy (Eds.), *Health and Health Psychology, vol 30. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences* (pp. 103-110). Future Academy. doi:10.15405/epsbs.2017.09.1

França, A.S., Pirkle, C.M., Sentell, T., Velez, M.P., Domingues, M.R., Bassani, D.G., & Câmara, S.M.A. (2020). Evaluating health literacy among adolescent and young adult pregnant women from a low-income area of northeast brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 1-15. doi:10.3390/ijerph17238806

Gazmararian, J.A., Parker, R.M., & Baker, D.W. (1999). Reading skills and family planning knowledge and practices in a low- income managed-care population. *Obstetrics and Gynecology*, *93*(2), 239-244. doi:10.1016/S0029-7844(98)00431-1

Gossett, D.R., Nayak, S., Bhatt, S., & Bailey, S.C. (2013). What do healthy women know about the consequences of delayed childbearing? *Journal of Health Communication*, *18*(Suppl. 1), 118-128. doi:10.1080/10810730.2013.825677

Guler, D.S., Sahin, S., Ozdemir, K., Unsal, A., & Uslu Yuvaci, H. (2021). Health literacy and knowledge of antenatal care among pregnant women. *Health and Social Care in the Community*, *29*(6), 1815-1823. doi:10.1111/hsc.13291

Hakkak, H.M., Joveini, H., Rajabzadeh, R., Robertsarpooshi, D., Tori, N.A., Haresabadi, M., & Hosseini, S.H. (2019). Health literacy level and related factors among pregnant women referring to bojnord health centers in 2017. *International Journal of Pharmaceutical Research*, *11*(1), 152-158. doi:10.31838/ijpr/2019.11.01.015

Hämeen-Anttila, K., Kokki, E., Lupattelli, A., Nordeng, H., Jyrkkä, J., Vainio, K., & Enlund, H. (2015). Factors associated with the need for information about medicines among pregnant women - A multinational internet-based survey. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *11*(2), 297-302. doi:10.1016/j.sapharm.2014.06.003

Kaufman, H., Skipper, B., Small, L., Terry, T., & McGrew, M. (2001). Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *Southern Medical Journal*, *94*(3), 293-296. doi:10.1097/00007611-200194030-00005

Kohan, S., Ghasemi, S., & Dodangeh, M. (2008). Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *12*(4).

Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A., & Nordeng, H. (2014). Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Education and Counseling*, *96*(2), 171-178. doi:10.1016/j.pec.2014.04.014

Maricic, M., Stojanovic, G., Pazun, V., Stepović, M., Djordjevic, O., Macuzic, I.Z., ... Radovanovic, S. (2021). Relationship between socio-demographic characteristics, reproductive health behaviors, and health literacy of women in serbia. *Frontiers in Public Health*, *9* doi:10.3389/fpubh.2021.629051

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*(10), 1006-1012. doi:10.1016/j.jclinepi.2009.06.005

Naja, S., Elyamani, R., Al Ibrahim, A., Al Kubaisi, N., Itani, R., & AbdulRouf, P. (2021). 'The newest vital sign among pregnant women attending women wellness and research centre in Qatar: A cross-sectional study'. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1) doi:10.1186/s12884-021-03542-w

Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). Health literacy in pregnant women: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7) doi:10.3390/ijerph18073847

Ohnishi, M., Nakamura, K., & Takano, T. (2005). Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: Policy implications for community care services. *Health Policy*, *72*(2), 157-164. doi:10.1016/j.healthpol.2004.11.007

Phommachanh, S., Essink, D.R., Wright, P.E., Broerse, J.E.W., & Mayxay, M. (2021). Maternal health literacy on mother and child health care: A community cluster survey in two southern provinces in Laos. *PLoS ONE*, *16*. doi:10.1371/journal.pone.0244181

Renkert, S. & Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study. *Health Promotion International*, *16*(4), 381-388. doi:10.1093/heapro/16.4.381

Rutherford, J., Holman, R., MacDonald, J., Taylor, A., Jarrett, D., & Bigrigg, A. (2006). Low literacy: A hidden problem in family planning clinics. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, *32*(4), 235-240. doi:10.1783/147118906778586778

Sahin, E., Yesilcinar, I., Geris, R., Pasalak, S.I., & Seven, M. (2020). The impact of pregnant women's health literacy on their health-promoting lifestyle and teratogenic risk perception. *Health Care for Women International*, *42*(4-6), 598-610. doi:10.1080/07399332.2020.1797036

Sheinis, M., Carpe, N., Gold, S., & Selk, A. (2018). Ignorance is bliss: Women's knowledge regarding age-related pregnancy risks. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *38*(3), 344-351. doi:10.1080/01443615.2017.1357685

Shieh, C., Halstead, J.A., & Halstead, J. A. (2009a). Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, *38*(5), 601-610. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01059.x

Shieh, C., Mays, R., McDaniel, A., & Yu, J. (2009b). Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health Care for Women International*, *30*(11), 971-988. doi:10.1080/07399330903052152

Smedberg, J., Lupattelli, A., Mårdby, A., & Nordeng, H. (2014). Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: A cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1) doi:10.1186/1471-2393-14-213

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1) doi:10.1186/1471-2458-12-80

Stafford, J.D., Goggins, E.R., Lathrop, E., & Haddad, L.B. (2021). Health literacy and associated outcomes in the postpartum period at Grady Memorial Hospital. *Maternal and Child Health Journal*, *25*(4), 599-605. doi:10.1007/s10995-020-03030-1

Tavananezhad, N., Bolbanabad, A.M., Ghelichkhani, F., Effati-Daryani, F., & Mirghafourvand, M. (2022). The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 1-9.

Tugut, N., Yesildag Celik, B., & Yilmaz, A. (2021). Health literacy and its Association with Health Perception in pregnant women. *Journal of Health Literacy*, *6*(2), 9-20.

Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. [Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis]. *Medicina Clínica*, *135*(11), 507-511. doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015

Valero-Chillerón, M. J., González-Chordà, V.M., Cervera-Gasch, Á., Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F.J., & Mena-Tudela, D. (2021). Health literacy and its relation to continuing with breastfeeding at six months post-partum in a sample of spanish women. *Nursing Open*, 8(6), 3394-3402. doi:10.1002/nop2.885

Van Prooyen Schuurman, L., van der Meij, K., van Ravesteyn, N., Crombag, N., Gitsels-van der Wal, J., Kooij, C.,... Dutch NIPT Consortium. (2023). Factors involved in the decision to decline prenatal screening with noninvasive prenatal testing (NIPT). *Prenatal Diagnosis*, 43(4), 467-476. doi:10.1002/pd.6242

Vila-Candel, R., Navarro-Illana, E., Mena-Tudela, D., Pérez-Ros, P., Castro-Sánchez, E., Soriano-Vidal, F.J., & Quesada, J. A. (2020). Influence of puerperal health literacy on tobacco use during pregnancy among spanish women: A transversal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8) doi:10.3390/ijerph17082910

Weiss, B.D., Sheehan, C.P., & Gushwa, L.L. (2009). Is low literacy a risk factor for symptoms of depression in postpartum women? *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, 54(9), 563-568.

Wilhelmova, R., Hrubá, D., & Vesela, L. (2015). Key determinants influencing the health literacy of pregnant women in the czech republic. *Zdravstveno Varstvo*, 54(1), 27-36. doi:10.1515/sjph-2015-0004

Wolf, M.S., Davis, T.C., Tilson, H.H., Bass III, P.F., & Parker, R.M. (2006). Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63(11), 1048-1055. doi:10.2146/ajhp050469

Yazici, T. & Aktaş, S. (2021) An investigation of the relationship between health literacy levels of pregnant women and their perceptions of traumatic childbirth. *Social Work in Public Health*, 37, 195-207. doi:10.1080/19371918.2021.1986450

Yee, L.M. & Simon, M.A. (2014). The role of health literacy and numeracy in contraceptive decision-making for urban chicago women. *Journal of Community Health*, 39(2), 394-399. doi:10.1007/s10900-013-9777-7

Yee, L.M., Kamel, L.A., Quader, Z., Rajan, P.V., Taylor, S.M., O'Connor, R., ... Simon, M.A. (2017). Characterizing literacy and cognitive function during pregnancy and postpartum. *American Journal of Perinatology*, 34(9), 927-934. doi:10.1055/s-0037-1601307

Yee, L.M., Niznik, C.M., & Simon, M.A. (2016). Examining the role of health literacy in optimizing the care of pregnant women with diabetes. *American Journal of Perinatology*, 33(13), 1242-1249. doi:10.1055/s-0036-1584540

Yee, L.M., Silver, R., Haas, D.M., Parry, S., Mercer, B.M., Wing, D.A.,... Grobman, W.A. (2021). Association of health literacy among nulliparous individuals and maternal and neonatal outcomes. *JAMA Network Open*, 4.

You, W.B., Wolf, M., Bailey, S.C., Pandit, A.U., Waite, K.R., Sobel, R.M., & Grobman, W. (2012). Factors associated with patient understanding of preeclampsia. *Hypertension in Pregnancy*, 31(3), 341-349. doi:10.3109/10641955.2010.507851

CAPÍTULO 11

FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS DEL GROOMING: UNA REVISIÓN CRÍTICA

ADRIÁN JIMÉNEZ RIBERA Y MERCEDES PRATS TORRENT
Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

INTRODUCCIÓN

La generalización del empleo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) ha supuesto un incremento durante las últimas décadas de la victimización sexual en línea (Calvete, Oruea, y Gámez-Guadix, 2022; De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017b; Ortega-Barón et al., 2022; Villacampa y Gómez, 2016), concretamente, del grooming o abuso sexual de menores en línea (Calvete et al., 2021; Gámez-Guadix, De Santisteban, Wachs, y Wright, 2021).

En nuestro idioma, la expresión "grooming" puede traducirse como seducción, manipulación o preparación de menores con fines sexuales (González Tascón, 2011). El abuso sexual de menores en línea es un proceso complejo y gradual, por el cual un adulto –groomer– establece una dinámica de persuasión mediante contactos online, con la finalidad de que el niño, niña o adolescente (NNA) ceda ante sus pretensiones sexuales (Gámez-Guadix, Almendros, Calvete, y De Santisteban, 2018; Ortega-Barón et al., 2022).

El informe *Violencia Viral*, publicado por Save the Children en 2019, realizó una encuesta online con casi 400 jóvenes de entre 18 y 20 años de toda España. Los resultados dilucidaron que el 21,45% de los menores encuestados habían sufrido grooming durante su infancia y el 15% más de una vez, siendo la media de edad de 15 años. Además, en el 49,18% de las ocasiones, la persona que había intentado el abuso era un desconocido. Gámez-Guadix et al. (2018) realizaron un estudio con 2732 adolescentes españoles de entre 12 y 15 años, de los cuales un 7,9% informó haber tenido algún tipo de interacción sexual online con adultos, durante los últimos 12 meses, y un 12,6% informó haber recibido solicitudes sexuales por parte de un adulto. Por último, Calvete et al. (2021) encontraron, en una muestra compuesta por 1260 adolescentes españoles de entre 12 y 17 años, que el porcentaje de solicitudes sexuales recibidas por parte de adultos oscilaba entre el 13,9% y el 17,8%, y que, entre el 5,4% y el 7,6% de adolescentes respondían a este tipo de solicitudes.

A pesar de la creciente incidencia de este fenómeno en nuestra sociedad, muchos de los profesionales y agentes del entorno del menor todavía desconocen los procesos y circunstancias de riesgo que subyacen a dicho fenómeno (Gámez-Guadix, De Santisteban, y Alcazar, 2017). Bajo tales fundamentos, el presente capítulo se plantea

con el objetivo de ilustrar las características del grooming en nuestra sociedad contemporánea. Para ello, se expondrá los resultados de un análisis crítico del estado del arte sobre las características este fenómeno. Los objetivos específicos que se derivan de este propósito general son cuatro: (1) retratar el perfil más frecuente de las víctimas de este delito y los factores de riesgo asociados a su victimización; (2) dilucidar de las características de los autores de estos delitos; (3) exponer las estrategias más empleadas por los agresores; y (4) conocer el modus operandi que los groomers utilizan para abordar a sus víctimas

METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos científicas, incluyendo Dialnet, PubMed, SciELO, PsycINFO, Web of Science y el buscador Google Scholar. Los descriptores utilizados para la búsqueda incluyeron términos en español e inglés, empleando operadores booleanos para refinar los resultados. Las palabras clave en español incluyeron "grooming", "ciberacoso sexual", "ciberacoso sexual en línea", "abuso sexual en línea" y "pedofilia online".

En inglés se utilizaron los términos "online child grooming", "online child sexual abuse", "internet sexual solicitation", "online sexual predator", "online pedophile" y "cyber-victimization". Se emplearon combinaciones de estos términos utilizando los operadores "AND" y "OR" para maximizar la relevancia de los resultados.

Los criterios de inclusión para la selección de estudios fueron: artículos publicados a partir del año 2000, dándose prioridad a aquellos más recientes debido a los rápidos cambios en las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y en el uso de redes sociales. Se incluyeron estudios empíricos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y artículos teóricos que abordaran aspectos como el perfil del agresor, características de las víctimas, proceso de grooming, estrategias de persuasión y manipulación, y factores de riesgo asociados. Se excluyeron artículos de opinión, estudios de caso único y aquellos que no estuvieran directamente relacionados con el grooming online, como lo es el ciberacoso sexual entre iguales (cuando el agresor y las víctimas son menores de edad) y el acoso sexual entre adultos a través de las TIC.

Tras aplicar estos criterios, se seleccionaron inicialmente 150 artículos para su revisión detallada. Después de un análisis exhaustivo de los resúmenes y contenidos por parte de los dos autores del artículo, se redujo la selección a 50 estudios que cumplieran plenamente con los criterios establecidos y proporcionaban información sustancial para la elaboración de los resultados de este estudio.

El apartado que sigue recoge los resultados alcanzados de esta revisión, dividiéndolos en cuatro apartados diferenciados que abordan cada uno de los objetivos específicos de esta revisión: (1) perfil de la víctima y factores asociados a la

victimización; (2) perfil del agresor sexual de menores online; (3) estrategias de persuasión del grooming; (4) fases del grooming.

RESULTADOS

Perfil de la víctima: factores asociados a la victimización

Diversos estudios han puesto de relieve que la edad de mayor riesgo de victimización oscila entre los 11 y 15 años (De Santisteban, Del Hoyo, Alcazar-Corcoles, y Gámez-Guadix, 2018; Riberas-Gutiérrez et al., 2024), si bien otros la extienden hasta los 16 o 17 años (Mitchell, Jones, Finkelhor, y Wolak, 2014; Montiel, 2016; Ortega-Barón et al., 2022; Wolak y Finkelhor, 2013). Existe una mayor vulnerabilidad entre las mujeres a sufrir grooming, tanto a nivel internacional (Mitchell et al., 2014; Sklenarova, Schulz, Schuhmann, Osterheider, y Neutze, 2018), como nacional (Calvete et al., 2021; De Santisteban y Gámez-Guadix, 2018; Gámez-Guadix et al., 2021; Montiel, Carbonell, y Pereda, 2015; Ortega-Barón et al., 2022). Además, se han encontrado mayores tasas de victimización entre homosexuales y/o transexuales (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017a, 2018; Gámez-Guadix, Borrajo, y Almendros, 2015; Wolak, Finkelhor, Mitchell, y Ybarra, 2010).

La literatura señala que haber sufrido maltrato o abusos previos puede derivar en dificultades a la hora de identificar señales sexuales inadecuadas por parte de adultos (Jonsson, Fredlund, Priebe, Wadsby, y Svedin, 2019; Mitchell et al., 2001; Noll, Shenk, Barnes, y Haralson, 2013), o que los menores se muestren responsivos ante solicitudes de agresores que fingen cubrir sus necesidades emocionales (Webster et al., 2012). También se ha observado que existe una relación entre haber sufrido otros tipos de victimización online –por ejemplo, cyberbullying– y ser víctima de grooming (Wachs, Wolf, y Pan, 2012; Ybarra, Mitchell, Finkelhor, y Wolak, 2007).

En lo que respecta a los factores de riesgo psicológicos, diversos estudios señalan que la sintomatología depresiva está relacionada con mayor riesgo de victimización (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017a; Jonsson et al., 2019; Wells y Mitchell, 2007), al igual que la discapacidad intelectual (Riberas-Gutiérrez et al., 2024; Vara, Quintana, Escorial, y Manzanero, 2019). Una baja autoestima también podría estar asociada con la victimización (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017a; Wachs et al., 2012; Whittle et al., 2013). Asimismo, los menores desinhibidos, confiados, que asumen riesgos y sienten que tienen el control de la situación tienen más predisposición a ser víctimas de estos delitos (Webster et al., 2012).

Cuando no existe una educación digital ni una supervisión del comportamiento digital en el entorno familiar existen mayores probabilidades de cibervictimización sexual (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017a). También en hogares con una deficiente comunicación intrafamiliar, ya que el menor no revela lo que está

ocurriendo, incluso cuando se percibe a sí mismo como víctima (Jonsson et al., 2019; Riberas-Gutiérrez et al., 2024).

Por otra parte, cuanto más tiempo pasa el menor en Internet, más posibilidades tiene de ser víctima de abuso sexual online (Andrade, Guadix, Rial, y Suárez, 2021; Jones, Mitchell, y Finkelhor, 2013; Ortega-Barón et al., 2022), así como de participar en otros comportamientos de riesgo -participar en chats privados, agregar a desconocidos, publicar imágenes sugerentes o participar en sexting- (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017a; Mitchell et al., 2007; Webster et al., 2012; Wolak et al., 2010, Ybarra et al., 2007). Los menores que se conectan a Internet más de dos horas al día Internet tienen más probabilidad de sufrir grooming (Villacampa y Gómez, 2016), especialmente cuando lo hacen durante el fin de semana, lo cual es indicativo de un menor control parental (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017a).

El groomer: perfil del agresor sexual de menores online

El perfil de los agresores virtuales y de los agresores físicos difiere entre sí (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2018; Riberas-Gutiérrez et al., 2024), de manera que los agresores sexuales de menores online normalmente son hombres caucásicos, menores de 25 años. En comparación con quienes actúan fuera de Internet, el nivel educativo del groomer suele ser más elevado (Briggs, Simon, y Simonsen, 2011) y posee tanto una menor tasa de reincidencia (Jiménez-Ribera y Garrido, 2017) como menores antecedentes criminales (Briggs et al., 2011; Elliott y Beech, 2009; Seto, Wood, Babchishin, y Flynn, 2012; Wolak y Finkelhor, 2013). Asimismo, aunque los datos en la literatura son ambiguos (véase, por ejemplo, Briggs et al., 2011; Seto et al., 2012), cuentan con una mayor tendencia a encontrarse en una relación de pareja (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2018).

Se ha observado también que los groomers tienen más empatía por las víctimas y menos actitudes ofensivas que los delincuentes offline (Wolak et al., 2010). También suelen tener menos encuentros físicos con menores, lo cual podría estar relacionado con mejores niveles de autocontrol y menor impulsividad (Seto et al., 2010). En relación con los problemas de compulsividad sexual, los groomers suelen presentar comportamientos tales como consumo compulsivo de Material de Abuso Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes, iniciar propuestas sexuales en Internet o consumo habitual de prostitución (Jiménez-Ribera y Garrido, 2017).

Además, en comparación con la población ordinaria, el groomer presenta una tasa de desempleo mayor (Babchishin, Hanson, y Hermann, 2011) y antes de cometer el delito suele haber pasado por una situación emocionalmente desestabilizadora -pérdida de empleo, desahucio, ruptura de pareja, etc.- (Webster et al., 2012). Posee un cociente intelectual medio y no necesariamente cuenta una cualificación tecnológica superior (Cámara, 2020).

En relación con la salud mental, se observan en los groomers altos índices de depresión, estrés y abuso de sustancias (Bergen et al., 2015; Briggs et al., 2011). Estudios destacan también en estos individuos la presencia de trastornos de la personalidad, siendo los más habituales el trastorno narcisista y el trastorno evitativo (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2018). Por otra parte, la mayoría de groomers no presentan el diagnóstico de pedofilia (Briggs et al., 2011; Seto et al., 2012), lo cual resulta congruente con el hecho de que la mayoría de las víctimas de grooming sean adolescentes y no menores más pequeños (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2018; Wolak y Finkelhor, 2013).

Estrategias de persuasión del grooming

En el grooming, las estrategias de persuasión tienen la función de preparar el contacto con el menor, mantener la situación de abuso e impedir su revelación (De Santisteban, Almendros y Gámez-Guadix, 2018; Gámez-Guadix et al., 2018). En los párrafos que siguen se procede a explicar las estrategias de persuasión más empleadas, de acuerdo con la literatura (Riberas-Gutiérrez et al., 2024):

- Engaño: el adulto finge compartir afinidades con el menor, mintiendo sobre sus intereses y construyendo una identidad atractiva (De Santisteban et al., 2018; Gámez-Guadix et al., 2021; Quayle et al., 2014; Wells y Mitchell, 2007). Esta estrategia facilita el contacto inicial y la persistencia de las conversaciones (Riberas-Gutiérrez et al., 2024), por lo que es una de las más empleadas (Bergen et al., 2014).

- Corrupción: consiste en el soborno mediante regalos o dinero (Bennet y O'Donohue, 2020; De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017b; De Santisteban et al., 2018). A través de esta estrategia, el groomer genera un sentimiento de deuda en el menor, predisponiéndolo a acceder a sus solicitudes sexuales (Gámez-Guadix et al., 2021).

- Compromiso o implicación: el adulto trata de involucrar al menor en la conducta abusiva haciéndola parecer una relación libre y de mutuo acuerdo. Para ello, se interesa por los problemas familiares, las amistades, la escuela y las necesidades afectivas del NNA (Gámez-Guadix et al., 2021; Wolak et al., 2010). También hace cumplidos para satisfacer las necesidades emocionales del menor (Lorenzo-Dus y Izura, 2017). Algunas víctimas reconocen haber creado una relación emocional muy cercana con el agresor o incluso el enamoramiento (Wolak et al., 2010). Una vez establecidos los sentimientos románticos, puede combinarse con la coacción (Riberas-Gutiérrez et al., 2024).

- Coacción o agresión: el groomer utiliza agresiones sutiles o explícitas para someter al menor cuando no accede a su solicitud o trata de dejar la relación (Villacampa y Gómez, 2017; Gámez-Guadix et al., 2021), recurriendo a acoso, insultos, intimidación, coerción o amenazas de abandono (De Santisteban et al., 2018; Gámez-

Guadix et al., 2021). Suele aparecer durante la última fase del proceso, cuando el menor ha descubierto que se encuentra en una situación abusiva y manifiesta su intención de distanciarse (Montiel, Carbonell, y Salom, 2014).

- Sexualización o desensibilización sexual: implica la introducción progresiva de temas sexuales en las conversaciones (Ali, Haykal, y Youssef, 2023; Bennet y O'Donohue, 2020; Gámez-Guadix et al., 2021; O'Connell, 2003). El groomer puede alternar la temática de las conversaciones con mensajes sexualizados, cumplidos y temas de conversación no sexuales (Lorenzo-Dus y Izura, 2017) o bien, mostrar sus intereses sexuales de manera directa y explícita desde el inicio de sus conversaciones (Kloess et al., 2019).

Las fases del grooming

De acuerdo con el European Online Grooming Project (Webster et al., 2012), el modus operandi del delincuente online suele consistir en «mapear el territorio»: visitar diferentes sitios web utilizados por NNA, observando y aprendiendo qué vocabulario utilizan y de qué temas hablan (Riberas-Gutiérrez et al., 2023). A continuación, el groomer da comienzo al proceso de búsqueda de víctimas potenciales, cribando en función del sexo, la edad y la vulnerabilidad percibida, o bien agregando a personas al azar (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017). La elección de la víctima viene dada muchas veces por factores de oportunidad (Riberas-Gutiérrez et al., 2024).

Una vez el agresor ha seleccionado a una potencial víctima, da comienzo al proceso de grooming, caracterizado por una progresión conductual en la implicación afectiva (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2018). O'Connell (2003) define seis fases diferenciadas del proceso de grooming, que no tienen por qué suceder siempre de manera lineal y/o universal (Black, Wollis, Woodworth, y Hancock, 2015):

1. Fase de formación de amistad. El agresor realiza un acercamiento inicial (O'Connell, 2003). Para ello, puede adaptar su lenguaje o inventar una identidad deseable y acorde a los gustos del menor. El groomer simula interés por la vida diaria y los problemas del NNA, mostrando afecto y comprensión, con la finalidad de llamar su atención y sostenerla (De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017b; Gámez-Guadix et al., 2018; Quayle et al., 2014; Whittle et al., 2013).

2. Fase de consolidación de la relación. El groomer trata de aumentar gradualmente la confianza (O'Connell, 2003), adaptándose a las necesidades del menor y tomando el rol de amigo, consejero, mentor o pareja (Ali et al., 2023; De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017a; Gámez-Guadix et al., 2018; O'Connell, 2003). Indaga en elementos estructurales, como horarios, actividades o cuidadores disponibles y busca las carencias en el sistema familiar del menor, así como las necesidades no cubiertas. También recopila información sobre posibles

vulnerabilidades en los NNA, como maltrato o negligencias por parte de sus cuidadores y problemas psicológicos (Ali et al., 2023).

3. Fase de valoración del riesgo. Suele ir de la mano con la anterior. El groomer se dirige a aumentar el conocimiento sobre el entorno de la potencial víctima, lo que le permite conocer la capacidad de acceso a la misma (Black et al., 2015; De Santisteban y Gámez-Guadix, 2017a). En esta fase, el agresor evalúa las expectativas de éxito que tiene con el menor y recoge información sobre las rutinas y actividades de sus familiares, así como la ubicación de los aparatos tecnológicos, buscando reducir el nivel de exposición (O'Connell, 2003).

4. Fase de Exclusividad o de Confidencia. En esta fase, el groomer fomenta el desarrollo de una relación «secreta», «exclusiva» y/o «única» (Olson, Daggs, Ellevold, y Rogers, 2007), con la finalidad de evitar que el menor revele la relación a otras personas (Gámez-Guadix et al., 2018). Se establece cierta dependencia y confianza mutua, integrando conversaciones de carácter íntimo (O'Connell, 2003).

5. Fase de Actuación Sexual. Es la culminación de las fases anteriores. Puede darse en distintos escenarios: el virtual y el físico (O'Connell, 2003). En el escenario virtual el ofensor puede realizar conductas exhibicionistas, enviar desnudos o solicitárselos al menor (Ali et al., 2023; Gámez-Guadix et al., 2018; Quayle y Newman, 2016). Por el contrario, en el escenario físico se concreta un encuentro offline con el menor, que puede culminar en la agresión sexual del menor.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El presente capítulo ofrece una revisión exhaustiva del fenómeno del grooming, detallando los factores asociados a la victimización de los menores y las características de los agresores, así como los procesos y estrategias que utilizan para captar y manipular a las víctimas menores de edad. Esto permitirá comprender mejor la dinámica subyacente a este delito sexual y desarrollar políticas y programas de prevención más efectivos.

Con base en estos resultados, se recomienda diseñar intervenciones dirigidas a fortalecer la educación digital de los jóvenes y promover una mayor implicación de las familias en el acompañamiento de sus hijos e hijas en el entorno online. Al conocerse las estrategias de los agresores, se puede brindar a los padres, madres y profesionales del sector herramientas para detectar señales de alerta, así como desarrollar habilidades de afrontamiento en los menores.

REFERENCIAS

- Ali, S., Haykal, H.A., y Youssef, E. (2023). Abuso sexual infantil e Internet: una revisión sistemática. *Human Arenas*, 6, 404–421. doi:10.1007/s42087-023-00312-6
- Andrade, B., Guadix, I., Rial, A., y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*. Madrid: UNICEF España.

Babchishin, K.M., Hanson, R. y Hermann, C.A. (2011). The characteristics of online sex offenders: A meta-analysis. *Sexual Abuse a Journal of Research and Treatment*, 23(1), 92–123. doi:10.1177/1079063210370708

Bennet, N. y O'Donohue, W. (2020). Identifying Grooming of Children for Sexual Abuse: Gender Effects and Increased False Positives from Internet Information. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(2), 133–145.

Bergen, E., Ahto, A., Schulz, A., Imhoff, R., Antfolk, J., Schuhmann, P., y Jern, P. (2015). Adult-adult and adult-child/adolescent online sexual interactions: An exploratory self-report study on the role of situational factors. *The Journal of Sex Research*, 52(9), 1006–1016. doi:10.1080/00224499.2014.1003772

Bergen, E., Davidson, J., Schulz, A., Schuhmann, P., Johansson, A., Santtila, P., y Jern, P. (2014). The effects of using identity deception and suggesting secrecy on the outcomes of adult-adult and adult-child or-adolescent online sexual interactions. *Victims y Offenders*, 9(3), 276–298. doi:10.1080/15564886.2014.907846

Black, P.J., Wollis, M., Woodworth, M., y Hancock, J.T. (2015). A linguistic analysis of grooming strategies of online child sex offenders: Implications for our understanding of predatory sexual behavior in an increasingly computer-mediated world. *Child Abuse y Neglect*, 44, 140–149. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.007

Briggs, P., Simon, W.T., y Simonsen, S. (2011). An exploratory study of internet-initiated sexual offenses and the chat room sex offender: Has the internet enabled a new typology of sex offender? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(1), 72–91. doi:10.1177/1079063210384275

Calvete, E., Fernández-González, L., Royuela-Colomer, E., Morea, A., Larrucea-Iruretagoyena, M., Machimbarrena, J.M., González-Cabrera, J., y Orue, I. (2021). Moderating factors of the association between being sexually solicited by adults and active online sexual behaviors in adolescents. *Computers in Human Behavior*, 124, 106935. doi:10.1016/j.chb.2021.106935

Calvete, E., Orue, I., y Gámez-Guadix, M. (2022). A Preventive Intervention to Reduce Risk of Online Grooming Among Adolescents. *Psychosocial Intervention*, 31(3), 177–184. doi:10.5093/pi2022a15

Cámara, S. (2020). Contemporary Criminological Studies (IX): Cybercriminology and the Profile of the Cybercriminal. *Derecho y cambio social*, 60, 470–512.

De Santisteban, P. y Gámez-Guadix, M. (2017a). Estrategias de persuasión en grooming online de menores: Un análisis cualitativo con agresores en prisión. *Psychosocial Intervention*, 26, 139–146. doi:10.1016/j.psi.2017.05.001

De Santisteban, P. y Gámez-Guadix, M. (2017b). Online Grooming and Sexual Exploitation of Minors through the Internet. *Journal of Victimology*, 6, 81–100.

De Santisteban, P. y Gámez-Guadix, M. (2018). Prevalence and Risk Factors Among Minors for Online Sexual Solicitations and Interactions With Adults. *Journal of Sex Research*, 55(7), 939–950. doi:10.1080/00224499.2017.1388439

Domingo-Jaramillo, C. (2024). Dificultades de la tipificación del delito de child grooming en España: análisis y delimitación de los distintos elementos que lo componen. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología (RECPC)*, 26(02), 1–31.

Elliott, I.A. y Beech, A.R. (2009). Understanding online child pornography use: Applying sexual offense theory to internet offenders. *Aggression and Violent Behavior, 14*(3), 180–193. doi:10.1016/j.avb.2009.03.002

Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2018). Nuevos riesgos de la sociedad digital: Grooming, sexting, adicción a Internet y violencia online en el noviazgo. *Revista de Estudios de Juventud, 121*, 77–89.

Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Calvete, E., y De Santisteban, P. (2018). Persuasion strategies and sexual solicitations and interactions in online sexual grooming of adolescents: Modeling direct and indirect pathways. *Journal of Adolescence, 63*, 11–18. doi:10.1016/j.adolescence.2017.12.005

Gámez-Guadix, M., Borrajo, E., y Almendros, C. (2015). Risky online behaviors among adolescents: Longitudinal relations among problematic Internet use, cyberbullying perpetration, and meeting strangers online. *Journal of Behavioral Addictions, 5*, 100–107.

Gámez-Guadix, M., De Santisteban, P., y Alcazar, M. (2017). The construction and psychometric properties of the questionnaire for online sexual solicitation and interaction of minors with adults. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 30*(8), 975–991.

Gámez-Guadix, M., Orue, I., Smith, P.K., y Calvete, E. (2013). Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 53*, 446–452.

González, M. (2011). El nuevo delito de acceso a niños con fines sexuales a través de las TIC. En *Estudios Penales y Criminológicos* (Vol. 31, pp. 207–258). La Coruña, España: Universidad de Santiago de Compostela.

Hamilton-Giachritsis, C., Hanson, E., Whittle, H., Alves-Costa, F., Pintos, A., Metcalf, T., y Beech, A. (2021). Technology assisted child sexual abuse: Professionals' perceptions of risk and impact on children and young people. *Child Abuse & Neglect, 119*(1), 104651.

Jiménez-Ribera, A. y Garrido, V. (2017). Capítulo 6. La pedofilia online. En V. Garrido (Coord.), *La criminología forense y el informe criminológico* (Vol. 1, pp. 462–572). Tirant lo Blanch.

Jones, L.M., Mitchell, K.J., y Finkelhor, D. (2013). Online harassment in context: Trends from three youth internet safety surveys. *Psychology of Violence, 3*(1), 53–69.

Jonsson, L.S., Fredlund, C., Priebe, G., Wadsby, M., y Svedin, C.G. (2019). Online sexual abuse of adolescents by a perpetrator met online: A cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 13*, 32.

Kloess, J.A., Hamilton-Giachritsis, C.E. y Beech, A.R. (2019). Offense processes of online sexual grooming and abuse of children via internet communication platforms. *Sexual Abuse, 31*(1), 73–96.

Lorenzo-Dus, N. e Izura, C. (2017). “Cause ur special”: Understanding trust and complimenting behaviour in online grooming discourse. *Journal of Pragmatics, 112*, 68–82. doi:10.1016/j.pragma.2017.01.004

Mitchell, K., Finkelhor, D., y Wolak, J. (2001). Risk factors for and impact of online sexual solicitation of youth. *Jama, 285*(23), 3011–3014.

Mitchell, K., Finkelhor, D., y Wolak, J. (2007). Youth Internet Users at Risk for the Most Serious Online Sexual Solicitations. *American Journal of Preventive Medicine, 32*(6), 532–537.

Mitchell, K.J., Jones, L.M., Finkelhor, D., y Wolak, J. (2014). Trends in unwanted online experiences and sexting: Final report. Durham, NH: Crimes against Children Research Center.

Montiel, I. (2016). Cibercriminalidad social juvenil: la cifra negra. *Revista de Internet, Derecho y Política*, 22, 119–131.

Montiel, I., Carbonell, E., y Pereda, N. (2015). Multiple online victimization of Spanish adolescents: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 52, 123–134.

Montiel, I., Carbonell, E., y Salom, M. (2014). Victimización infantil sexual online: online grooming, ciber-abuso y ciber-acoso sexual. En: *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial* (pp. 203–224). Tirant lo Blanch.

Noll, J.G., Shenk, C.E., Barnes, J.E., y Haralson, K.J. (2013). Association of maltreatment with high-risk internet behaviors and offline encounters. *Pediatrics*, 131, 510–517.

O'Connell, R. (2003). *A typology of child cybersexexploitation and online grooming practices*. Preston, England: University of Central Lancashire.

Olson, L.N., Daggs, J.L., Ellevold, B.L., y Rogers, T.K.K. (2007). Entrapping the innocent: Toward a theory of child sexual predators' luring communication. *Communication Theory*, 17(3), 231–251.

Ortega-Barón, J., Machimbarrena, J.M., Calvete, E., Orue, I., Pereda, N., y González-Cabrera, J. (2022). Epidemiology of online sexual solicitation and interaction of minors with adults: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 131, 1–9.

Quayle, E. y Newman, E. (2016). An exploratory study of public reports to investigate patterns and themes of requests for sexual images of minors online. *Crime Science*, 5, 2.

Quayle, E., Allegro, S., Hutton, L., Sheath, M., y Lööf, L. (2014). Rapid skill acquisition and online sexual grooming of children. *Computers in Human Behavior*, 39, 368–375.

Riberas-Gutiérrez, M., Reneses, M., Gómez-Dorado, A., Serranos-Minguela, L., y Bueno-Guerra, N. (2024). Online Grooming: factores de riesgo y modus operandi a partir de un análisis de sentencias españolas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 34, 119–131.

Seto, M.C., Hanson, R.K., y Babchishin, K.M. (2010). Contact sexual offending by men with online sexual offenses. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(1), 124–145.

Seto, M.C., Wood, J.M., Babchishin, K.M., y Flynn, S. (2012). Online solicitation offenders are different from child pornography offenders and lower risk contact sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 36(4), 320–330.

Sklenarova, H., Schulz, A., Schuhmann, P., Osterheider, M., y Neutze, J. (2018). Online sexual solicitation by adults and peers – Results from a population based German sample. *Child Abuse & Neglect*, 76, 225–236.

Vara, A., Quintana, J.M., Escorial, S., y Manzanero, A.L. (2019). Descriptive analysis of the characteristics of proven cases of sexual abuse in victims with intellectual disabilities and children with typical development in Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(21–22), 10775–10792.

Villacampa, C. y Gómez, M. (2016). Nuevas tecnologías y victimización sexual de menores por online grooming. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 18(2), 1–27.

Villacampa, C. y Gómez, M. (2017). Online child sexual grooming. *International Review of Victimology*, 23(2), 105–121.

Wachs, S., Wolf, K., y Pan, C. (2012). Cybergrooming: Risk factors, coping strategies and associations with cyberbullying. *Psicothema*, 24, 628–633.

Webster, S., Davidson, J., Bifulco, A., Gottschalk, P., Caretti, V., Pham, T., Grove-Hills, J., Turley, C., Tompkins, C., Ciulla, S., Milazzo, V., Schimmenti, A., y Craparo, G. (2012). *European online grooming project - Final Report*. European Commission Safer Internet Plus Programme.

Wells, M. y Mitchell, K. (2007). Youth sexual exploitation on the Internet: DSM-IV diagnoses and gender differences in co-occurring mental health issues. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(3), 235–260.

Wolak, J. y Finkelhor, D. (2013). Are crimes by online predators different from crimes by sex offenders who know youth in-person? *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 736–741.

Ybarra, M.L., Mitchell, K., Finkelhor, D., y Wolak, J. (2007). Internet prevention messages; Are we targeting the right online behaviors? *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 138–145.

CAPÍTULO 12

INFLUENCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, LOS ROLES DE GÉNERO Y VARIABLES ESTRUCTURALES EN LA SALUD DE LAS MUJERES Y EN LA DE LOS HOMBRES

MARÍA DOLORES MARTÍNEZ MARÍN
Universidad de Murcia

INTRODUCCIÓN

Las diferencias de género en salud han sido estudiadas y divulgadas en la literatura científica, lo que ha permitido determinar la relevancia de factores psicosociales, educacionales y también económicos (Davidson, Trudeau, van Roosmalen, Stewart, y Kirkland, 2006). En líneas generales las mujeres son más longevas que los hombres, sin embargo, se considera que tienen peor salud que ellos (Matud y Aguilera, 2009). La explicación de tal diferencia puede seguir varios argumentos: que hombres y mujeres son biológicamente diferentes a la respuesta de enfermedad, que los factores sociales inciden diferencialmente en la salud de unas y otros, o que la combinación de sexo y género determina las diferencias en salud. Esta tercera aproximación es la que ha tenido mayor desarrollo y corroboración (Mauvais-Jarvis et al., 2020). De entre los aspectos vinculados al sistema de género factores como normas y roles de género son los más relevantes y de entre los estructurales destacan los ingresos (Beech et al., 2021). Por ello, es importante analizar cómo estos elementos operan a nivel individual y se relacionan con los niveles de salud informada, así como las interacciones de determinadas variables psicológicas y estructurales que pueden influir de forma diferencial en ellas y ellos.

La Teoría de la Socialización Diferencial, Walker y Barton (1983) afirma que las personas, a partir de los agentes socializadores, adquieren identidades diferenciadas en relación con el esquema de género, lo que conllevan estilos cognitivos, actitudinales y conductuales, códigos axiológicos y morales y normas estereotípicas de la conducta asignada a cada sexo. La cultura es el marco de construcción de la masculinidad y la feminidad, donde a través del proceso de socialización diferencial se desarrollan los mandatos de género; estos indican los modelos normativos de lo que debe ser una mujer y un hombre. Atendiendo a variables psicosociales, los roles de género se identifican como variables explicativas de tales diferencias (Courtenay, 2000; Matud y Aguilera, 2009). Una clara materialización de los roles de género la encontramos en la distribución desigual de las tareas domésticas en relación con el sistema de género. Diferentes estudios han avalado el impacto negativo que provoca en la salud de las mujeres la carga que supone asumir las tareas de cuidado, tanto de

los quehaceres diarios domésticos como el cuidado de las personas (Larrañaga et al., 2009).

Otra de las variables psicológicas que han sido estudiadas en relación con la salud ha sido la inteligencia emocional (IE). Números estudios evidencian que altas puntuaciones en inteligencia emocional están vinculadas a la mejora de la salud tanto física como psicológica (Martins, Ramalho, y Morins, 2010; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, y Rooke, 2007). De hecho, en las últimas décadas los estudios sobre IE han aumentado significativamente demostrando su poder predictivo sobre el bienestar (Zeidner, Matthews, y Roberts, 2012). Dos modelos conceptuales y evaluativos se han desarrollado respecto de la consideración de la IE. Aquel que la considera una habilidad cognitiva (Mayer, Salovey, y Carruso, 2008) y quienes la conciben como un conglomerado de rasgos afectivos o de personalidad (Bar-On y Parker, 2000). La dificultad metodológica evidenciada en la evaluación de la IE como rasgo, esto es, su alta correlación con rasgos de personalidad, ha promovido el mayor uso de su consideración como habilidad (Zeidner et al., 2009).

El modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997) considera que la inteligencia emocional se estructura en cuatro habilidades: percepción y expresión de las emociones; facilitación emocional; comprensión emocional y regulación emocional. Mayer et. al (2008) consideran que la IE predice bienestar y conducta social adaptativa tanto en adultos como en adolescentes. Incluso mayores puntuaciones en IE predicen conductas y relaciones sociales mejores, mientras que las menores puntuaciones se asocian con conflictos interpersonales y menor bienestar (Mayer et al., 2008). Además, diversos meta-análisis, Martins et al., 2010 y Schutte et al. (2007) confirman la robusta relación entre la IE como habilidad y el bienestar.

Por último, debemos considerar la relación entre salud y variables de tipo económico que están relacionadas con el bienestar y la salud psicológica. Recordemos que el Índice de Desarrollo Humano, indicador elaborado por la ONU, identifica el nivel de vida digno (ingresos) como una de sus dimensiones básicas. De hecho, se han constatado desigualdades en niveles de salud directamente relacionados con la posición socio-económica (Hernández, Jones, López, y Rice, 2006). E igualmente sabemos cómo las crisis económicas influyen la salud de las poblaciones o de sectores y grupos sociales específicos tanto en mayores como en menores (Dávila y González, 2009). No en vano, el Ministerio de Sanidad y Política social (2010) de España considera que clase social y el sistema de género son dos determinantes clave de las desigualdades en salud.

Partiendo pues de la anterior conceptualización se presentan los resultados de un estudio transversal sobre la influencia de variables psicológicas y estructurales de tipo económico en la salud psicológica de manera diferencial en mujeres y hombres,

esperando que aporte información relevante que permita diseñar políticas y programas preventivos de enfermedad y de promoción de la salud.

Objetivos

Se plantea en primer lugar conocer la posible existencia de diferencias entre mujeres y hombres en salud psicológica. En segundo lugar, se examinan posibles diferencias entre mujeres y hombres en relación con los mejores predictores de los problemas de salud.

MÉTODO

Participantes

En este estudio un total de 197 participantes (54% mujeres con una media de 44 años y 46% hombres con 46 años de media) respondieron al cuestionario elaborado. En relación al estado civil el 68% de las personas están casadas, el 25% solteras, el 6% divorciadas y el 1% viudas. El nivel educativo fue en un 73% de personas con grado universitario, el 25% con estudios secundarios y el 2% estudios primarios.

Instrumentos

Inteligencia Emocional

Para evaluar la Inteligencia Emocional se utilizó la versión española de la escala WLEIS (Extremera, Rey, y Sánchez-Álvarez, 2019). Esta escala es una medida de autoinforme, compuesta por 4 factores y 16 ítems, 4 ítems por cada factor. Usa un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde 1 = completamente en desacuerdo, hasta 5 = completamente de acuerdo). Las 4 subescalas o factores son Inteligencia emocional Intrapersonal: valoración y expresión de las emociones propias (por ejemplo: “La mayoría de las veces sé distinguir porqué tengo ciertos sentimientos”); Inteligencia emocional Interpersonal: valoración y reconocimiento de las emociones en otros (por ejemplo “Conozco siempre las emociones de mis amigos a través de sus comportamientos”); Inteligencia emocional Uso de emociones: uso de la emoción para facilitar el desempeño (por ejemplo “Siempre me fijo metas y luego intento hacerlo lo mejor para alcanzarlas”) e Inteligencia emocional Regulación: regulación de las propias emociones (por ejemplo “Soy capaz de controlar mi temperamento y manejar las dificultades de manera racional”). El coeficiente Alfa de Cronbach indicó una adecuada fiabilidad del cuestionario (IE Intrapersonal, $\alpha = .88$; IE Interpersonal, $\alpha = .87$; IE Uso emociones $\alpha = .89$; IE Regulación $\alpha = .91$).

Malestar psicológico

Para la evaluación del grado de salud general, se utilizó el constructo malestar psicológico experimentado; un claro indicador de la ausencia de bienestar. Para ello se utilizó la versión española del instrumento GHQ-12 (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrel, y Obiols, 2011). Esta escala se centra en interrupciones en el funcionamiento normal más que en rasgos de toda la vida. Cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert (desde 1= mejor de lo habitual, hasta 4= mucho menos de lo habitual). Algunos ejemplos de los elementos del GHQ-12 son: 1) Poder concentrarse en lo que sea que esté haciendo; 2) Perdí mucho sueño por la preocupación; 3) Me sentí constantemente bajo tensión; y 4) Has estado perdiendo la confianza en ti mismo. Una mayor puntuación en la escala indica mayor malestar. El coeficiente Alfa de Cronbach indicó una adecuada fiabilidad del cuestionario ($\alpha = .89$).

Ideología de Género

El instrumento para la evaluación de ideología de género fue la Escala sobre Ideología de Género (EIG; Moya, Expósito, y Padilla, 2006). El cuestionario está compuesto por 12 ítems. Las respuestas oscilan desde 1 (totalmente de acuerdo) hasta 10 (totalmente en desacuerdo). Algunos ejemplos de los ítems del EIG son: 1) Considero bastante más desagradable que una mujer diga tacos y palabras malsonantes que el que los diga un hombre. 2) Es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas. Las puntuaciones evalúan la concepción tradicional de la ideología de género; un mayor valor indica una concepción más progresista e igualitaria en la concepción de los roles entre hombre y mujeres. El coeficiente Alfa de Cronbach indicó una adecuada fiabilidad del cuestionario ($\alpha = .93$).

Nivel de ingresos

Para evitar los sesgos de la autoatribución de clase social se evaluó el nivel de ingresos siguiendo una clasificación en 5 niveles. Los cuales oscilan entre 1 = Sin ingresos o menos del salario mínimo interprofesional y 5= altos ingresos.

La información recabada nos indica que el 25% de los participantes se considera en el nivel 3, el 24% se autoatribuye en el nivel 4 y un 44% de los y las participantes se consideraron en el nivel 5.

Porcentaje de tareas domésticas

Siguiendo la metodología de clasificación utilizada en otros estudios que abordan la distribución de las tareas domésticas (Paterna y Martínez, 2009) en términos de porcentaje autoatribuido por cada participante. A la cuestión de qué porcentaje de tareas realizaas en casa la opción de respuesta era: 0%, 25%, 50%, 75% y 100%.

Algunos ejemplos de dichas tareas son: preparar la comida, limpieza de la casa, hacer la compra, lavar la ropa, etc.

Atiendo al total de participantes obtenemos que el 35% realizaban el 50% de las tareas domésticas, el 23% realiza el 75% y el 21% el 100%. El porcentaje en el caso de las mujeres se distribuye modo: el 35% realizan el 75%, el 27% el 100% y sólo un 26% el 50%. En el caso de los hombres el 46% realiza el 50% y el 22% el 25% de las tareas domésticas.

Procedimiento

Se elaboró un cuestionario que fue distribuido a través de la plataforma online Google encuestas. El criterio de participación fue ser mayor de edad y el enlace de participación fue distribuido a través de grupos de Whatsapp. La encuesta permaneció abierta aproximadamente 3 meses. Se recogieron 197 respuestas correctas, se descartaron del estudio 15 encuestas que estaban incompletas.

Análisis de datos

La evaluación de las diferencias de medias por sexo se llevó a cabo a través de la prueba *t* de Student y los análisis correlacionares se realizaron utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Con el fin de conocer el modelo de predicción para salud psicológica, se realizó un análisis de regresión lineal jerárquico. Como variables predictoras se tomaron las 4 subescalas de inteligencia emocional, la ideología de género, el porcentaje de tareas domésticas y el nivel de ingresos. Como variable de selección se usó el sexo.

El análisis de los datos se realizó con el paquete SPSS v26.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra las medias y desviación típica de las variables del estudio: malestar psicológico, inteligencia emocional e identidad de género. Se observa que, en relación con la muestra total, la media en la subescala inteligencia emocional intrapersonal es superior al resto de dimensiones e incluso a la puntuación total. Atendiendo a los resultados de las mujeres se haya que, según el baremo para la interpretación del instrumento, puntúan por encima de la puntuación media de la escala en inteligencia emocional intrapersonal, interpersonal y regulación. En el caso de los hombres, están por encima de la media en inteligencia emocional intrapersonal y por debajo de la media, según baremo, en regulación emocional.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

Variables	Total muestra	Mujeres	Hombres	$t_{(195)}$
	$M(SD)$	$M(SD)$	$M(SD)$	
1. IE intrapersonal	4.08 (0.81)	4.14(0.77)	4.00(0.84)	1,246
2. IE interpersonal	3.86 (0.78)	4.09(0.65)	3.59(0.84)	4,706***
3. IE uso emociones	3.74(0.92)	3.72(0.87)	3.77(0.98)	-,397
4. IE regulación	3.42(0.86)	3.40(0.81)	3.43(0.92)	-,227
5. IE total	3.77(0.68)	3.84(0.57)	3.70(0.78)	1,461
6. Ideología género	4.69(0.64)	4.78(0.54)	4.59(0.74)	2,103*
7. GHQ Total	14.17(6.68)	15.13(7.19)	13.05(5.89)	2,194*

Nota: * $p < .05$; *** $< .0001$

Los resultados de la prueba t nos indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en problemas de Salud [$t(195) = 2,194$; $p < .05$], con una media superior en 2,08 puntos en el caso de las mujeres; en Inteligencia emocional interpersonal [$t(195) = 4,706$; $p < .000$], con una media superior en 0,5 puntos en el caso de las mujeres; y en Ideología de Género [$t(195) = 2,103$; $p = .05$], siendo la media superior en 0,5 puntos para las mujeres en comparación con los hombres (ver tabla 1).

Las correlaciones entre los problemas de Salud y las variables independientes fueron significativas. Concretamente los problemas de Salud correlacionan negativamente con Ingresos ($r = -.22$, $p < .01$), es decir, las personas con mayores ingresos tienen menos problemas en términos de salud psicológica general. Se halló correlación negativa entre problemas de Salud general e Inteligencia Emocional Intrapersonal ($r = -.15$, $p < .05$), Inteligencia emocional Uso de emociones ($r = -.23$, $p < .01$), Inteligencia emocional Regulación ($r = -.25$, $p < .01$) y la puntuación total de inteligencia emocional ($r = -.20$, $p < .01$). De tal manera que las personas con puntuaciones mayores en el valoración y expresión de emociones propias y de los demás, con mejor uso y regulación emocional, mostraron menos problemas de salud.

Tabla 2. Correlación de Pearson

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Ingresos							
2. IE intrapersonal	.21**						
3. IE interpersonal	.08	.61**					
4. IE Uso emoción	.22**	.51**	.47**				
5. IE Regulación	.20**	.55**	.41**	.59**			
6. IE Total	.23**	.82**	.76**	.82**	.80**		
7. Ideología género	-.08	.14*	.16*	.14	.26**	.22**	
8. GHQ-Total	-.22**	.15*	.01	-.23**	-.24	-.20**	-.09

Nota: * $p < .05$; ** $< .001$

Se realizó un análisis de regresión jerárquica, tratando de obtener el mejor modelo que identifique si los predictores en malestar psicológico difieren entre

hombres y mujeres. Del análisis se extrajo el valor de R² para explicar la varianza, el de Beta para explicar la predicción entre variables, el de F para ver si existe relación entre las variables seleccionadas y su significatividad (véase Tabla 3). El modelo que obtiene las variables predictoras (las 4 subescalas de inteligencia emocional, ideología de género, porcentaje de tareas domésticas y nivel de ingresos) resulta con suficiente solidez, ya que explican el 19% de la varianza en el caso del modelo para las mujeres y el 17% para el modelo predictor en los hombres.

Tabla 3. Análisis de regresión jerárquica para problemas de salud por sexo

	Predictor	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
		<i>β</i>	<i>DT</i>	<i>Beta</i>			
Mujeres	IE intrapersonal	-1.19	1.08	-.128	-1.10	.274	.19
	IE interpersonal	2.48	1.24	.223	2.01	.047	
	IE Uso emoción	-2.76	.929	-.333	-2.97	.004	
	IE Regulación	.380	1.02	.043	.372	.710	
	Ideología género	-2.71	1.26	-.203	-2.14	.035	
	Ingresos	-1.21	.652	-.177	-1.86	.065	
	Tareas domesticas	-.01	.024	-.028	-.293	.770	
Hombres	IE intrapersonal	-.346	1.18	-.050	-.291	.772	.17
	IE interpersonal	.716	1.08	.102	.659	.512	
	IE Uso emoción	.567	1.09	.094	.520	.605	
	IE Regulación	-2.68	1.01	-.418	-2.63	.010	
	Ideología género	.519	.970	.065	.572	.569	
	Ingresos	-1.28	.613	-.226	-2.09	.040	
	Tareas domésticas	-.025	.025	-.117	-.970	.335	

En relación al análisis de regresión jerárquica en el caso de las mujeres, los problemas de salud se predicen por una menor puntuación en Inteligencia emocional Uso de emociones y en Ideología de género feminista [$F(7, 98) = 3.246, p < .001; R^2 = .19$]. El análisis de estas dos variables por separado nos indica que la relación entre Inteligencia emocional Uso de emociones y problemas de Salud es de signo negativo, es decir, las mujeres con menor puntuación mostrarán más problemas de Salud general ($B = -2.766, p < .000$). En este mismo sentido, el signo negativo del coeficiente Beta nos informa de que aquellas mujeres con ideología de género menos progresista y feminista muestran más problemas de Salud y malestar psicológico ($B = -2.711, p = .04$). En el caso de Inteligencia emocional Interpersonal se ha encontrado que una mayor puntuación predice mayores problemas de Salud ($B = 2.483, p < .05$) (ver Tabla 3).

En el caso de los hombres, los problemas de Salud se predicen por una menor puntuación en IE Regulación y menores Ingresos [$F(7, 83) = 2.482, p < .05; R^2 = .17$]. El análisis de estas variables por separado y el signo del coeficiente Beta no estandarizado nos informa, que los hombres con menor nivel de ingresos mostraron

más problemas de Salud general y malestar psicológico ($Beta = -1.283, p < .01$), al igual que aquellos que tengan menores habilidades en Inteligencia emocional Regulación ($Beta = -2.681, p = .04$) (ver Tabla 3).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El análisis del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de género permite identificar las diferencias entre mujeres y hombres y, a partir de las mismas, hallar los factores que actúan de forma particular sobre cada sexo y aplicar las acciones para la solución de los problemas y necesidades de cada uno.

Este estudio nos permite identificar la existencia de diferencias entre mujeres y hombres en relación a la salud y específicamente en relación al malestar psicológico. Las mujeres presentan peor salud, más concretamente mayor malestar psicológico, que los hombres. Estos resultados confirman aquellos que hallaron resultados similares (Sánchez, Aparicio, y Dresch, 2006). Tales resultados podrían ser explicados por las consecuencias que tienen en ellas la socialización diferencial, siendo mayormente negativas para las mujeres que para los hombres. La desigual distribución de las tareas, la denominada carga múltiple, el rol determinado para las mujeres entre otros aspectos repercute desfavorablemente sobre la salud de las mujeres (Visbal, 2000).

Nuestros datos confirman que en el caso de las mujeres, una ideología de género tradicional empeora la salud. Cabría pues indagar si la conciencia feminista sería un factor de protección para la salud en las mujeres. En concreto esta se podría reflejar en un reparto más igualitario de las tareas domésticas. Para los hombres sería el factor económico, los ingresos los que aparecen como predictores de su salud. Así se podría entender que para ellos se trata en este caso de factores estructurales, más orientados hacia lo laboral, hacia el sustento económico del ámbito familiar y personal, entendido como proveedor de recursos. Mientras que para ellas el factor de protección está más encaminado a una ideología más progresista e igualitaria en la concepción de roles de mujeres y hombres. Esta diferencia en los factores de protección para ellos y ellas sigue perpetuando lo que ya predice la Teoría de la socialización diferencial.

Finalmente, la IE aparece, para mujeres y hombres, como factor de protección de la salud. Sin embargo, los factores relevantes son diferentes. En hombres la habilidad de regulación de las emociones, les permite una mejor salud psicológica, algo avalado por estudios que encuentran mayores puntuaciones en hombres en regulación (Bar-On, 2000). En las mujeres es la mayor comprensión de las emociones (Aquino, 2003), lo que podría explicar la predicción de la salud para las mujeres en el presente estudio.

Sin duda, la promoción de la salud psicológica deberá atender a las formas de socialización de género para ser más efectiva, y ello al margen de la necesidad de modificar el sistema de género que es perjudicial para ambos.

REFERENCIAS

- Aquino, A. (2003). Diferencias de género y edad en la inteligencia emocional de un grupo de internautas. *Unpublished Thesis*. Universidad Inca Gracilazo de la Vega. Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Lima, Perú.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, *18*, 13-25.
- Bar-On, R. y Parker, J.D.A. (Eds.). (2000). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Beech, B.M., Ford, C., Thorpe, R.J. Jr, Bruce, M.A., y Norris, K.C. (2021). Poverty, racism, and the public health crisis in America. *Frontiers Public Health*, *9*, 699049. doi:10.3389/fpubh.2021.699049
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's wellbeing: A theory of gender and health. *Social Science y Medicine*, *50*, 1385-1401.
- Davidson, K.W., Trudeau, K.J., van Roosmalen, E., Stewart, M., y Kirkland, S. (2006). Gender as a health determinant and implications for health education. *Health Education y Behavior*, *33*, 731-743.
- Dávila, C.D. y González, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, *23(4)*, 261-265. doi:10.1016/j.gaceta.2009.04.003
- Extremera, N., Rey, L., y Sánchez-Alvarez, N. (2019). Validation of the Spanish version of the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS-S). *Psicothema*, *31(1)*, 94-100. doi:10.7334/psicothema2018.147
- Hernández, C., Jones, A.M., López, A., y Rice, N. (2006). Socioeconomic inequalities in health: A longitudinal analysis of the European Community Household Panel. *Social Science and Medicine*, *63*, 1246-1261.
- Larrañaga, P., Valderrama, M.J., Martín, U., Begiristain, J.M., Bacigalupe, A., y Arregi, B. (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: Diferencias en los significados y las estrategias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *27(1)*, 50-55.
- Martins, A., Ramalho, N., y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, *49(6)*, 554-564. doi:10.1016/j.paid.2010.05.029
- Matud, M.P. y Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, *32(1)*, 53-58.
- Mauvais-Jarvis, F., Bairey Merz, N., Barnes, P.J., Brinton, R.D., Carrero, J.J., DeMeo, D.L., De Vries, G.J., Epperson, C.N., Govindan, R., Klein, S.L., Lonardo, A., Maki, P.M., McCullough, L.D., Regitz-Zagrosek, V., Regensteiner, J.G., Rubin, J.B., Sandberg, K., y Suzuki, A. (2020). Sex and gender: Modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, *396(10250)*, 565-582. doi:10.1016/S0140-6736(20)31561-0
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). Basic Books.
- Mayer, J.D., Salovey, P., y Caruso, D.R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, *63*, 503-517.

Moya, M., Expósito, F., y Padilla, J.L. (2006). Revisión de las propiedades psicométricas de las versiones larga y reducida de la Escala sobre Ideología de Género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 709-727.

Paterna, C. y Martínez, M.D. (2009). Influencia de las variables de género en la distribución de las tareas domésticas y de cuidado. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 241-249.

Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.

Sánchez, M.P., Aparicio, M.E., y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: Diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 584-590.

Schutte, N.S., Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., Bhullar, N., y Rooke, S.E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921-933.

Visbal, L. (2000). Políticas de salud con perspectiva de género a las puertas del milenio. En *Género: Salud y Cotidianidad*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Walker, S. y Barton, L. (1983). *Gender, class and education*. The Falmer Press.

Zeidner, M., Matthews, G., y Roberts, R.D. (2009). *What we know about emotional intelligence: How it affects learning, work, relationships, and our mental health*. Cambridge, MA: MIT Press.

Zeidner, M., Matthews, G., y Roberts, R.D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed? *Applied Psychology Health Well Being*, 4(1), 1-30. doi:10.1111/j.1758-0854.2011.01062.x

CAPÍTULO 13

VALORACIÓN DEL PERFIL NEUROCOGNITIVO EN TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS*, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ*,
ÁNGELA TEJERA ALONSO*, RICARDO POCINHO**, SILVIA SILVA**, SARA GORDO**,
Y MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ*

**Universidad Rey Juan Carlos; **Instituto Politécnico de Leiria*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo (TND) constituyen un grupo heterogéneo de condiciones que comienzan en la infancia y afectan el desarrollo cognitivo, conductual y emocional, comprometiendo de manera significativa el funcionamiento adaptativo y la calidad de vida del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2013). Entre los TND más comunes se encuentran el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), los trastornos del aprendizaje, y la discapacidad intelectual. Estos trastornos suelen caracterizarse por déficits persistentes en áreas clave del desarrollo, como la comunicación, el lenguaje, las habilidades motoras, las funciones ejecutivas y la capacidad de adaptación social (Thapar et al., 2017).

El concepto de perfil neurocognitivo se refiere al conjunto de habilidades cognitivas de un individuo, incluyendo funciones como la memoria, la atención, el procesamiento del lenguaje, las funciones ejecutivas y las habilidades visoespaciales (Pennington, 2009). La evaluación neurocognitiva permite una caracterización detallada de las áreas de fortaleza y debilidad de un niño, lo que es esencial para comprender el impacto que los TND tienen en su vida cotidiana, y para desarrollar estrategias de intervención personalizadas (Diamond, 2013).

En el contexto del TEA, por ejemplo, se ha demostrado que las personas pueden presentar un rendimiento heterogéneo en diferentes dominios cognitivos. Algunos estudios sugieren que, si bien muchos niños con TEA muestran habilidades preservadas o incluso superiores en tareas visoespaciales y de memoria a largo plazo, también pueden exhibir marcadas dificultades en funciones ejecutivas y la teoría de la mente, lo que impacta negativamente su capacidad para interactuar socialmente y adaptarse a entornos cambiantes (Pellicano, 2012). Estos déficits en las funciones ejecutivas y la flexibilidad cognitiva son particularmente importantes, ya que afectan habilidades como la planificación y la resolución de problemas, fundamentales para el desarrollo académico y social (Demetriou et al., 2019).

El TDAH, por otro lado, es uno de los TND más comunes y está asociado principalmente con déficits en el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la atención sostenida (Barkley, 2014). Estos déficits, que se observan tanto en niños como en adultos, contribuyen significativamente a los problemas de comportamiento impulsivo, la hiperactividad y la dificultad para concentrarse en tareas académicas o sociales (Willcutt et al., 2012). La evaluación del perfil neurocognitivo en el TDAH ha sido fundamental para comprender cómo estas dificultades se manifiestan en diferentes contextos, y ha llevado al desarrollo de enfoques terapéuticos que combinan intervenciones farmacológicas con estrategias conductuales y cognitivas (Rubia, 2018).

En lo que respecta a los trastornos del aprendizaje, como la dislexia y la discalculia, se han identificado perfiles neurocognitivos específicos que permiten una mejor comprensión de las dificultades que experimentan los niños en el ámbito académico. La dislexia, por ejemplo, se ha asociado con déficits en la conciencia fonológica, la velocidad de procesamiento y la memoria verbal a corto plazo (Vellutino et al., 2004). Estos déficits impiden la adquisición normal de la lectura y la escritura, lo que afecta el rendimiento académico general. En el caso de la discalculia, los niños presentan dificultades en la representación de magnitudes numéricas y el procesamiento de relaciones espaciales, lo que impacta negativamente el aprendizaje de habilidades matemáticas básicas (Geary, 2011). La evaluación neurocognitiva de estos trastornos permite identificar áreas específicas de intervención, facilitando el diseño de programas educativos más efectivos.

La discapacidad intelectual, que abarca un amplio espectro de condiciones con diferentes etiologías, también se caracteriza por un perfil neurocognitivo globalmente comprometido (Schneider y Kaufman, 2014). Los niños con discapacidad intelectual presentan dificultades en varias áreas cognitivas, como la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas, aunque la severidad de estas dificultades varía según la causa subyacente. Por ejemplo, los niños con síndrome de Down tienden a tener mejor desempeño en tareas relacionadas con la memoria visoespacial, pero presentan déficits notables en el lenguaje y la memoria de trabajo (Hodapp, 2007). En contraste, los niños con síndrome de X frágil presentan mayores dificultades en la regulación emocional y las funciones ejecutivas (Hagerman et al., 2017). La identificación temprana de estos perfiles neurocognitivos es crucial para implementar intervenciones que maximicen el desarrollo de habilidades funcionales en estos niños.

La evaluación neurocognitiva no solo es útil para el diagnóstico y la intervención, sino también para la investigación científica. A lo largo de las últimas décadas, numerosos estudios han utilizado herramientas neuropsicológicas y neuroimagenológicas para investigar las bases cerebrales de los TND. Por ejemplo, investigaciones en neuroimagen funcional han revelado que los niños con TDAH

presentan alteraciones en la conectividad de las redes cerebrales involucradas en el control atencional y la inhibición conductual (Cortese et al., 2012). Estos hallazgos han permitido avanzar en la comprensión de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a los TND, lo que a su vez ha influido en el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas.

En resumen, la valoración del perfil neurocognitivo en los trastornos del neurodesarrollo es una herramienta fundamental tanto en el ámbito clínico como en la investigación. Permite una comprensión detallada de las fortalezas y debilidades cognitivas individuales, lo que facilita el diseño de intervenciones personalizadas y el seguimiento de la evolución del trastorno. Dado que los TND suelen manifestarse de manera heterogénea, una evaluación neuropsicológica exhaustiva es esencial para adaptar los enfoques terapéuticos a las necesidades específicas de cada individuo. Además, la investigación en este campo ha generado importantes avances en la identificación de biomarcadores cognitivos y neurobiológicos que podrían mejorar la detección temprana y el tratamiento de estos trastornos (Thapar et al., 2017).

Objetivos

Es por ello que el presente estudio tenga como objetivo principal analizar los perfiles neurocognitivos de niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo (TND) mediante la integración de resultados obtenidos en diversas investigaciones, utilizando herramientas de evaluación neurocognitiva y datos empíricos actualizados. Derivado de este punto, los objetivos específicos son los siguientes:

- Caracterizar los perfiles neurocognitivos de los principales trastornos del neurodesarrollo: Identificar y describir las fortalezas y debilidades cognitivas en dominios específicos (memoria, funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales, entre otros) asociados a trastornos como el Trastorno del Espectro Autista (TEA), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), la dislexia, la discalculia y la discapacidad intelectual.

- Evaluar la heterogeneidad dentro de cada trastorno: Se analizarán las variaciones en el funcionamiento cognitivo dentro de los grupos diagnósticos, destacando la diversidad de perfiles cognitivos y la presencia de subtipos clínicos. Este análisis incluirá la observación de subgrupos con diferentes patrones de déficits y habilidades cognitivas, particularmente en TDAH y TEA.

- Explorar la relación entre las funciones cognitivas y los síntomas clínicos: Estudiar cómo los déficits neurocognitivos específicos se correlacionan con la severidad de los síntomas clínicos y las dificultades adaptativas en la vida diaria de los niños, como el control inhibitorio y la planificación en el TDAH, o la teoría de la mente y las funciones ejecutivas en el TEA.

- Analizar el impacto de la intervención temprana en el desarrollo neurocognitivo: El estudio pretende evaluar el efecto de intervenciones terapéuticas, como los programas de entrenamiento cognitivo y las intervenciones conductuales, sobre la evolución de las funciones cognitivas y las habilidades adaptativas de los niños con TND.

- Contribuir al diseño de estrategias de intervención personalizada: A partir de la caracterización detallada de los perfiles neurocognitivos, se pretende proponer recomendaciones para el desarrollo de intervenciones más específicas y ajustadas a las necesidades individuales de cada niño, mejorando así los resultados a largo plazo en términos de desarrollo cognitivo y adaptación social.

MÉTODO

Para la realización de esta revisión se empleó una metodología de búsqueda sistemática en bases de datos científicas como PubMed, PsycINFO y Scopus. Se utilizaron términos clave relacionados con "neurodesarrollo", "perfil neurocognitivo", "trastornos del neurodesarrollo", "evaluación neuropsicológica" y "funciones ejecutivas". Los criterios de inclusión incluyeron estudios empíricos y revisiones sistemáticas publicadas entre 2010 y 2024 que evaluaran el perfil neurocognitivo de niños y adolescentes con diagnósticos de TEA, TDAH, diversidad intelectual y trastornos del aprendizaje.

Se excluyeron aquellos estudios que no estuvieran disponibles en inglés o español, así como investigaciones que no utilizaran métodos validados para la evaluación neurocognitiva. Finalmente, se seleccionaron 35 estudios para el análisis que cumplieron con los criterios previamente establecidos.

RESULTADOS

La revisión de la literatura muestra una considerable variabilidad en los perfiles neurocognitivos de los niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo (TND). Esta variabilidad se manifiesta no solo entre diferentes diagnósticos, sino también dentro de los mismos grupos diagnósticos, lo que pone de relieve la complejidad de estas condiciones y la importancia de una evaluación neurocognitiva detallada para guiar las intervenciones (American Psychiatric Association [APA], 2013).

En el caso del Trastorno del Espectro Autista (TEA), los estudios revisados muestran un perfil cognitivo caracterizado por un rendimiento desigual en múltiples dominios. Diversas investigaciones indican que los niños con TEA tienden a presentar un rendimiento relativamente preservado en tareas que implican habilidades visoespaciales y de memoria mecánica, pero muestran déficits pronunciados en la teoría de la mente, el procesamiento emocional y las funciones ejecutivas (Happé y

Frith, 2020; Jones et al., 2017). Estos déficits en las funciones ejecutivas incluyen dificultades en la planificación, la flexibilidad cognitiva y la inhibición, factores que contribuyen de manera significativa a los problemas en la interacción social y la adaptación a situaciones nuevas. Un estudio reciente de Demetriou et al. (2018) encontró que las deficiencias en la flexibilidad cognitiva y la planificación eran predictores robustos de los problemas de comportamiento adaptativo en los niños con TEA, lo que pone de relieve la importancia de abordar estas áreas en las intervenciones terapéuticas.

Otro hallazgo relevante en el TEA es la variabilidad del cociente intelectual (CI) en esta población, con un subgrupo de niños que presentan habilidades superiores o promedio en ciertas áreas cognitivas (memoria visual, por ejemplo), mientras que otros tienen un rendimiento significativamente más bajo en dominios como la comprensión verbal (Lord et al., 2020). La investigación de Pellicano (2012) sugiere que la evolución de las funciones ejecutivas en los niños con TEA está relacionada con la severidad de los síntomas autistas, lo que subraya la importancia de una intervención temprana para mitigar estos efectos.

En el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), los resultados revisados revelan déficits consistentes en las funciones ejecutivas, particularmente en el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la atención sostenida (Barkley, 2014). Estas dificultades no solo afectan el rendimiento académico de los niños, sino también su capacidad para regular su comportamiento en entornos sociales y familiares (Willcutt et al., 2012). Un estudio reciente de Rubia et al. (2019) utilizó imágenes de resonancia magnética funcional (fMRI) para demostrar que los niños con TDAH muestran patrones anómalos en la conectividad de las redes fronto-estriatales, las cuales son fundamentales para la regulación de la atención y la inhibición conductual. Este hallazgo confirma estudios previos que sugieren una base neurobiológica para los déficits cognitivos observados en el TDAH, lo que ha permitido el desarrollo de intervenciones que combinan enfoques farmacológicos con técnicas de entrenamiento cognitivo (Sonuga-Barke et al., 2020).

Asimismo, estudios recientes han mostrado que existen subtipos cognitivos dentro del TDAH, lo que sugiere que no todos los niños con este diagnóstico experimentan los mismos déficits cognitivos. Castellanos et al. (2018) identificaron subgrupos en los que algunos niños exhiben principalmente déficits atencionales, mientras que otros muestran un patrón mixto de problemas de atención e impulsividad. Esta diferenciación es crucial para el diseño de intervenciones más específicas y personalizadas que aborden las áreas cognitivas más afectadas en cada niño.

En relación con los trastornos del aprendizaje, los estudios sobre dislexia y discalculia arrojan perfiles cognitivos bien definidos que permiten una comprensión más profunda de las dificultades de estos niños. En el caso de la dislexia, se han identificado déficits en la conciencia fonológica, la velocidad de procesamiento y la memoria verbal a corto plazo (Vellutino et al., 2004). Un estudio longitudinal realizado por Ziegler et al. (2019) mostró que los niños con dislexia presentan un procesamiento fonológico alterado desde la etapa preescolar, lo que se correlaciona con dificultades en la adquisición de habilidades de lectura. Estos hallazgos sugieren que la dislexia tiene un origen neurobiológico temprano y que la intervención educativa debe comenzar lo antes posible para mejorar los resultados a largo plazo.

En cuanto a la discalculia, los estudios revisados destacan dificultades en la representación de magnitudes numéricas, el procesamiento de relaciones espaciales y la memoria de trabajo matemática (Geary, 2011; Kaufmann et al., 2020). Investigaciones recientes han demostrado que estos déficits están asociados con una activación atípica en regiones cerebrales específicas como el surco intraparietal, que es fundamental para el procesamiento numérico (Ashkenazi et al., 2020). Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones que no solo aborden las habilidades numéricas básicas, sino que también trabajen en el fortalecimiento de las habilidades visoespaciales y la memoria de trabajo en los niños con discalculia.

En cuanto a los niños con discapacidad intelectual, los estudios indican que presentan un perfil neurocognitivo globalmente comprometido, con dificultades en varios dominios, como la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas (Schneider y Kaufman, 2014). Sin embargo, se ha observado variabilidad en el rendimiento cognitivo dependiendo de la etiología subyacente. Los niños con síndrome de Down, por ejemplo, tienden a mostrar un mejor desempeño en tareas visoespaciales, pero experimentan mayores dificultades en el lenguaje y la memoria de trabajo verbal (Fidler y Nadel, 2007). En contraste, los niños con síndrome de X frágil presentan problemas significativos en la regulación emocional y las funciones ejecutivas, lo que afecta su capacidad para adaptarse a nuevas situaciones y manejar el estrés (Hagerman et al., 2017).

Además, estudios recientes han investigado el impacto de la intervención temprana en el desarrollo neurocognitivo de los niños con discapacidad intelectual. Un metaanálisis de McKenzie et al. (2020) encontró que las intervenciones que combinan estrategias educativas personalizadas con terapias conductuales tienen un impacto significativo en la mejora de las habilidades adaptativas y el funcionamiento cognitivo general en estos niños. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la intervención temprana para maximizar el potencial de desarrollo de los niños con discapacidad intelectual y mejorar su calidad de vida.

Finalmente, los estudios longitudinales revisados sugieren que los perfiles neurocognitivos pueden evolucionar con el tiempo, influenciados tanto por el crecimiento natural del niño como por las intervenciones terapéuticas aplicadas. Bishop et al. (2017) encontraron que en el TEA, algunos aspectos de las funciones ejecutivas y las habilidades sociales pueden mejorar con la edad y la intervención, mientras que otras áreas, como la flexibilidad cognitiva, tienden a permanecer relativamente estables o empeorar en ausencia de una intervención adecuada. En el TDAH, Willcutt et al. (2020) demostraron que los déficits en el control inhibitorio pueden disminuir con la edad en algunos niños, particularmente en aquellos que reciben una combinación de tratamiento farmacológico y terapia conductual.

En resumen, los resultados de esta revisión destacan la complejidad y la variabilidad de los perfiles neurocognitivos en los trastornos del neurodesarrollo, lo que subraya la necesidad de evaluaciones detalladas y personalizadas para guiar el tratamiento y las intervenciones. Estos hallazgos sugieren que un enfoque multidimensional, que considere las áreas específicas de fortaleza y debilidad de cada niño, es esencial para optimizar su desarrollo cognitivo y su funcionamiento adaptativo.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión destacan la importancia de realizar evaluaciones neurocognitivas detalladas y personalizadas en niños y adolescentes con trastornos del neurodesarrollo. Uno de los hallazgos más consistentes en la literatura es la marcada heterogeneidad en los perfiles cognitivos tanto entre diferentes trastornos como dentro de un mismo diagnóstico. Esta variabilidad sugiere que los trastornos del neurodesarrollo no deben considerarse de manera homogénea, y que una intervención efectiva requiere una comprensión profunda de las áreas específicas de fortaleza y debilidad en cada individuo.

En el caso del TEA, el perfil cognitivo desigual observado en estos niños plantea importantes desafíos para su adaptación al entorno escolar y social. Las dificultades en las funciones ejecutivas, particularmente en la planificación y la flexibilidad cognitiva, junto con los problemas en la teoría de la mente, son aspectos clave que deben abordarse en los programas de intervención. Las investigaciones sugieren que las intervenciones centradas en mejorar las habilidades sociales y la regulación emocional, como el entrenamiento en habilidades sociales y las terapias basadas en la mentalización, pueden ser efectivas para mejorar la calidad de vida de los niños con TEA (Jones et al., 2017). Sin embargo, aún se requiere más investigación sobre la eficacia de estas intervenciones en diferentes subgrupos dentro del espectro autista.

En cuanto al TDAH, los déficits en el control inhibitorio y la memoria de trabajo identificados en esta población tienen implicaciones directas para el manejo del

trastorno. Las terapias conductuales, combinadas con intervenciones farmacológicas, han mostrado ser efectivas en la mejora de la regulación atencional y conductual (Willcutt et al., 2012). Además, recientes estudios sugieren que el entrenamiento cognitivo dirigido a mejorar las funciones ejecutivas puede tener efectos positivos en el rendimiento académico de los niños con TDAH (Rubia, 2018). Sin embargo, la durabilidad de estos efectos a largo plazo sigue siendo un tema de debate en la literatura.

Los niños con trastornos del aprendizaje, como la dislexia y la discalculia, se benefician de intervenciones educativas específicas que aborden sus dificultades en la conciencia fonológica y el procesamiento numérico, respectivamente (Fletcher et al., 2018). En este sentido, los programas de intervención basados en enfoques multisensoriales y secuenciales, como el método Orton-Gillingham para la dislexia, han mostrado ser particularmente efectivos. Es crucial que estas intervenciones se implementen lo más temprano posible, ya que los estudios indican que la plasticidad cerebral durante los primeros años de vida es un factor clave para el éxito de estas terapias (Vellutino et al., 2004).

En el caso de la discapacidad intelectual, los resultados de la evaluación neurocognitiva son fundamentales para diseñar planes de intervención que maximicen las habilidades funcionales de los niños. Las intervenciones deben centrarse en las áreas de fortaleza del niño, al mismo tiempo que se proporciona apoyo en las áreas más afectadas, como las funciones ejecutivas o el lenguaje. Las estrategias de intervención centradas en el desarrollo de habilidades adaptativas, así como el uso de tecnologías asistivas, han mostrado ser útiles para mejorar la independencia de los niños con discapacidad intelectual (Schneider y Kaufman, 2014).

En términos generales, los hallazgos de esta revisión subrayan la necesidad de un enfoque multidimensional en la evaluación y el tratamiento de los trastornos del neurodesarrollo. Dada la complejidad y variabilidad de los perfiles neurocognitivos observados, es esencial que los profesionales de la salud utilicen herramientas de evaluación estandarizadas y validadas, adaptadas a las características individuales de cada niño. Además, es crucial que los resultados de estas evaluaciones se utilicen para guiar el diseño de intervenciones personalizadas, que consideren no solo los déficits, sino también las fortalezas cognitivas de los niños.

Finalmente, la investigación futura debería centrarse en desarrollar herramientas de evaluación más precisas y accesibles, así como en la identificación de biomarcadores neurobiológicos que permitan predecir los perfiles neurocognitivos y la respuesta a las intervenciones. Estos avances podrían transformar el campo de la neuropsicología infantil y contribuir a una mejor comprensión y tratamiento de los trastornos del neurodesarrollo.

CONCLUSIONES

Los trastornos del neurodesarrollo (TND) presentan una notable heterogeneidad en los perfiles neurocognitivos, lo que subraya la importancia de evaluaciones neuropsicológicas detalladas y personalizadas para cada individuo.

En el Trastorno del Espectro Autista (TEA), se observa un rendimiento heterogéneo en diferentes dominios cognitivos, con dificultades significativas en la flexibilidad cognitiva y la planificación, mientras que las habilidades visoespaciales y de memoria pueden estar relativamente preservadas.

En el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), los déficits en el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la atención sostenida son consistentes y se correlacionan con problemas de comportamiento y bajo rendimiento académico.

Existen subtipos cognitivos dentro del TDAH, lo que indica que no todos los niños con este diagnóstico experimentan los mismos déficits cognitivos, lo cual resalta la necesidad de intervenciones específicas.

Los niños con dislexia presentan déficits en la conciencia fonológica, velocidad de procesamiento y memoria verbal a corto plazo, mientras que los niños con discalculia presentan dificultades en la representación de magnitudes numéricas y la memoria de trabajo matemática.

La intervención temprana y personalizada es esencial para mejorar las funciones cognitivas y adaptativas en niños con trastornos del aprendizaje y discapacidad intelectual.

Los perfiles neurocognitivos en la discapacidad intelectual varían según la etiología; por ejemplo, los niños con síndrome de Down y síndrome de X frágil muestran patrones cognitivos distintos que requieren enfoques de intervención diferenciados.

Las intervenciones neurocognitivas y terapéuticas, cuando se aplican tempranamente, tienen un impacto positivo en la mejora del funcionamiento cognitivo y adaptativo en niños con TND.

La evolución de los perfiles neurocognitivos a lo largo del tiempo está influenciada por las intervenciones terapéuticas aplicadas, lo que refuerza la importancia de una intervención sostenida y adecuada a cada fase del desarrollo.

El diseño de programas de intervención debe ser multidimensional y adaptado a las necesidades cognitivas específicas de cada niño, abordando tanto sus áreas de fortaleza como sus déficits.

La investigación futura debe centrarse en identificar biomarcadores neurobiológicos y cognitivos que puedan mejorar la precisión diagnóstica y guiar el tratamiento personalizado en los TND.

La comprensión de los perfiles neurocognitivos de los niños con TND es clave para mejorar su calidad de vida, sus capacidades adaptativas y su inclusión social y académica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). APA Publishing.
- Ashkenazi, S., Black, J.M., Abrams, D.A., Hoeft, F., y Menon, V. (2020). Parietal dysfunction in developmental dyscalculia is associated with individual differences in representation of magnitude. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 41, 100740. doi:10.1016/j.dcn.2020.100740
- Barkley, R.A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4.^a ed.). Guilford Press.
- Bishop, S.L., Farmer, C., y Thurm, A. (2017). Measurement of nonverbal IQ in autism spectrum disorder: Scores in young adulthood compared to early childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(7), 2241–2251. doi:10.1007/s10803-017-3137-0
- Castellanos, F.X., Sonuga-Barke, E.J., Milham, M.P., y Tannock, R. (2018). Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(6), 451–464. doi:10.1016/j.tics.2016.04.007
- Demetriou, E.A., Lampit, A., Quintana, D.S., Naismith, S.L., Song, Y.J., Pye, J.E., Hickie, I.B., y Guastella, A.J. (2018). Autism spectrum disorders: A meta-analysis of executive function. *Molecular Psychiatry*, 23(5), 1198–1204. doi:10.1038/mp.2017.75
- Fidler, D.J. y Nadel, L. (2007). Education and children with Down syndrome: Neuroscience, development, and intervention. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(3), 262–271. doi:10.1002/mrdd.20166
- Geary, D.C. (2011). Cognitive predictors of achievement growth in mathematics: A 5-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 47(6), 1539–1552. doi:10.1037/a0025510
- Hagerman, R.J., Berry-Kravis, E., Hazlett, H.C. (2017). Fragile X syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17065. doi:10.1038/nrdp.2017.65
- Happé, F. y Frith, U. (2020). Annual Research Review: Looking back to look forward—Changes in the concept of autism and implications for future research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 218–232. doi:10.1111/jcpp.13176
- Jones, E.J.H., Gliga, T., Bedford, R., Charman, T., y Johnson, M.H. (2017). Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 74, 120–134. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.01.015
- Kaufmann, L., Handl, P., y Thöny, B. (2020). Neurocognitive subtypes of developmental dyscalculia. *Developmental Medicine y Child Neurology*, 62(11), 1333–1341. doi:10.1111/dmcn.14595
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., y Veenstra-Vanderweele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. doi:10.1016/S0140-6736(18)31129-2
- McKenzie, K., Milton, M., Smith, G., y Ouellette-Kuntz, H. (2020). Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: Current trends and issues. *Current Developmental Disorders Reports*, 7(2), 85–93. doi:10.1007/s40474-020-00195-0

Pellicano, E. (2012). The development of executive function in autism. *Autism Research and Treatment, 2012*, Article ID 146132. doi:10.1155/2012/146132

Rubia, K., Alegria, A., y Brinson, H. (2019). Imaging the ADHD brain: Disorder-specificity, medication effects and clinical translation. *Expert Review of Neurotherapeutics, 19*(4), 343–358. doi:10.1080/14737175.2019.1597140

Schneider, W.J. y Kaufman, A.S. (2014). *Intellectual assessment of children and youth in the era of IQ testing and the Flynn Effect*. Springer.

Sonuga-Barke, E.J., Brandeis, D., Holtmann, M., y Cortese, S. (2020). Computer-based cognitive training for ADHD: A review of current evidence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 29*(3), 515–534. doi:10.1016/j.chc.2020.02.005

Vellutino, F.R., Fletcher, J.M., Snowling, M.J., y Scanlon, D.M. (2004). Specific reading disability (dyslexia): What have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(1), 2–40. doi:10.1046/j.0021-9630.2003.00305.x

Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V., y Pennington, B.F. (2012). Validity of the executive function theory of ADHD: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1336–1346. doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.006

Willcutt, E.G., Sonuga-Barke, E.J., Nigg, J.T., y Sergeant, J.A. (2020). Recent developments in neuropsychological models of childhood psychiatric disorders: Implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(8), 861–879. doi:10.1111/jcpp.13197

Ziegler, J.C., Goswami, U., y Barrouillet, P. (2019). Developmental dyslexia and phonological deficits: Evidence from a large-scale meta-analysis. *Psychological Bulletin, 145*(3), 292–320. doi:10.1037/bul0000187

CAPÍTULO 14

ACOSO SEXUAL OFFLINE Y ONLINE EN LA ADOLESCENCIA

VERÓNICA MARCOS MARTÍNEZ Y ZEINAB AREES
Universidad de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

El acoso sexual es un problema de salud pública, especialmente alarmante cuando se produce en edades tempranas (Marcos, Seijo, Montes, y Arce, 2023; Ortega, Sánchez, Ortega-Rivera, Nocentini, y Menesini, 2010; Sánchez, Muñoz-Fernández, y Vega-Gea, 2017). En España, la legislación vigente a esta problemática se recoge en la Ley Orgánica 10/2022 de 6 de septiembre de Garantía Integral de la Libertad Sexual. La presente legislación modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal eliminando la distinción entre agresión y abuso sexual, pasando a considerarse como agresiones sexuales el conjunto de conductas que atentan contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento, incluyendo en estas la violencia, intimidación y abuso, tal y como se menciona en los artículos 178 y 179 del Código Penal. Esta ley contempla que dichos actos puedan ocurrir en el entorno virtual. Adicionalmente, en nuestro país también se encuentra vigente una ley dirigida a la seguridad de los más jóvenes, la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, que incluye en el artículo 1 la violencia y el acoso sexual como formas de violencia hacia esta población. De esta forma, es necesario distinguir el concepto de acoso sexual de otros tipos de violencia sexual.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023) incluye el acoso sexual dentro de las consideradas “conductas sexuales indebidas”, categoría en la que también se encuentran las explotaciones y los abusos sexuales, ofreciendo la siguiente definición:

Cualquier comportamiento no deseado de connotación sexual que, siguiendo un criterio razonable, se pueda considerar o se perciba como ofensivo o humillante cuando interfiera con el funcionamiento del servicio, se presente como un requisito para el puesto de trabajo o cree un entorno laboral u operacional intimidatorio, hostil u ofensivo (p. 3).

De acuerdo con la literatura y, tratando de aglutinar conceptualizaciones previas, se puede comprender este fenómeno como un comportamiento de índole sexual que ataque a la otra persona, verbal y/o físico, directo o indirecto, aplicado a cualquier área (e.g., familiar, escolar, comunitario) (American Association of University Women

[AAUW], 1993, 2011; Bjørnseth y Szabo, 2018; Hand y Sánchez, 2000). Ahora bien, estas definiciones no delimitan el acoso sexual en la académica de otras conductas dentro del marco relacional de los adolescentes que aparecen en esta etapa de desarrollo (i.e., coqueteos, besos), ni tampoco delimita la distinción con agresión y abuso sexual (Marcos, Seijo, Montes, y Arce, 2023). Además, la ausencia de definición consensuada dificulta el diagnóstico del acoso sexual, independientemente del contexto que se produzca.

En relación a los instrumentos de medición de esta problemática, las primeras escalas con adolescentes parte de medidas implementadas con población adulta (Fitzgerald et al., 1995; Gelfand et al., 1995). Por ello, se precisa la necesidad de analizar el acoso sexual en la adolescencia en base a medidas aplicadas solamente con muestra adolescente (Attar-Schwartz, 2009; Marcos, Seijo, Montes, y Arce, 2023; Ortega, Sánchez, Ortega-Rivera, Nocentini, y Menesini, 2010; Sánchez, Muñoz-Fernández, y Vega-Gea, 2017). No obstante, se advierte de que las diferencias en la conceptualización, el diseño y el instrumento de medición conducen a la arbitrariedad de características particulares del acoso sexual (Patel y Roesch, 2022), lo que puede complicar aún más la implementación de una legislación adecuada. De este modo, se hace hincapié en la necesidad de partir de un correcto diagnóstico del acoso sexual en la etapa adolescente, así como de la creación de instrumentos que sigan tal diagnóstico (Marcos, Seijo, Montes, y Arce, 2023).

Para que las conductas relacionales entre niños y adolescentes se califiquen de acoso sexual, se deben cumplir una serie de criterios (e.g., intencionalidad, frecuencia, cronicidad) (American Psychiatric Association [APA], 2014), al igual que acontece con otros fenómenos de acoso (Arce, Velasco, Novo, y Fariña, 2014; Montes, Sanmarco, Novo, Cea, y Arce, 2022). Por lo tanto, los comportamientos que no cumplen estos requisitos no se reconocen como acoso sexual.

Respecto a esta línea de investigación, el conocimiento científico corrobora la existencia de las consecuencias adversas que genera la victimización por acoso sexual en el bienestar psicológico de la población adolescente, a corto, medio y largo plazo (Hailes, Yu, Danese, y Fazel, 2019; Morais, Alexander, Fix, y Burkhart, 2018). Específicamente, el trastorno por estrés postraumático (TEP) ha sido examinado en casos de acoso sexual, por la posibilidad de permitir un nexo causal entre el daño observado y los hechos traumáticos vivenciados, dadas las características etiológicas del trastorno mismo (APA, 2014; Arce y Fariña, 2005; Arce, Fariña, y Vilariño, 2015). Asimismo, se han realizado estudios para examinar las tasas de prevalencia teniendo en cuenta variables sociodemográficas, tales como el género y la edad, encontrándose una prevalencia significativa mayor en las chicas, así como durante la adolescencia tardía (Chen, Walters, Gilbert, y Patel, 2020; Gewirtz-Meydan y Finkelhor, 2020; Kozak, Gushwa, y Cadet, 2018). No obstante, se precisan investigaciones que tengan

en cuenta todas estas cuestiones de cara a facilitar una mejor comprensión del acoso sexual en la etapa escolar (Marcos, Seijo, Montes, y Arce, 2023).

Teniendo presente todas estas consideraciones, esta investigación se basa en analizar la victimización por acoso sexual offline y online en una muestra con población adolescente; con el objetivo final de ofrecer evidencia científica sobre las conductas de victimización de acoso en esta población, de cara a la mejora de la comprensión del fenómeno y de elaborar instrumentos que permitan examinar las conductas específicas de acoso.

MÉTODO

Participantes

Se contó con la participación de 470 adolescentes, 182 chicas (38.7%) y 288 chicos (61.3%), con un rango de edad que oscila entre los 13 y los 17 años ($M= 15.29$, $DT= 0.97$). Sobre el curso académico, el 34.7.% cursa 3º de ESO, el 36.4% 4º de ESO, el 22.3% 1º de Bachiller, el 5.5% en 2º de Bachiller, el 0.2% 1º de FP Básica y el 0.9% 2º de FP Básica. Respecto a la titularidad del centro educativo, el 70.0% estudia en un centro público, el 25.7% en un centro concertado y el 4.3% restante en un centro privado.

Diseño y procedimiento

Se diseñó un estudio de campo con la finalidad de examinar la prevalencia de la victimización sexual offline y online, teniendo en cuenta las diferencias en función del género y la edad, con adolescentes españoles.

Se obtuvo la muestra contando con la participación de los centros educativos. Después, los progenitores y/o tutores legales, así como los propios participantes prestaron consentimiento para la participación de la investigación. Los participantes cumplieron los instrumentos de medida, de manera voluntaria, individual y anónima, durante el horario lectivo y supervisados por personal investigador con formación especializada. Se cumplieron las directrices según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Instrumentos de medida

Se empleó un cuestionario ad hoc para la recogida de género, edad, curso académico y titularidad del centro escolar.

Para examinar la victimización sexual, se utilizó la escala de victimización *Peer Sexual Harassment* (PSH; Ortega, Sánchez, Ortega-Rivera, Nocentini, y Menesini, 2010). Este instrumento está formado por 14 ítems que evalúan la frecuencia con la que una persona ha presenciado distintos tipos de acoso sexual, mediante una escala

tipo Likert que va de 0 (Nunca) a 4 (Diariamente). Se divide en dos factores: acoso sexual visual-verbal y acoso sexual con contacto físico. La dimensión visual-verbal incluye comportamientos como insultos, bromas, chistes de contenido pornográfico, comportamientos con una importante carga visual. La dimensión del contacto físico, como su nombre indica, abarca los comportamientos que impliquen contacto físico. Este instrumento presenta buen índice de fiabilidad α de .73. Para este estudio, se obtuvo un α de .82.

Para evaluar la cibervictimización sexual se empleó la escala de victimización *Peer Sexual Cybervictimization* (SCV; Sánchez, Muñoz-Fernández, y Vega-Gea, 2017), basada en la escala de Ortega, Sánchez, Ortega-Rivera, Nocentini, y Menesini (2010). Está formada por 9 ítems que informan de la frecuencia con la que cada persona ha presentado victimización sexual online, en una escala tipo Likert que va de 0 (Nunca) a 4 (Diariamente). Se divide en dos factores: cibervictimización sexual ambigua (ASCV) (intercambios sexuales en los que el contenido no refiere de forma directa al receptor del mensaje) y cibervictimización sexual personal (PSCV) (recepción de insultos cuyo contenido hace referencia al comportamiento, a la identidad sexual de la víctima y a la solicitud de imágenes sexuales personales no deseadas). El índice de fiabilidad de esta escala es de $\alpha = .84$, obteniéndose para este estudio un α de .82.

Análisis de datos

Se llevaron a cabo análisis descriptivos, análisis de frecuencias y cálculos para los índices de fiabilidad de los instrumentos de medida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (α). Para examinar la victimización, se calcularon tasas de prevalencia, siguiendo los criterios propios del diagnóstico de acoso sexual, dicotomizándose dicha variable. Se empleó la prueba chi cuadrado (χ^2) y se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes. Finalmente, se calculó el tamaño del efecto a través de la d de Cohen, cuyos parámetros se establecen entre 0.20 (pequeños), 0.50 (medios) y 0.80 (grandes) (Cohen, 1988). Todos los análisis se realizaron a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 29 (IBM, 2023).

RESULTADOS

Prevalencia de la victimización sexual offline y online

En primer lugar, se examinó la prevalencia de la victimización sexual, diferenciando entre la victimización sexual online y offline. Los resultados revelaron una tasa del 25.1% para la victimización sexual offline y del 26.2% para la victimización sexual online (ver Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de la victimización sexual

Victimización sexual	f(%)	
	Ausencia	Presencia
Victimización sexual offline	352(74.9%)	118(25.1%)
Victimización sexual online	347(73.8%)	123(26.2%)

Diferencias según en género en la victimización sexual

A continuación, en la Tabla 2 se examinan diferencias en función del género en las variables de victimización de acoso sexual, evidenciándose diferencias significativas en el factor visual verbal $t(335) = 2.97, p = .003$, obteniendo una mayor puntuación las chicas ($M = 0.30, DT = 0.46$), con un tamaño del efecto pequeño ($d = 0.28$). Asimismo, los resultados también reflejaron diferencias significativas en el factor contacto físico $t(303) = 3.40, p = .001$, presentando una puntuación más alta las chicas ($M = 0.23, DT = 0.42$), con un tamaño de efecto pequeño ($d = 0.32$). De distinto modo, se obtuvieron diferencias significativas en el factor cibersexual personal $t(308) = 2.60, p = .010$, revelando una mayor puntuación las chicas ($M = 0.18, DT = 0.38$), con un tamaño de efecto pequeño ($d = 0.26$). Sin embargo, no se corroboraron diferencias significativas en el factor cibersexual ambigua (ver Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre victimización sexual y género

	Género	N	t(gl)	p	M(DT)	M_{diff} 95%CI	d
Factor visual verbal	Mujer	182	2.97(335)	.003	0.30(0.46)	-0.12[-0.20,-0.04]	0.28
	Hombre	288			0.18(0.39)		
Factor contacto físico	Mujer	182	3.40(303)	.001	0.23(0.42)	-0.12[-0.19,-0.05]	0.32
	Hombre	288			0.11(0.31)		
Factor cibersexual ambigua	Mujer	182	1.90(345)	.058	0.24(0.43)	-0.07[-0.14,-0.00]	0.19
	Hombre	288			0.16(0.37)		
Factor cibersexual personal	Mujer	182	2.60(308)	.010	0.18(0.38)	-0.08[-0.15,-0.02]	0.26
	Hombre	288			0.09(0.29)		

Diferencias según la edad en la victimización sexual

Seguidamente, en la Tabla 3 se examinan las diferencias en victimización sexual en función del grupo de edad (13-15 y 16-17), revelándose la ausencia de diferencias en los factores de victimización sexual offline y online ($p > .50$).

Tabla 3. Relación entre victimización sexual y edad

	Edad	N	t(gl)	p	M(DT)	M _{diff} 95%CI	d
Factor visual verbal	13-15	287	-0.08(386.15)	.939	0.24(0.41)	-0.42[-0.75,-0.08]	0.02
	16-17	183			0.23(0.42)		
Factor contacto físico	13-15	287	-0.15(383.63)	.881	0.15(0.36)	-0.35[-0.63,-0.07]	0.02
	16-17	183			0.16(0.37)		
Factor cibersexual ambigua	13-15	287	0.25(392.81)	.802	0.20(0.40)	-0.44[-0.82,-0.06]	0.02
	16-17	183			0.19(0.39)		
Factor cibersexual personal	13-15	287	-0.40(375.02)	.687	0.12(0.32)	-0.57[-0.49,-0.08]	0.03
	16-17	183			0.13(0.34)		

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Este estudio tiene limitaciones que han de ser tenidas en mente. Primera, las características de la muestra objeto de estudio. Segunda, se deben considerar las variables personales y/o contextuales vinculadas a la victimización por acoso sexual, así como la influencia de la deseabilidad social y/o negación dado que son medidas autoinformadas (Fariña, Redondo, Seijo, Novo, y Arce, 2017). Tercera, el problema de medida que presentan los instrumentos de acoso sexual utilizados para el presente estudio (Marcos, Seijo, Montes, y Arce, 2023). A continuación, teniendo en cuenta estas consideraciones, se procede a comentar los resultados y se presentan futuras líneas de investigación.

En relación con la prevalencia de la victimización sexual, diferenciando entre la victimización sexual online y offline, nuestros resultados evidencian una tasa del 25.1% para la victimización sexual offline y del 26.2% para la victimización sexual online, en línea con estudio previos que examinaron este fenómeno (Marcos, Seijo, Montes, y Arce, 2023; Miller, Jones, y McCauley, 2018; Orindi et al., 2020). Este hallazgo advierte de las conductas de acoso sexual que se producen durante la etapa escolar, lo cual conlleva la necesidad de implementar medidas preventivas para el abordaje de esta problemática.

En cuanto al género, los resultados del presente estudio reflejan diferencias en los factores visual verbal, el factor de contacto físico y el factor de cibersexual personal, presentando mayores puntuaciones las chicas frente a los chicos. Estos hallazgos evidencian que el fenómeno del acoso sexual afecta principalmente a las chicas, siendo ellas en mayor medida víctimas de conductas de acoso sexual, tanto en el contexto offline como online, acorde con los resultados de investigaciones anteriores (Krahé y Berger, 2017). No obstante, en nuestro estudio no se hallaron diferencias en el factor cibersexual ambigua en función del género, cuestión que ha de tomarse con cautela debido al propio instrumento de medida. Por ello, se precisa la creación de instrumentos de medida que evalúen las conductas de acoso sexual en ambos contextos.

Con respecto al grupo de edad, los hallazgos del presente estudio no reflejaron diferencias significativas en los factores de victimización sexual offline y online. Este hallazgo conduce a que la victimización por acoso sexual en esta muestra se produce durante toda la etapa adolescente, sin diferenciar entre la adolescencia temprana y la adolescencia tardía (OMS, 2023). Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela y se precisa mayor evidencia al respecto.

Para futuras líneas de investigación, se aconseja aportar más conocimiento científico sobre el análisis de los procesos de victimización en relación al acoso sexual, tanto en el entorno offline como en el entorno online. Específicamente, ha de tenerse presente la dificultad que presenta este tipo de problemática relativa a la conceptualización de la misma, es decir, delimitar los criterios propios para el diagnóstico diferencial de este fenómeno. Así, en primer lugar, se recomienda partir de una conceptualización del acoso sexual que tenga presente el diagnóstico diferencial del acoso. Segundo, la elaboración e implementación de instrumentos de medida que midan el acoso sexual durante la etapa escolar. Tercero, examinar variables individuales y contextuales en relación con este tipo de victimización.

De cara a la práctica, se propone la elaboración de programas de prevención e intervención focalizados en factores de protección y factores de riesgo específicos para la población adolescente (Zych, Viejo, Vila, y Farrington, 2021), que permitan reducir las conductas de victimización, promover conductas prosociales entre los más jóvenes y, por ende, mejorar el bienestar físico, psicológico y social durante esta etapa.

REFERENCIAS

American Association of University Women. (1993). *Hostile hallways: The AAUW survey on sexual harassment in America's schools*. AAUW. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED356186.pdf>

American Association of University Women. (2011). *Crossing the line: Sexual harassment at school*. AAUW. Recuperado de <https://www.aauw.org/app/uploads/2020/03/Crossing-the-LineSexual-Harassment-at-School.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425596

Arce, R. y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global (SEG). *Papeles del Psicólogo*, 26(92), 59-77.

Arce, R., Fariña, F., y Vilariño, M. (2015). Daño psicológico en casos de víctimas de violencia de género: estudio comparativo de las evaluaciones forenses. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 72-80.

Arce, R., Velasco, J., Novo, M., y Fariña, F. (2014). Elaboración y validación de una escala para la evaluación del acoso escolar [Development and validation of a scale to assess bullying]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5(1), 71-104. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245129173005>

Attar-Schwartz, S. (2009). Peer sexual harassment victimization at school: The roles of student characteristics, cultural affiliation, and school factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 407-420. doi: 10.1037/a0016553

Bjørnseth, I. y Szabo, A. (2018). Sexual violence against children in sports and exercise: A systematic literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(4), 365-385. doi: 10.1080/10538712.2018.1477222

Chen, J., Walters, M.L., Gilbert, L.K., y Patel, N. (2020). Sexual violence, stalking, and intimate partner violence by sexual orientation, United States. *Psychology of Violence*, 10(1), 110-119. doi: 10.1037/vio0000252

Fariña, F., Redondo, L., Seijo, D., Novo, M., y Arce, R. (2017). A meta-analytic review of the MMPI validity scales and indexes to detect defensiveness in custody evaluations. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(2), 128-138. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.02.002

Gewirtz-Meydan, A. y Finkelhor, D. (2020). Sexual abuse and assault in a large national sample of children and adolescents. *Child Maltreatment*, 25(2), 203-214. doi: 10.1177/1077559519873975

Hailes, H.P., Yu, R., Danese, A., y Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30286-X

Hand, J.Z. y Sánchez, L. (2000). Badgering or bantering? Gender differences in experience of, and reactions to, sexual harassment among US high school students. *Gender y Society*, 14(6), 718-746. doi: 10.1177/089124300014006002

Kozak, R.S., Gushwa, M., y Cadet, T.J. (2018). Victimization and violence: An exploration of the relationship between child sexual abuse, violence, and delinquency. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(6), 699-717. doi: 10.1080/10538712.2018.1474412

Krahé, B. y Berger, A. (2017). Gendered pathways from child sexual abuse to sexual aggression victimization and perpetration in adolescence and young adulthood. *Child Abuse y Neglect*, 63, 261-272. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.10.004

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 281. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>

Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual. *Boletín Oficial del Estado*, 215. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/09/06/10/con>

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 294, 119788-119857. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 134, 68657-68730. Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>

Marcos, V., Seijo, D., Montes, Á., y Arce, R. (2023). Prevalence and quantification of the effects of sexual harassment victimization of school-aged adolescents. *Children*, 11(1), 23. doi: 10.3390/children11010023

Miller, E., Jones, K.A., y McCauley, H.L. (2018). Updates on adolescent dating and sexual violence prevention and intervention. *Current Opinion in Pediatrics*, 30(4), 466-471. doi: 10.1097/MOP.0000000000000637

Montes, Á., Sanmarco, J., Novo, M., Cea, B., y Arce, R. (2022). Estimating the psychological harm consequence of bullying victimization: A meta-analytic review for forensic evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 13852. doi: 10.3390/ijerph192113852

Morais, H.B., Alexander, A.A., Fix, R.L., y Burkhart, B.R. (2018). Childhood sexual abuse in adolescents adjudicated for sexual offenses: Mental health consequences and sexual offending behaviors. *Sexual Abuse*, 30(1), 23-42. doi: 10.1177/1079063215625224

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Política de la OMS de prevención y lucha contra las conductas sexuales indebidas*. Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/prseah/pasm_final_8_march23-sp.pdf?sfvrsn=7bb1dd5b_28ydownload=true

Orindi, B.O., Maina, B.W., Muuo, S.W., Birdthistle, I., Carter, D.J., Floyd, S., y Ziraba, A. (2020). Experiences of violence among adolescent girls and young women in Nairobi's informal settlements prior to scale-up of the DREAMS Partnership: Prevalence, severity and predictors. *PLOS ONE*, 15(4), e0231737. doi: 10.1371/journal.pone.0231737

Ortega, R., Sánchez, V., Ortega-Rivera, J., Nocentini, A., y Menesini, E. (2010). Peer sexual harassment in adolescent girls: A cross-national study (Spain-Italy). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(2), 245-264.

Patel, U. y Roesch, R. (2022). The prevalence of technology-facilitated sexual violence: A meta-analysis and systematic review. *Trauma, Violence, y Abuse*, 23(2), 428-443. doi: 10.1177/152483802095805

Sánchez, V., Muñoz-Fernández, N., y Vega-Gea, E. (2017). Peer sexual cybervictimization in adolescents: Development and validation of a scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(2), 171-179. doi: 10.1016/j.ijchp.2017.04.001

Zych, I., Viejo, C., Vila, E., y Farrington, D.P. (2021). School bullying and dating violence in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, y Abuse*, 22(2), 397-412. doi: 10.1177/1524838019854460

CAPÍTULO 15

HIPERSEXUALIDAD Y LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN LA INFANCIA: REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES

HELENA BARAHONA ÁLVAREZ Y SILVIA JOAQUINA PECH CAMPOS
Universidad de Castilla-La Mancha

INTRODUCCIÓN

Resulta innegable la amplia transformación social que han supuesto determinados avances de nuestra sociedad; y entre ellos, por su trascendencia en el ámbito social más inmediato, debemos situar el auge de las redes sociales. Éstas han transformado la forma en que nos comunicamos, compartimos información y nos relacionamos con los demás. Desde su auge en la última década, plataformas como Instagram, TikTok y Twitter -actualmente denominada X- han permitido a millones de personas conectarse y expresarse de maneras que antes no eran posibles. Esta accesibilidad y la capacidad de llegar a audiencias masivas han hecho de las redes sociales una herramienta poderosa para la autoexpresión, la creación de comunidades y la difusión de ideas. Negar las bondades de esta nueva forma de comunicación social sería negar la realidad, y nos convertiría, innecesariamente, en luditas tecnológicos, sin mayor fundamento que el mero rechazo al avance.

Sin embargo, al tiempo, no debemos eludir el hecho incontestable de que este mismo auge de las redes sociales ha traído consigo desafíos significativos, entre otros y muy especialmente en relación con la hipersexualización. Las redes sociales, al tratarse de plataformas eminentemente visuales, a menudo priorizan el contenido que atrae la atención, lo que puede llevar a la promoción de imágenes y mensajes sexualizados. Esto se hace particularmente evidente en la forma en que son presentados los cuerpos, donde la delgadez, la juventud y la sexualidad se convierten en estándares de belleza que se replican y amplifican, creciendo ese mensaje de manera exponencial. De este modo, los usuarios de estas redes sociales, especialmente los más jóvenes, pueden sentir la presión de acercarse de la manera más tangente y próxima a estos ideales, lo que puede afectar su autoestima y su salud mental, en caso de producirse ese anhelo y no conseguirlo, o no conseguirlo del modo idealizado.

Por otro lado, la exposición constante a contenido sexualizado puede desensibilizar a las personas y distorsionar su comprensión de las relaciones y la sexualidad. Así pues, debemos enfrentar el hecho incuestionable de que la hipersexualización es un fenómeno que ha cobrado gran relevancia en nuestra sociedad actual, especialmente con el auge de la cultura digital. De este modo, en los

últimos años, hemos asistido a un aumento notable en la exposición a imágenes y mensajes sexualizados en medios de comunicación, publicidad y plataformas en línea, como consecuencia a su vez de ese aumento en las redes sociales. Desgraciadamente, la sociedad es un constructo de vasos comunicantes, donde lo que surge en una de sus extremidades acaba por permear en el resto. Y así, esa sexualización surgida en redes sociales ha acabado por contagiar el contenido de publicidad y medios de comunicación, que han entendido que la única forma de trasladar su mensaje es copiando los modos y modelos de las imperantes redes sociales. Esto ha llevado a una normalización de la sexualización en la vida cotidiana, donde la apariencia física y la sexualidad se convierten en criterios de valoración predominantes, y en estándares de medida para ser aceptado o rechazado.

Este crecimiento ha suscitado preocupaciones sobre sus efectos en la autoestima, las relaciones interpersonales y la percepción de la sexualidad en general. Porque debemos considerar que la hipersexualización no sólo afecta a quienes son objeto de esta representación, sino que también influye en la forma en que las personas se ven a sí mismas y a los demás. En este contexto, es fundamental fomentar una conversación abierta y crítica sobre el tema, para promover una visión más saludable y equilibrada de la sexualidad en nuestra sociedad.

Si indicábamos que las redes sociales suponen un papel trascendente en el desarrollo del ámbito social de los hombres, esto se hace aún más significativo en el caso de infantil, donde estas nuevas redes desempeñan un papel crucial en la formación de la identidad de los niños y adolescentes, siendo a menudo la principal fuente de interacción social y autoexpresión.

Así, por concretar el término, debemos remitirnos al informe Bailey (2011), donde se define la hipersexualización como: “La sexualización de las expresiones, posturas o códigos de la vestimenta considerados como demasiado precoces”, considerando el cuerpo como medio para vender diversos productos tales como muñecas, comida, ropa, zapatos, o joyas. En esta línea, en 2007 la American Psychological Association (APA), publicó un informe sobre la sexualización de las niñas mostrando que “las niñas a partir de los cuatro años son bombardeadas con modelos de éxito social que triunfan gracias a sus atributos físicos, a la medida que el mercado impone, pero no por sus cualidades personales y profesionales”. Podemos afirmar que la hipersexualización es una exaltación de la sexualidad como medio de obtención de un mayor valor social y que conlleva una preocupación constante por la imagen corporal, llegando a reducir a la persona a una cosa, fenómeno conocido como cosificación. Se emplea este término para hacer referencia a la visión cosificada de la persona, y según Bartky (1990) se habla de cosificación sexual de las mujeres cuando éstas son consideradas como meros cuerpos, especialmente concebidos para el placer de otros.

Generalmente, este fenómeno afecta en mayor medida al género femenino que al masculino, y a su vez, es más frecuente durante la adolescencia, aunque también es cierto que cada vez es más común verlo en la primera infancia. De este modo, podemos percibir una tendencia de las niñas y los niños a sexualizar las expresiones, las posturas, las actitudes o la ropa. Es común encontrarnos en nuestro entorno inmediato (saltando desde las redes sociales, los medios de comunicación y la publicidad) a niñas que visten ropa propia de mayor edad, al tiempo que exhiben conductas sensuales o provocativas.

Así pues, el presente capítulo explora cómo las redes sociales contribuyen a la hipersexualización infantil, con las consecuencias psicológicas y emocionales que este fenómeno desencadena.

Influencia de las redes sociales en la hipersexualización infantil

Es en la década de los años 2.000 cuando las redes sociales comienzan a formar parte de la vida cotidiana de nuestra sociedad; y ello coincide con un cambio en la conducta de los padres, especialmente en cuanto a la percepción de los cambios sociales por el aumento de la violencia callejera que se estaban produciendo en EEUU y en otros países anglosajones (Haidt, 2024, p. 106).

Siguiendo a Lankton y Lankton (1983), podemos afirmar que una metáfora es una forma lingüística o retórica del pensamiento que hace una comparación implícita entre dos entidades diferentes; y valiéndonos de esta técnica de la metáfora, vamos a poner en contexto la situación en la que nos encontramos:

Si una mañana nos llegara una circular del colegio donde estudia nuestro hijo menor, indicándonos que se ha comprado con los fondos del colegio una máquina del tiempo, y que se ha instalado en el aula magna para que todos los alumnos puedan conocer anticipadamente el futuro, y se nos pidiera autorización para que nuestro hijo pudiera utilizarla, ¿lo haríamos? ¿Autorizaríamos el uso de la máquina del tiempo por parte de nuestro hijo? ¿Lo haríamos sin conocer con exactitud las posibles repercusiones físicas y emocionales del uso de la máquina? ¿Lo autorizaríamos desconociendo cuánto tiempo permanecería allí y sin poder saber con quién se encontrará?

Algo muy próximo a esto es lo que sucede con el uso indiscriminado y sin control de las redes sociales desde los dispositivos móviles por parte de nuestros hijos. Sin conocer con la más mínima certeza las repercusiones que puede tener el uso de pantallas y el acceso a internet de los menores, dejamos libremente a los niños que hagan uso de ello para entretenerlos mientras comen, mientras hacemos un viaje en coche e incluso para que se mantengan entretenidos mientras los adultos compramos o hacemos otras tareas. Desconocemos las implicaciones que pueden deducirse de ese

uso sin control desde edades cada vez más tempranas, aunque estamos empezando a ver los efectos de uso.

Por otro lado, la valoración de los beneficios y riesgos asociados a las actividades digitales depende de diversos factores. De acuerdo con un estudio realizado por la red EU Kids Online, se ha demostrado que las oportunidades y los riesgos on line están interrelacionados: a medida que los menores utilizan más Internet, obtienen mayores beneficios y desarrollan más habilidades, aunque también se enfrentan a un aumento de riesgos (Livingstone et al., 2011; Mascheroni; Ólafsson, 2014). Sin embargo, la exposición a estos riesgos no siempre resulta perjudicial; para muchos jóvenes, al igual que con los riesgos en la vida cotidiana, el contacto on line con contenidos o situaciones de comunicación potencialmente peligrosas puede fortalecer su resiliencia ante dichos riesgos. En la actualidad, internet, las redes sociales y los dispositivos móviles son elementos fundamentales en la vida diaria de los niños y adolescentes en España (Garmendia et al., 2018). Estas tecnologías y plataformas les ofrecen herramientas para el aprendizaje, la creatividad y la participación, lo que plantea desafíos tanto para los jóvenes como para sus padres, educadores y todos aquellos profesionales que se preocupan por la seguridad y el bienestar de los menores.

Por tanto, dado que las redes sociales son escenarios donde los jóvenes interactúan, comparten contenido y se exponen a una variedad de imágenes y mensajes que a menudo promueven ideales sexuales, es fundamental conocer cómo funcionan y cómo responde el cerebro según la edad a este tipo de relación. Desde una edad temprana, los niños y adolescentes están expuestos a contenido que puede no ser el adecuado para su etapa de desarrollo. Esto incluye imágenes sexualizadas, vídeos, y mensajes que promueven estereotipos de género y estándares de belleza poco realistas. Y ante esto cabe preguntarse si se encuentran cerebralmente preparados. Según el neuropsicólogo Bilbao (2015), “el cerebro del niño/a necesita aprender a dominar su concentración y sus emociones y los dispositivos son, en muchos casos, un paso atrás”.

Por poner en situación, un bebé puede prestar atención únicamente a objetos que se mueven y hacen ruido, como, por ejemplo, un juguete móvil en la cuna. A medida que se va haciendo mayor, va adquiriendo la capacidad de tener un mayor autocontrol y así poder decidir hacia dónde dirigir la atención, como hacia estímulos menos llamativos -un libro o las tareas escolares-, pero que requieren más actividad y conexiones neuronales. Sin embargo, en el entorno digital generalmente no ocurre de esta manera, y pensamos que el cerebro del niño se estimula mientras juega con aplicaciones donde con tan sólo mover un dedo ya está todo hecho (Overmar E, Björn J. 2010.) Aplicaciones que están saturadas de colores, sonidos y movimientos que reclaman su atención, y esto en realidad es dar un paso atrás y volver al mismo

mecanismo cerebral que se empleaba cuando el niño se veía atraído por el sonajero, perdiendo la capacidad de decidir hacia dónde dirigir la atención, porque el estímulo visual es tan poderoso que adopta la decisión por el niño. Como en el caso de los ilusionistas, creemos que se nos da la posibilidad de elegir, pero el ilusionista/aplicación nos estimula de tal modo que condiciona nuestra respuesta, hasta el punto de que en realidad no estamos siendo libres para elegir.

Por otro lado, el niño que se acostumbra a los estímulos en continuo movimiento o en atronador sonido, y en todo caso empleando siempre técnicas sorprendentes, del entorno digital comienza a percibir el resto de las actividades (un cuento, la pizarra, un puzzle, etc.), demasiado lentas y aburridas, y su cerebro no les puede prestar atención, pues rápidamente quiere cambiar o pasar de página. Volviendo a la técnica de las metáforas, es una analogía con lo que sucede con el empleo de glutamato monosódico en los platos de los restaurantes de comida rápida, por cuanto se trata de un aminoácido que estimula y agiliza las células nerviosas en el sistema nervioso, y que es el culpable de que este tipo de comida nos resulte singularmente adictivo. Y el mismo concepto es el empleado por las aplicaciones digitales para crear adicción entre los usuarios, a través de estímulos de rápido consumo, que impiden concentrar la atención, porque en cuanto el estímulo hace su efecto inmediato se abandona y se pasa, sin solución de continuidad, al siguiente estímulo.

Según refiere Bilbao (2015), a partir de los 5 años, aproximadamente, es fundamental limitar el tiempo de uso y establecer normas claras al respecto, favoreciendo así que el niño desarrolle autocontrol frente a las tecnologías y preserve su capacidad de explorar y disfrutar de todos los matices que ofrece la vida. Mientras, en la adolescencia el cerebro sigue en pleno desarrollo. Y los niños que han crecido con la inmediatez de la tecnología no están preparados para una demora, lo que puede llevar a generar problemas de ansiedad; es más, niños que han desarrollado la mayor parte de su vida social a través de la interacción con juegos on line, pueden no saber cómo relacionarse en la vida real. Conviene mencionar que el problema no está en el uso de los videojuegos y aplicaciones digitales, sino en que el adolescente le dedique horas en exceso y deje de hacer ejercicio y de relacionarse con sus iguales. Esto es, como en el caso del veneno, el riesgo no está en la sustancia en si, sino en la dosis.

En cualquier caso, debe mencionarse la importancia del juego en el desarrollo infantil, sobre todo en la afectividad e identidad. Y cada tipo de juego puede aportar diferentes beneficios, por lo cual es necesario participar de todos, según las preferencias del niño, pudiendo destacar: juego funcional, constructivo, exploratorio, simbólico, solo o en grupo. Recordemos que, en palabras de Aristóteles, “El hombre es un ser social por naturaleza”, porque se es en tanto se co-es. O Como escribió Heidegger -y parafraseó Francisco Umbral-, “el hombre es un ser de lejanías”, porque necesitamos la perspectiva de vernos desde fuera de nosotros mismos para

comprendernos, porque desde nuestra única percepción no podríamos comprendernos y explicarnos.

Mecanismos de influencia

Podemos afirmar que las redes sociales afectan la percepción que los niños tienen de sí mismos y de los demás a través de varios mecanismos:

- **Modelado Social:** El término “modelado” es similar a los de “imitación”, “aprendizaje social”, “aprendizaje observacional” y “aprendizaje vicario”.

Albert Bandura es el autor más destacado en el campo del modelado y el aprendizaje social. En 1963, realizó un experimento junto a Richard Walters y encontró que el comportamiento humano no siempre está motivado por sus consecuencias. Las conductas que los niños observan en su contexto social más cercano son imitadas pese a no siempre tener recompensa. Dicho proceso fue estructurado por Bandura en cuatro fases: atención, retención, reproducción motriz y motivación (Rivière, 1992). De este modo, los niños tienden a imitar los comportamientos y apariencias que ven en figuras populares de las redes sociales, como influencers o celebridades; y la constante exposición a imágenes sexualizadas puede llevar a la normalización de estos comportamientos.

- **Presión de Pares:** En el contexto de las redes sociales, existe una presión significativa para ajustarse a las normas percibidas de atractivo y comportamiento. Los “me gusta”, comentarios y seguidores son formas de validación social que pueden empujar a los niños a participar en comportamientos hipersexualizados para ganar aceptación.

- **Contenido Generado por Usuarios:** El fenómeno del contenido generado por los usuarios, como fotos y vídeos, puede llevar a los menores a autoobjetivarse, presentándose de aquellas maneras que les vayan a reportar mayor atención y validación, siendo así a menudo a través de la sexualización.

Estudios empíricos

En todo este contexto, diversos estudios han demostrado que la exposición temprana a contenidos sexualizados en redes sociales está correlacionada con una mayor probabilidad de comportamientos sexualizados en niños y adolescentes. Por ejemplo, De Ridder y Van Bauwel (2015) encontraron que los adolescentes que pasaban más tiempo en redes sociales eran más propensos a participar en comportamientos sexualizados, incluyendo el envío de fotos sugestivas o la participación en conversaciones sexuales.

Otro estudio de Livingstone y Smith (2014) sugirió que los riesgos de daño psicológico aumentan con la exposición a contenidos sexualizados en redes sociales,

especialmente entre usuarios más jóvenes que no tienen las habilidades críticas para procesar este tipo de contenido adecuadamente.

Repercusiones psicológicas y emocionales

La hipersexualidad inducida por la influencia de las redes sociales en la infancia tiene una serie de repercusiones psicológicas y emocionales que pueden manifestarse de diversas maneras.

Autoestima y autoimagen

Una de las consecuencias más significativas es el impacto en la autoestima y la autoimagen de los niños. La constante comparación con imágenes idealizadas en redes sociales puede llevar a sentimientos de insuficiencia y baja autoestima. Los niños que no se consideran lo suficientemente "atractivos" o "deseables" según los estándares percibidos en el mundo digital pueden desarrollar una imagen corporal negativa, lo que puede llevar a trastornos alimenticios, depresión y ansiedad.

Coyne et al. (2013) señalan que la presión para conformarse con los ideales de belleza promovidos en redes sociales puede ser especialmente dañina durante los años formativos, cuando los niños y adolescentes están construyendo su identidad. La exposición a estos ideales puede llevar a un desarrollo de la autoimagen que está profundamente atado a la apariencia física y la aceptación social basada en la apariencia.

Desarrollo sexual y confusión de roles

La exposición temprana a contenidos sexualizados también puede distorsionar el desarrollo sexual normal. Los niños pueden interiorizar creencias erróneas sobre el sexo, las relaciones y el papel del cuerpo en las interacciones sociales. Esto puede llevar a una confusión en los roles de género y en la comprensión de las relaciones saludables.

Además, la hipersexualización puede acelerar la curiosidad sexual de manera incoherente con su desarrollo emocional, lo que puede llevar a prácticas sexuales tempranas y a menudo inseguras. Estos comportamientos, a su vez, pueden aumentar el riesgo de explotación sexual, abuso y empleo de pornografía (Berruezo et al., 2022).

Ansiedad y depresión

La presión para mantenerse interesante y atractivo en las redes sociales puede generar niveles significativos de ansiedad. Esta ansiedad puede provenir del temor a no ser aceptado por sus pares, no obtener suficiente atención, o ser criticado por su apariencia o comportamiento.

En esta línea, Strasburger et al. (2010) indican que los niños que se sienten presionados a cumplir con estos estándares a menudo experimentan altos niveles de estrés, lo que puede contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión. En casos extremos, la insatisfacción constante con la propia imagen y la percepción de rechazo social pueden llevar a ideaciones suicidas.

Relaciones Interpersonales dañadas

Las redes sociales, aunque sin poder negarse que facilitan la conexión entre los jóvenes, también pueden contribuir a dañar las relaciones interpersonales. Y, a su vez, los niños hipersexualizados pueden ser más fácilmente objeto de bullying o acoso tanto en el entorno digital como en la vida analógica. Además, pueden desarrollar relaciones basadas en superficialidades y validación sexual en lugar de en una comprensión emocional y un apoyo mutuo. Así, Ringrose et al. (2012) argumentan que las dinámicas sociales on line pueden reforzar conductas dañinas como la sextorsión o el grooming, donde los menores son manipulados para enviar material sexual explícito, resulta trivial comprender las graves repercusiones emocionales y psicológicas que de esto se deriva.

MÉTODO

Encuesta exploratoria

Para poder contrastar los datos obtenidos en la literatura, se creó una encuesta ad hoc, y se administró a 44 niños/as entre 8 y 12 años (EP) de un colegio público de Castilla La Mancha de la provincia de Ciudad Real. La encuesta constaba de 10 preguntas y todos los participantes tenían firmado un consentimiento previo por parte de sus tutores legales para participar.

Se administró a todo el alumnado al mismo tiempo y por la misma investigadora.

RESULTADOS

Los resultados encontrados fueron los siguientes:

La encuesta recogía los datos de los conceptos definidos anteriormente:

Empleo de RRSS

Los resultados descriptivos muestran que un 51,2% de la muestra usa Tik Tok a diario, un 23,8% ve bailes y un 21,4% videos de humor; el 63.6% dice que no se deja influir por lo que ven en Tik Tok, y el 59,1% refieren ver videos de niños/as bailando, gustándoles lo que ven a un 75%.

El 34,6% refiere ver bailes de niños/as en internet. Al 52,4% le gustan los bailes tendencia.

Rutina de belleza

El 38,6% realiza rutina skin care o maquillaje a diario.

Vestimenta

El 75% sigue su propio gusto a la hora de vestir, el 40,9% elige su propia ropa, y el 36,4% refiere guiarse por lo que ve en RRSS.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La hipersexualización en la infancia, potenciada por el uso extendido de las redes sociales, presenta serias repercusiones psicológicas y emocionales. Los niños y adolescentes se encuentran en una etapa crítica de su desarrollo, donde la formación de la identidad y la autoestima son fundamentales. La exposición a contenidos sexualizados y la presión social en las plataformas digitales pueden llevar a la distorsión de su desarrollo sexual, baja autoestima, ansiedad y trastornos depresivos.

Por tanto, es crucial que se implementen estrategias de educación y concienciación tanto para los menores como para sus padres y educadores, con el fin de mitigar estos efectos negativos. Además, es necesario que las plataformas de redes sociales asuman una mayor responsabilidad en la regulación y moderación de contenidos inapropiados para menores. Porque no debemos perder el foco del hecho de que la hipersexualización infantil está modificando la infancia de los niños, aceptando y normalizando esta situación de una forma más o menos consciente. Una hipersexualización de la infancia trae graves consecuencias a la socialización de las personas debido a que, si desde las primeras edades se reciben estímulos sobre lo importante que es la apariencia, la necesidad imperiosa de gustar a los demás y ser deseable, etc., entenderán que la forma de tener éxito social está íntimamente vinculada a los atributos físicos y al impacto que estos generan en la sociedad, especialmente en el entorno de las redes sociales.

De este modo, no debemos olvidar que la hipersexualización infantil puede tener graves consecuencias como:

- La construcción de una identidad falsa, basada en la personalidad y en la imagen buscando una perfección ficticia e imposible. Actualmente, con el uso de las redes sociales vemos a las niñas llenas de maquillaje, uñas postizas, y ropa impropia de su edad, creando una imagen alterada con la que buscan la aprobación social. No puede obviarse que los niños sienten una enorme necesidad de sentirse aceptados. Y según la APA (2007), los principales factores para esto son el consumo de redes y medios por parte de ellos mismos, y la influencia de los propios progenitores en sus hijos.

- El hecho de que las personas son más valoradas como objetos sexuales que como personas. Diversos autores (Cikara, Eberhardt, y Fiske, 2011; Daniels, 2012) han comprobado que las mujeres con aspecto sexualizado que muestran los medios son

percibidas por las audiencias como menos competentes, resueltas, inteligentes, decorosas y humanas, y en cambio como más experimentadas sexualmente. Igualmente, Graff, Murnen, y Smolak (2012) han demostrado que las niñas de 10-11 años que se visten de manera sexualizada son percibidas también como menos competentes, inteligentes, resueltas y capaces que las niñas que se visten de manera acorde a su edad.

- En el desarrollo podemos ver cómo las niñas pueden crecer con una autoestima más baja y siendo más vulnerables y manipulables que otra persona en la misma situación.

- El proceso de maduración se ve alterado creando situaciones anticipadas cuando las niñas no están preparadas emocionalmente, como por ejemplo las relaciones sexuales debido a la presión social.

- Aparecen tempranamente la depresión, ansiedad y también casos de trastornos alimenticios, como la bulimia o anorexia. Así, Catalina Hoffman, terapeuta ocupacional, refiere en el reportaje de Radio Televisión Española “A más sexualización, más likes”, que es habitual que las niñas sientan ataques de pánico o frustración.

Por todo lo anterior, es crucial que, como sociedad, se fomente un uso más consciente y crítico de las redes sociales, al tiempo que promover la diversidad de cuerpos, la autenticidad y el respeto por la individualidad puede ayudar a contrarrestar los efectos negativos de la hipersexualización.

REFERENCIAS

American Psychological Association. Task Force on the Sexualization of Girls. (2007). *Report of the APA task force on the sexualization of girls*. Washington, D.C.: American Psychological Association. Recuperado de: <https://goo.gl/vCGJcF>

Bailey, R. (2011). *Letting children be children: Report of an independent review of the commercialisation and sexualisation of childhood*. Great Britain: The Stationery Office.

Bandura, A. J. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Berrueto, A., Ciaurriz, A., Villena-Moya, A., Mestre-Bach, G., y Chiclana, C. (2022). Conductas sexuales asociadas al uso de la pornografía. *XXIII Congreso Virtual de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*.

Bilbao, A. (2015). *El cerebro del niño explicado a los padres*.

Cikara, M., Eberhardt, J. L., y Fiske, S. T. (2011). From agents to objects: Sexist attitudes and neural responses to sexualized targets. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(3), 540-551. doi: 10.1162/jocn.2010.21497

Coyne, S. M., Padilla-Walker, L. M., y Howard, E. (2013). Emerging in a digital world: A decade review of media use, effects, and gratifications in emerging adulthood. *Emerging Adulthood*, 1(2), 125-137. doi: 10.1177/2167696813479782

De Ridder, S., y Van Bauwel, S. (2015). The discursive construction of gay teenagers in times of mediatization: Youth's reflections on intimate storytelling, queer shame, and realness

in popular social media places. *Journal of Youth Studies*, 18(6), 777–793. doi: 10.1080/13676261.2014.992306

Díaz-Bustamante-Ventisca, M., y Llovet-Rodríguez, C. (2017). Empowerment or impoverishment of children from social networks? Perceptions of sexualized images of girls in Instagram. *El profesional de la información*, 26(1), 77-87.

Garitaonandia, C., Karrera-Xuarros, I., Jiménez-Iglesias, E., y Larrañaga, N. (2020). Menores conectados y riesgos online: Contenidos inadecuados, uso inapropiado de la información y uso excesivo de internet. *El profesional de la información*, 29(4), e290436. doi: 10.3145/epi.2020.jul.36

Garmendia, M., Jiménez-Iglesias, E., Casado, M.-Á., Garitaonandia, C., y Mascheroni, G. (2016). *Net children go mobile: Riesgos y oportunidades en internet y uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015)*. Bilbao: Universidad del País Vasco. ISBN: 978 8867802883. Recuperado de: <https://netchildrengomobile.eu/ncgm/wp-content/uploads/2013/07/Net-Children-Go-Mobile-Spain.pdf>

Graff, K., Murnen, S. K., y Smolak, L. (2012). Too sexualized to be taken seriously? Perceptions of a girl in childlike vs. sexualizing clothing. *Sex Roles: A Journal of Research*, 66(11-12), 764–775. doi: 10.1007/s11199-012-0145-3

Haidt, J. (2024). *La generación ansiosa*. Ed. Planeta.

Lankton, S. R., y Lankton, C. H. (1983). *The answer within*. New York: Brunner/Mazel.

Livingstone, S., y Smith, P. K. (2014). Research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence, and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 635-654.

Overmar, E., y Björn, J. (2010). *Toca Boca*.

Ringrose, J., Gill, R., Livingstone, S., y Harvey, L. (2012). *A qualitative study of children, young people, and 'sexting': A report prepared for the NSPCC*. National Society for the Prevention of Cruelty to Children, London, UK.

Rivière, A. (1992). La teoría social del aprendizaje. Implicaciones educativas. En C. Coll, J. Palacios, y A. Marchesi (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación (II)*. Madrid: Alianza.

Strasburger, V. C., Jordan, A. B., y Donnerstein, E. (2010). Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics*, 125(4), 756-767. doi: 10.1542/peds.2009-2563

CAPÍTULO 16

EXPERIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: UN ANÁLISIS DE BARRERAS Y BENEFICIOS

MARTA ARIAS CRESPO*, NATALIA CALVO AYUSO*, DAVID BERMEJO MARTÍNEZ*,
RUBÉN GARCÍA FERNÁNDEZ*, MARIANA VIEIRA MARTINS**,
Y MARÍA DE FÁTIMA DA SILVA VIEIRA MARTINS***
Universidad de León; **USF Uarcos; *Universidad de Minho*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia más prevalente entre las mujeres a nivel mundial, afectando tanto a países desarrollados como a aquellos en vías de desarrollo (World Health Organization, n.d.). Este tipo de cáncer no solo presenta desafíos médicos significativos, sino que también impacta profundamente en la vida emocional y social de las pacientes. A pesar de los avances en el diagnóstico precoz y en los tratamientos, las mujeres que sobreviven al cáncer de mama a menudo enfrentan secuelas físicas, emocionales y psicológicas que afectan su calidad de vida. Estas secuelas incluyen fatiga, dolor, alteraciones en la movilidad y bienestar psicológico, lo que dificulta el retorno a sus actividades diarias, incluyendo la actividad física (Santos Olmo et al., 2019).

En este contexto, uno de los mayores desafíos es identificar y abordar las barreras que impiden a las pacientes incorporar el ejercicio físico de manera regular en sus vidas (Álvarez Benito et al., 2012). Diversos estudios han demostrado que la actividad física es fundamental para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, ya que ayuda a mitigar los efectos secundarios del tratamiento, mejorar la fuerza física, y promover el bienestar emocional (Basha et al., 2022; Carretti et al., 2022). Sin embargo, muchas mujeres enfrentan obstáculos físicos, emocionales y sociales que limitan su participación en programas de ejercicio, tales como la fatiga relacionada con el tratamiento, el miedo a la recaída, la inseguridad acerca de su estado físico, o la falta de acceso a recursos adecuados (Teresa Moros et al., 2010)

Además de estos desafíos físicos, es esencial reconocer que las mujeres también necesitan apoyo emocional y social para superar las barreras que enfrentan en su camino hacia la actividad física (Ballarín Riazuelo et al., 2023). El rol del soporte social, ya sea a través de grupos de ejercicio, familiares, amigos o profesionales, resulta esencial para fomentar la adherencia a la actividad física. Las mujeres que reciben este tipo de apoyo no solo experimentan mejoras en su salud física, sino también en su bienestar psicológico, al sentirse acompañadas en su proceso de recuperación (Cruz-

Bautista et al., 2022; Hernández, 2016). La actividad física en grupo ha demostrado ser particularmente beneficiosa, ya que ofrece no solo los beneficios del ejercicio, sino también un espacio de interacción social que favorece la reducción del estrés y mejora el ánimo de las participantes (Basha et al., 2022a).

Por lo tanto, resulta crucial profundizar en las experiencias y percepciones de estas mujeres respecto a la actividad física, así como en las barreras y los apoyos que encuentran en su entorno. Comprender estas dinámicas puede ayudar a desarrollar estrategias personalizadas y efectivas para promover la actividad física de manera adaptada a sus necesidades, optimizando así su proceso de recuperación y su calidad de vida (Arango Suárez et al., 2007). Además, el análisis de estas experiencias puede contribuir a la creación de programas de rehabilitación más inclusivos y accesibles, que consideren la diversidad de realidades que enfrentan las mujeres con cáncer de mama, permitiendo así un enfoque más holístico en su tratamiento y recuperación.

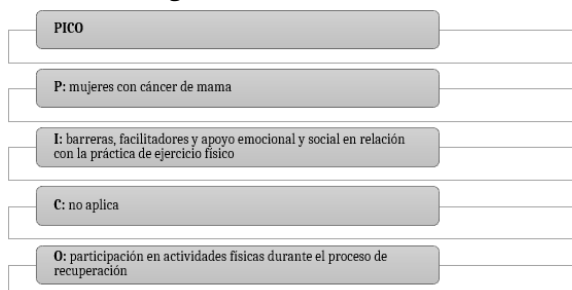
También es fundamental involucrar a los profesionales de la salud en la identificación y eliminación de las barreras, asegurando que se proporcionen recursos adecuados y se fomente un entorno en el que las mujeres se sientan empoderadas y apoyadas en su viaje hacia la sanación. Esto no solo enriquecería el proceso de rehabilitación, sino que también podría tener un impacto positivo en la adherencia a los tratamientos, la satisfacción de las pacientes y, en última instancia, en los resultados de salud a largo plazo.

El objetivo principal de este trabajo fue revisar y analizar la evidencia cualitativa sobre las barreras, los facilitadores y las percepciones relacionadas con la práctica de ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama.

MÉTODO

Se diseñó una revisión sistemática de la literatura de acuerdo con la directrices Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021). Para centrar y estructurar la línea de investigación, la revisión se estructuró alrededor de un interrogante formulado mediante la estructura PICO (Figura 1):

Figura 1. Estructura PICO



“¿Cuáles son las barreras y facilitadores, así como el apoyo emocional y social, que afectan la práctica de ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama durante su proceso de recuperación?”

Para la presente revisión, se realizó una búsqueda sistemática, entre los meses de mayo y agosto de 2024, en las bases de datos Scopus, Pubmed y Web of Science, mediante una estrategia de búsqueda integrada por los siguientes términos MesH, “breast neoplasms”, “exercise”, “psychological”, “life experience”, “emotional support”, en combinación con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Resultando finalmente la siguiente estrategia de búsqueda: "breast neoplasms" AND "exercise" AND (“psychological" OR "life experience" OR “emotional support”)

Criterios de inclusión

Fueron considerados para su inclusión aquellos resultados que cumplieren los siguientes criterios.

- Tipo de estudio. Se considerarán estudios con un diseño cualitativo, incluyendo enfoques etnográficos, fenomenológicos y de teoría fundamentada, que hayan descrito de manera cualitativa las experiencias y percepciones relacionadas con las barreras y facilitadores del ejercicio físico, así como el apoyo emocional y social en mujeres con cáncer de mama durante su proceso de recuperación
- Población: mujeres con cáncer de mama y/o profesionales de la salud asociados a la intervención
- Idioma: artículos publicados en inglés y español.
- Estudios accesibles a texto completo.
- Estudios publicados entre enero de 2020 y agosto de 2024.

Criterios de exclusión

Por otro lado, se descartaron aquellos estudios que incluían participantes con diagnósticos diferentes al cáncer de mama, así como aquellos que solo involucraban a familiares o a cuidadores. Tampoco fueron seleccionadas aquellas investigaciones que se centraban únicamente en síntomas específicos, como la hinchazón o la movilidad, y no en experiencias y percepciones sobre el ejercicio físico y el soporte psicológico. Así mismo, desecharon estudios que no cumplieran con los criterios de inclusión previamente mencionados.

Después de introducir las ecuaciones de búsqueda en diversas bases de datos y aplicar un filtro temporal para limitar los resultados a estudios recientes, se obtuvieron inicialmente un total de 988 resultados. No se seleccionaron artículos a través de búsquedas manuales adicionales, lo que permitió centrarse exclusivamente en los resultados generados por las búsquedas sistemáticas. A continuación, se utilizó la herramienta Zotero para gestionar la bibliografía y eliminar los artículos

duplicados. Este proceso resultó en la eliminación de 241 artículos repetidos. Tras esta depuración inicial, se procedió a revisar los títulos y resúmenes de los 746 artículos que quedaban. Durante esta revisión, se descartaron 420 artículos que no estaban relacionados con la pregunta de investigación. De los 44 artículos que permanecieron en esta fase, se llevó a cabo una lectura crítica más profunda para evaluar la calidad y relevancia de cada estudio. En esta etapa, se excluyeron aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Los artículos fueron seleccionados por dos revisores independientes; en caso de discrepancia entre estos dos revisores, esta sería resuelta por un tercer revisor independiente. Finalmente fueron incluidos en la presente revisión sistemática de 9 artículos.

RESULTADOS

En esta revisión se incluyeron un total de 9 artículos (Figura 2). Los resultados fueron sintetizados para facilitar su visualización y comprensión, organizándolos en una tabla resumen (Tabla 1). Esta tabla contiene información relevante sobre el autor y el año de publicación, la procedencia, el objetivo de la investigación, la metodología utilizada (incluyendo la muestra y el diseño del estudio), el tamaño muestral y si la investigación incorporó un programa de actividad física.

Figura 2. Diagrama de flujo según PRISMA

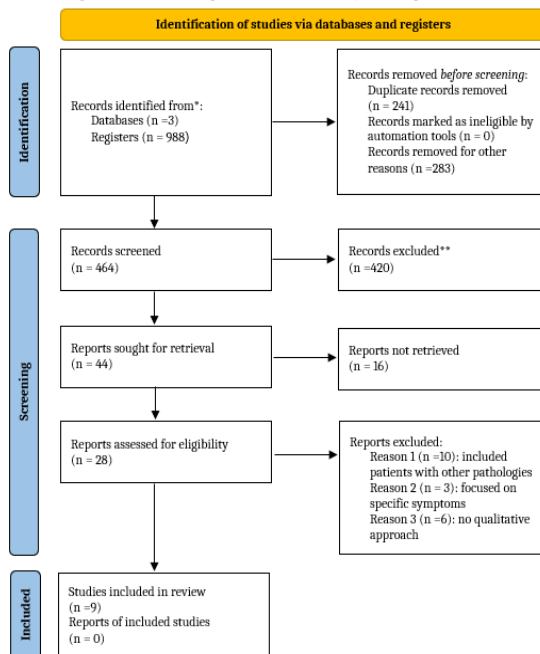


Tabla 1. Características de los estudios incluidos

Autor/Año	País	Objetivo	Diseño/Método	Población	Programa De Af
Anisimowicz et al., (2021)	Canadá	Explorar las experiencias de pacientes con cáncer de mama al participar en un programa de EF	Fenomenológico/Entrevista estructurada	N=32	SI
Kim et al., (2020)	Corea del Sur	Experiencia de mujeres con cáncer de mama respecto al EF	No aplica/ Entrevistas con grupos focales	N=16	SI
Magnus et al., (2020)	Noruega	Identificar proyectos diarios que mejoren la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama	Múltiples métodos/Diario temporal y entrevistas en profundidad	N=15	SI
Sebri et al., (2024)	Italia	Explorar el impacto de una intervención de AF y apoyo psicológico	No aplica/Preguntas abiertas	N=29	SI
Osypiuk et al., (2020)	EEUU	Explorar las percepciones de las mujeres con cáncer de mama tras la actividad física	Estudio piloto de métodos mixtos/Entrevista semiestructurada	N=18	SI
Brennan et al., (2020)	Irlanda	Explorar las experiencias de rehabilitación y necesidades no satisfechas en pacientes con cáncer de mama	No aplica/Entrevistas semiestructuradas	N=10	SI
Brahmbhatt et al., (2020)	Canadá	Proporcionar información sobre viabilidad de una intervención de EF pre intervención quirúrgica	Estudio longitudinal con método mixto/Entrevista semiestructurada	N=22	SI
Rees et al., (2021)	Reino Unido	Explorar la aceptabilidad de la implementación del programa de EF en pacientes con cáncer de mama	No aplica/Entrevistas semiestructuradas	N=20	SI
Yeon et al., (2022)	Corea	Explorar la actitud de las pacientes, barreras y facilitadores del EF tras la cirugía del cáncer de mama	No aplica/Entrevistas en profundidad	N=33	SI

Abreviatura: AF: actividad física

En cuanto al año de publicación se observa la siguiente distribución: cinco estudios del año 2020 (Brahmbhatt et al., 2020; Brennan et al., 2020; Kim et al., 2020; Magnus et al., 2020; Osypiuk et al., 2020), dos del 2021 (Anisimowicz et al., 2021; Rees et al., 2021), uno del 2022 (Yeon et al., 2022) y uno del 2024 (Sebri et al., 2024).

Respecto a la procedencia geográfica, se aprecia una heterogeneidad: tres estudios son de América del Norte (dos de Canadá (Anisimowicz et al., 2021; Brahmbhatt et al., 2020) y uno de Estados Unidos (Osypiuk et al., 2020), dos de Asia (Corea del Sur (Kim et al., 2020; Yeon et al., 2022) y cuatro de Europa (uno de Noruega (Magnus et al., 2020), uno de Italia (Sebri et al., 2024), uno de Irlanda (Brennan et al., 2020) y uno de Reino Unido (Rees et al., 2021).

Durante el análisis de los artículos, se identificaron varias categorías iniciales mediante el proceso de codificación. Estas categorías fueron posteriormente refinadas y organizadas en tres líneas principales:

Facilitadores, barreras y beneficios de la actividad física

El estudio realizado por Anisimowicz et al. (2021), aborda temas relacionados con la motivación, las barreras y los beneficios de un programa de ejercicio físico. Los resultados indican que la actividad física contribuye a aumentar la energía, mejorar la fuerza muscular y fomentar las relaciones sociales de las pacientes. Sin embargo, se identifican barreras como la fatiga, percepción de mala salud física por parte de las participantes y las dificultades para acceder a programas de actividad física.

De igual modo, Kim et al. (2020) se enfocaron en la fatiga, el ejercicio y los facilitadores encontrados para la realización de actividad física. Sus hallazgos revelaron que la fatiga limita la capacidad de realizar actividad física en mujeres con cáncer de mama debido creencias tales como el miedo a desarrollar linfedema, a una posible recaída del cáncer o a experimentar una mala imagen social, todas ellas derivadas de la falta de información. No obstante, identificaron que la actividad física aumenta la fuerza, proporciona consuelo personal y mejora las relaciones sociales.

Finalmente, Yeon et al. (2022) destacan la presencia de limitaciones físicas, resistencia psicológica y beneficios del ejercicio físico. Entre las barreras identificadas se encuentran el dolor, la limitación del uso del miembro superior, la debilidad, creencias erróneas sobre la relación entre ejercicio y cáncer de mama, falta de motivación, ansiedad y miedo a lesiones. En contraposición, los facilitadores incluyen el acceso a información precisa sobre la actividad física, lo cual motiva a las mujeres con cáncer de mama a mantenerse activas.

Impacto emocional y social de la actividad física

La investigación realizada por Sebri et al. (2024) exploró la cercanía emocional y las emociones que las participantes sienten hacia los demás y hacia sí mismas. Los resultados de la intervención indican un incremento en las emociones positivas tanto hacia los demás como hacia sí mismas, así como un aumento en los recursos personales. Además, las participantes modificaron su representación mental de las relaciones tras la intervención.

Por otro lado, la investigación de Osypiuk et al. (2020), no expone específicamente los temas abordados, pero se puede inferir que se centra en las emociones y la desconexión cuerpo-mente. Los resultados de su investigación muestran una disminución de la sensación de dolor tras realizar actividad física, así como una mejora en la sensación de bienestar personal.

De manera similar, el estudio de Rees et al. (2021), tampoco expone de manera explícita los temas abordados, pero se puede deducir que tiene un enfoque flexible. Los resultados indican que, tras la intervención de actividad física, las participantes experimentan una mayor sensación de seguridad y recuperan el control. Además, se observan aumentos en el empoderamiento y el bienestar, una reducción de las limitaciones en las extremidades superiores y una mayor responsabilidad hacia la práctica deportiva. Las barreras identificadas incluyen la incertidumbre respecto al cáncer.

Experiencias de rehabilitación y superación personal

El estudio de Magnus et al. (2020), se centró en diversos aspectos relacionados con el bienestar integral de los individuos, abarcando desde la actividad física hasta las actividades creativas, tanto realizadas en solitario como en compañía. Los resultados mostraron mejoras significativas en la concentración y la energía, así como un aumento en la voluntad de perseverar frente a desafíos, junto con una notable mejora en la sociabilidad. Un hallazgo destacado fue el sentimiento de empoderamiento entre las participantes, quienes experimentaron una mayor implicación en su proceso de recuperación.

En contraste, Brennan et al. (2020) exploraron las experiencias de rehabilitación en personas con cáncer de mama, enfatizando las perspectivas y oportunidades surgidas tras la actividad física. Sus hallazgos revelaron que las intervenciones tuvieron efectos tanto a corto como a largo plazo, impactando significativamente en la función y la calidad de vida de estas participantes. Además, subrayaron la existencia de necesidades insatisfechas y la falta de apoyo para iniciar el proceso de rehabilitación, aunque resaltaron la motivación y el deseo de recuperación. Enfatizaron la importancia del apoyo entre pares y abogaron por la implementación de programas de rehabilitación de alta calidad para satisfacer estas necesidades.

Finalmente, Brahmbhatt et al. (2020) se enfocan en la rehabilitación prequirúrgica en pacientes con cáncer de mama. Sus resultados indicaron una favorable recepción de la intervención de actividad física por parte de las participantes. Sugirieron que ofrecer rehabilitación prequirúrgica a todos los candidatos de cirugía de cáncer de mama podría ser crucial para mejorar los resultados de la recuperación. Además, hicieron hincapié en la necesidad de que estos programas sean multidisciplinarios, abordando tanto los aspectos físicos como los psicológicos del individuo debido al impacto integral que esto puede tener.

Estos estudios destacan la relevancia de las intervenciones de actividad física no solo como parte del tratamiento médico, sino también como un elemento fundamental para el bienestar físico y emocional de las mujeres con cáncer de mama.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Casi un 50% de las mujeres mastectomizadas presentan desórdenes psicológicos (Mehnert et al., 2011), lo que resalta la importancia de abordar estos aspectos dentro de una terapia integral. Este enfoque no solo se vincula con una mejor calidad de vida, sino que, en algunos casos, está relacionado directamente con la supervivencia de las pacientes. Nuestra investigación revisó múltiples estudios sobre el impacto de la actividad física en pacientes con cáncer de mama. Los estudios de Anisimowicz et al. (2021), Kim et al. (2020) y Yeon et al. (2022) revelaron que la actividad física enfrenta barreras como la fatiga, la ansiedad y percepciones erróneas, pero también proporciona beneficios significativos como el aumento de la energía, la fuerza muscular y mejoras en las relaciones sociales. Además, estudios como los de Osypiuk et al. (2020), Rees et al. (2021) y Seabri et al. (2024), destacaron cómo la actividad física mejora tanto las emociones positivas como el bienestar personal, reduciendo el dolor y fortaleciendo el sentido de control y empoderamiento. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que también subrayan mejoras en indicadores de depresión, autoestima y calidad de vida (Dunn et al., 2011). En el ámbito de la rehabilitación, Brahmbhatt et al. (2020), Brennan et al. (2020) y Magnus et al. (2020) enfatizaron la importancia de implementar programas de actividad física estructurados y multidisciplinarios. Estos programas han demostrado ser fundamentales para mejorar la función física y la calidad de vida de las pacientes. Sin embargo, subrayan también la necesidad de un apoyo continuo, particularmente en la educación, para ayudar a las mujeres a superar las barreras percibidas y mantener su adherencia a la actividad física.

En línea con estos hallazgos, es relevante destacar el uso del deporte como posible tratamiento global para las supervivientes de cáncer de mama. La actividad física no solo ayuda a mejorar los aspectos físicos, sino también los psicológicos y sociales, brindando una intervención integral. Este enfoque resulta económico, útil y

efectivo, y puede mejorar de forma significativa la calidad de vida de las mujeres afectadas, abarcando los tres aspectos clave que define la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Rivera Ullauri, 2017) en su concepto de calidad de vida: bienestar físico, emocional y social.

Limitaciones

Entre las limitaciones de este estudio destacan la inclusión exclusiva de estudios cualitativos, lo que reduce la posibilidad de generalizar los hallazgos, y la heterogeneidad en los enfoques de intervención. Además, el hecho de haber considerado solo publicaciones en inglés y español podría haber dejado fuera investigaciones relevantes en otros idiomas o contextos. La falta de detalle sobre los programas específicos de ejercicio físico utilizados también limita la identificación de las intervenciones más efectivas.

Otro desafío importante es que muchas mujeres con cáncer de mama, debido a la falta de información y a creencias erróneas sobre los riesgos del ejercicio, suelen evitar la actividad física. Esto no solo dificulta su recuperación, sino que también complica el reclutamiento de muestras amplias para estudios, ya que muchas pacientes no se sienten preparadas o seguras para participar en programas de ejercicio físico.

CONCLUSIONES

La actividad física se presenta como una herramienta terapéutica significativa en el proceso de recuperación y empoderamiento de las mujeres que enfrentan el cáncer de mama. Esta revisión sistemática ha puesto de manifiesto la relevancia de la actividad física en la vida de estas pacientes, destacando las diversas barreras y facilitadores que influyen en su participación en programas de ejercicio. Las experiencias emocionales y sociales asociadas con la actividad física son fundamentales para mejorar el bienestar integral de estas mujeres. Se ha evidenciado que la motivación, el apoyo social y el empoderamiento son factores clave que no solo ayudan a superar los desafíos físicos, sino que también fomentan una actitud positiva hacia el proceso de recuperación.

Además, las barreras como la fatiga, la percepción negativa de la salud física y las creencias erróneas sobre el ejercicio limitan la participación en actividades físicas. Abordar estas dificultades a través de la educación y el apoyo emocional es esencial para facilitar un mayor compromiso y lograr una experiencia de rehabilitación más efectiva.

Asimismo, se subraya la necesidad de implementar programas de rehabilitación multidisciplinarios que integren tanto el ejercicio físico como el soporte emocional. Estos programas deben enfocarse no solo en los aspectos físicos de la recuperación,

sino también en las dimensiones psicológicas y sociales, lo que puede conducir a mejoras significativas en la calidad de vida y el bienestar emocional de las mujeres con cáncer de mama.

REFERENCIAS

Álvarez Benito, M., Santos Romero, A.L., Rioja Torres, P., García Oliveros, I., y Ruiz Moruno, J. (2012). Unidades multidisciplinarias de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria - Journal of Senology and Breast Disease*, 25(3), 116–124. doi:10.1016/S0214-1582(12)70025-7

Anisimowicz, Y., Rudy, L., Hamilton, R., Soucy, C.R.A., Bouchard, D.R., McGowan, E., ... Grandy, S. (2021). Experiences of an exercise program: Perspectives from breast cancer survivors. *Qualitative Report*, 26(8), 2479–2501. doi:10.46743/2160-3715/2021.4824

Arango Suárez, C., Fernández Álvarez, N., y Seco Calvo, J. (2007). Ejercicio físico y cáncer de mama. Una revisión. *Fisioterapia*, 29(5), 234–239. doi:10.1016/S0211-5638(07)74444-9

Ballarín Riazuelo, M., Bailo Aysa, A., Domingo Lizaga, A., Oros Rodrigo, M., Fuertes Hernández, A.B., y Ginés Gómez, C. (2023). Plan de cuidados de enfermería a paciente con diagnóstico de cáncer de mama sometida a mastectomía. Caso clínico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(4), 202. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8930998&info=resumen&idioma=SPA>

Basha, M.A., Aboelnour, N.H., Alsharidah, A.S., y Kamel, F.A.H. (2022a). Efecto del modo de ejercicio sobre la función física y la calidad de vida en el linfedema relacionado con el cáncer de mama: un ensayo aleatorizado. *Atención de Apoyo en el Cáncer*, 30(3), 2101–2110. doi:10.1007/s00520-021-06559-1

Basha, M.A., Aboelnour, N.H., Alsharidah, A.S., y Kamel, F.A.H. (2022b). Effect of exercise mode on physical function and quality of life in breast cancer-related lymphedema: a randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 30(3), 2101–2110. doi:10.1007/S00520-021-06559-1/TABLES/3

Brahmbhatt, P., Sabiston, C.M., Lopez, C., Chang, E., Goodman, J., Jones, J., ... Santa Mina, D. (2020). Feasibility of Prehabilitation Prior to Breast Cancer Surgery: A Mixed-Methods Study. *Frontiers in Oncology*, 10. doi:10.3389/FONC.2020.571091

Brennan, L., Kessie, T., y Caulfield, B. (2020). Patient experiences of rehabilitation and the potential for an mhealth system with biofeedback after breast cancer surgery: Qualitative study. *JMIR MHealth and UHealth*, 8(7), e19721. doi:10.2196/19721

Carretti, G., Mirandola, D., Maestrini, F., Sequi, L., Germano, S., Muraca, M.G.,... Marini, M. (2022). Quality of life improvement in breast cancer survivors affected by upper limb lymphedema through a novel multiperspective physical activity methodology: a monocentric pilot study. *Breast Cancer*, 29(3), 437–449. doi:10.1007/s12282-021-01322-0

Cruz-Bautista, K.P., Ortiz-Martínez, A.K., Canizalez-Mendoza, L. del C., Cruz-Salas, M.L., Candelas-Macias, R.I., Guerrero-Mojica, N., ... Rodríguez-Nava, V.F. (2022). Experiencia vivida subjetiva de mujeres con cáncer de mama en un hospital general. *Ene*, 16(1). Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Dunn, L.B., Cooper, B.A., Neuhaus, J., West, C., Paul, S., Aouizerat, B., ... Miaskowski, C. (2011). Identification of distinct depressive symptom trajectories in women following surgery for breast cancer. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 30(6), 683–692. doi:10.1037/A0024366

Hernández, L. (2016). La mujer con cáncer de mama: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 253–259. doi:10.1016/J.REU.2016.08.002

Kim, S., Han, J., Lee, M.Y., y Jang, M.K. (2020). The experience of cancer-related fatigue, exercise and exercise adherence among women breast cancer survivors: Insights from focus group interviews. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5), 758–769. doi:10.1111/jocn.15114

Magnus, E., Jakobsen, K., y Reidunsdatter, R. J. (2020). Meaningful everyday life projects and activities in breast cancer survivors. *Moravian Geographical Reports*, 28(4), 299–307. doi:10.2478/mgr-2020-0022

Mehnert, A., Veers, S., Howaldt, D., Braumann, K.M., Koch, U., y Schulz, K.H. (2011). Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients. *Onkologie*, 34(5), 248–253. doi:10.1159/000327813

Osypiuk, K., Ligibel, J., Giobbie-Hurder, A., Vergara-Diaz, G., Bonato, P., Quinn, R., Ng, W., y Wayne, P. M. (2020). Qigong Mind-Body Exercise as a Biopsychosocial Therapy for Persistent Post-Surgical Pain in Breast Cancer: A Pilot Study. *Integrative Cancer Therapies*, 19. doi:10.1177/1534735419893766/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_1534735419893766-FIG2.JPEG

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. doi:10.1136/BMJ.N71

Rees, S., Mazuquin, B., Richmond, H., Williamson, E., y Bruce, J. (2021). Role of physiotherapy in supporting recovery from breast cancer treatment: a qualitative study embedded within the UK PROSPER trial. *BMJ Open*, 11(5), e040116. doi:10.1136/BMJOPEN-2020-040116

Rivera Ullauri, M.V. (2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. [Editorial]. *Rev. Méd. Hosp. José Carrasco Arteaga*, 9(2), 113–114. doi:10.14410/2017.9.2.ED.18

Santos Olmo, P.A., Jiménez Díaz, J.F., y Rioja Collado, N. (2019). Efecto de un programa de ejercicio de corta duración sobre la condición física y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama del ámbito rural: estudio piloto. *RICYDE. Revista Internacional de Ciencias Del Deporte*, 15(56), 171–186. doi:10.5232/ricyde

Sebri, V., Durosini, I., y Pravettoni, G. (2024). An integrated intervention on well-being: A qualitative study on relationships and emotions. *Acta Psychologica*, 246, 104276. doi:10.1016/J.ACTPSY.2024.104276

Teresa Moros, M., Ruidiaz, M., Caballero, A., Serrano, E., Martínez, V., y Tres, A. (2010). Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. *Revista Médica de Chile*, 138(6), 715–722. doi:10.4067/S0034-98872010000600008

World Health Organization. (n.d.). Breast cancer: prevention and control.

Yeon, S., Jeong, A., Min, J., Byeon, J., Yoon, Y.J., Heo, J., ... Jeon, J.Y. (2022). Tearing down the barriers to exercise after mastectomy: a qualitative inquiry to facilitate exercise among breast cancer survivors. *BMJ Open*, 12(7). doi:10.1136/BMJOPEN-2021-055157

CAPÍTULO 17

LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS PERCIBIDO, ALEXITIMIA Y EVITACIÓN EXPERIENCIAL SOBRE LA APARICIÓN DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO EN MUJERES ESPAÑOLAS

MARÍA DOLORES LÓPEZ SALMERÓN*, CRISTINA GÓNGORA GONZÁLEZ**,
MARÍA QUIRÓS-GODOY*, ELENA ARROYO BELLO****,
MARÍA JOSÉ DE DIOS PÉREZ***, Y MARÍA PROVENCIO ORTEGA*****
**Facultad HM de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela. Instituto de
investigación Sanitaria HM Hospitales; **Universidad Camilo José Cela;
***Escuela Universitaria de Enfermería, Fundación Jiménez Díaz;
****Universidad Autónoma de Madrid; *****Universidad Villanueva*

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el posparto son dos etapas clave en la vida de las mujeres, marcadas por una serie de transformaciones físicas, emocionales y sociales que pueden impactar significativamente en su bienestar psicológico (Cohen, 2012). La depresión perinatal (DP), es un problema de salud mental que afecta a un alto porcentaje de mujeres en todo el mundo y tiene repercusiones negativas tanto para la madre como para el recién nacido (Gavin, 2005; Marcos-Nájera et al., 2020). Se trata de un trastorno psicológico caracterizado por un episodio depresivo, no psicótico, que se produce durante el embarazo o en el primer año tras el parto (Branquinho et al., 2021).

Durante esta etapa, el estrés percibido (entendido como la interpretación subjetiva, en término de estresor, que una persona realiza de las situaciones que experimenta), puede ser un factor que afecta a la capacidad para afrontar situaciones adversas (García-Fernández et al., 2022) por la valoración de la capacidad para manejarlas, y que puede influir en el bienestar de las madres.

La depresión perinatal es un campo de estudio cada vez más relevante en la investigación sobre salud mental. Las mujeres que presentan síntomas depresivos durante el embarazo pueden estar en riesgo de complicaciones obstétricas y repercutir en mala salud infantil (Field, 2011). Durante el embarazo, las mujeres pueden experimentar cambios hormonales, físicos y emocionales que pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos. Estos síntomas pueden incluir tristeza, irritabilidad, variaciones en el apetito, alteraciones del sueño, reducción del interés hacia actividades placenteras, entre otros síntomas (Horowitz y Goodman, 2004). La depresión en el período posparto (DPP), según el DSM-5, se define como un episodio del Trastorno Depresivo Mayor "con inicio en el periparto" (American

Psychiatric Association, 2013). Además de la tristeza, la fatiga, o la pérdida de interés por las actividades gratificantes, las mujeres pueden experimentar sentimientos de culpa o vacío, ansiedad y dificultades para vincularse con su bebé, lo que puede afectar el desarrollo emocional del niño (Feldman, 2007; Umuziga et al., 2022).

Se calcula que entre el 10% y el 20% de las mujeres experimentan síntomas de depresión en el transcurso del embarazo. Durante el postparto, las cifras ascienden hasta el 15% de las mujeres en los primeros meses después del parto. En un estudio reciente, se estimó que la depresión postparto podría afectar a entre el 9 y el 56% de las mujeres, lo que representa un serio problema para la salud pública (Caparros-González y Pizarro, 2020).

En el estudio de Míguez y Vázquez (2021), estimaron una prevalencia de síntomas depresivos en el embarazo del 23,4%, 17,0% y 21,4% en el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente, y la de depresión mayor fue del 5,1%, 4,0% y 4,7%. Durante el posparto (Vázquez y Míguez, 2022), el porcentaje de mujeres que manifestaron síntomas depresivos fue del 30,3%, 26,0% y 25,3%, a los dos, seis y doce meses, respectivamente.

En el período posparto, el riesgo de desarrollar depresión puede aumentar debido a factores como el agotamiento físico, la adaptación a las nuevas responsabilidades y las expectativas sobre la maternidad (Field, 2011). Identificar y tratar precozmente la sintomatología depresiva es clave para prevenir problemas de salud mental a largo plazo en la madre y su hijo (Dennis y Falah-Hassani, 2016). Por lo tanto, es esencial implementar estrategias de apoyo y abordaje que consideren las particularidades del embarazo y el posparto, fomentando un entorno que favorezca el bienestar emocional de las madres (Howard, 2014).

El papel de las variables psicológicas en la aparición de depresión perinatal

Identificar los factores que predicen la sintomatología depresiva durante el embarazo y el posparto es esencial para crear intervenciones efectivas. El estrés percibido, parece tener un rol destacado en la aparición de depresión por el aumento de las preocupaciones sobre la salud del bebé y cambios en la vida familiar (Cohen y Janicki-Deverts, 2012). Altos niveles de estrés percibido relacionados con la maternidad y las expectativas sociales son desencadenantes importantes de síntomas depresivos (Brockington, 2004). Sin embargo, el estrés percibido, por sí sólo, no determina la aparición de psicopatología. En este sentido, los recursos y habilidades que posee la persona para hacer frente al estrés, tales como, las habilidades de afrontamiento (Folkman y Moskowitz, 2004) o contar con apoyo social, podrían modular la aparición de síntomas depresivos.

Otros factores moduladores que pueden precipitar la aparición de síntomas depresivos o de ansiedad a lo largo del embarazo y después del parto son, por ejemplo,

la evitación experiencial y la alexitimia. Ambas variables psicológicas, por sus características, podrían dificultar el procesamiento y la expresión de emociones y contribuir en una inadecuada adaptación a las demandas del embarazo y el postparto (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006; Taylor, 2012; Taylor, 2017).

La evitación experiencial se refiere a la tendencia a evitar o suprimir emociones y pensamientos negativos. Aunque esta estrategia puede ofrecer alivio temporal, a largo plazo interfiere con la capacidad de procesar emociones y enfrentar problemas (Hayes et al., 2004). Esta evitación puede incrementar la ansiedad y la tensión emocional, lo que intensifica los síntomas depresivos, haciendo que las mujeres se sientan abrumadas (Sinha, 2008). Además, puede dificultar la búsqueda de apoyo social, ya que las mujeres que evitan hablar sobre sus sentimientos pueden perder oportunidades de recibir ayuda (Fitzgerald y Biddle, 2017).

Por otro lado, la alexitimia, caracterizada por la incapacidad para identificar y expresar emociones, impide que las mujeres reconozcan sus propios síntomas de estrés y depresión, dificultando la búsqueda de ayuda (Taylor, Parker, y Bagby, 1997). Esta dificultad puede generar frustración y confusión emocional, intensificando el malestar (Sifneos, 1996). Además, la incapacidad para comunicar emociones puede afectar negativamente las relaciones interpersonales, limitando el apoyo emocional y aumentando el riesgo de depresión (Cutrona y Russell, 1990).

Ambos procesos pueden exacerbar el malestar emocional y limitar la búsqueda de apoyo, aumentando la vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos durante el embarazo y el postparto (Jiménez-Barragan et al., 2024).

Objetivos e hipótesis

En relación a los objetivos, se desarrollan a continuación:

Explorar la relación del estrés percibido, alexitimia, evitación experiencial y sintomatología depresiva durante el embarazo y el postparto.

Explorar la interacción de variables predictoras sobre la aparición de síntomas depresivos.

Ahora bien, esta investigación genera la siguiente hipótesis: se exploró si la alexitimia y la evitación experiencial, moderan la relación causal entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva durante el embarazo y el postparto.

MÉTODO

Participantes

La muestra de participantes fue de tipo transversal. Contamos con 195 mujeres, de las cuales, 79 estaban embarazadas y 116 en el período postparto. Las mujeres respondieron a una encuesta en línea.

Diseño

El diseño del estudio responde a un tipo de diseño ex post facto de tipo retrospectivo. La recogida de datos se realizó obteniendo la muestra por conveniencia, muestreo no probabilístico.

Instrumentos de evaluación

-La Escala de depresión postparto Edinburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*) (Cox, Holden, y Sagovsky, 1987). Evalúa sintomatología depresiva. Consta de 10 ítems. Cada uno se puntúa de 0 a 3 y el total obtenido refleja la presencia y la severidad de los síntomas depresivos. Cuenta con propiedades psicométricas en un estudio para validarla en mujeres españolas (García-Esteve, Ascaso, y Rojas, 2003). En el presente estudio, el Alpha de Cronbach obtenido en la muestra de embarazo fue de ,92 y en la muestra postparto fue de ,89.

-Cuestionario de Estrés Percibido (*Perceived Stress Scale, PSS*) (Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983). Se compone de 14 ítems que evalúan, durante el último mes, hasta qué punto las mujeres se han sentido molestas o preocupadas por alguna circunstancia o, por el contrario, han percibido que las cosas les iban bien, o se han sentido capaces de gestionar sus problemas. Se emplea una respuesta tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 («nunca») a 4 («siempre»). En esta investigación, el Alpha de Cronbach obtenido fue de ,89 en embarazo y ,87 en postparto.

- Cuestionario de evitación experiencial (*Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II*) original de Hayes et al. (2004). Mide el grado de evitación experiencial. Estos conceptos se refieren a la tendencia de las personas a evitar pensamientos, emociones y sensaciones incómodas, incluso cuando hacerlo resulta en consecuencias negativas para su bienestar y funcionamiento general. La versión castellana Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, y Beltrán (2013) consta de 7 ítems que se responden utilizando una escala Likert de 7 puntos, donde el 1 (“Nunca verdadero”) a 7 (“Siempre verdadero”). En el presente estudio, el Alpha de Cronbach obtenido fue de ,89 en embarazo y ,88 en postparto.

-Escala de Alexitimia (TAS) en inglés *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) de Martínez-Sánchez (1996) versión en español. Evalúa el nivel de alexitimia, un rasgo caracterizado por la dificultad para identificar y describir las emociones propias. Consta de 20 ítems. El Alpha de Cronbach obtenido fue de ,90 en embarazo y ,90 en postparto.

Procedimiento

Se generó un formulario utilizando la herramienta Google Forms, que incluía una serie de preguntas sociodemográficas, además de varios cuestionarios estandarizados. Fue diseñado específicamente para recopilar información relevante

sobre las participantes, tanto a nivel sociodemográfico como psicológico. El formulario fue distribuido a las madres participantes, quienes lo completaron de manera voluntaria y anónima a través de la plataforma en línea, permitiendo una recolección eficiente de los datos necesarios para la investigación.

Estrategia de análisis de datos

Para comprobar la hipótesis, los análisis se efectuaron con el programa estadístico SPSS (versión 24.0, IBM Corp, 2016). Se obtuvieron datos descriptivos de las variables sociodemográficas y psicológicas, así como datos de correlación de Pearson para explorar la asociación entre variables psicológicas. Para explorar si existía interacción entre las variables predictoras, en concreto, si el estrés percibido (variable independiente) predice la aparición de sintomatología depresiva (variable dependiente) y esta relación está moderada por las variables alexitimia y/o evitación experiencial (variables moderadoras), se realizó un análisis de moderación con la herramienta PROCESS versión 3.5 para SPSS. En este estudio se realizó el modelo 1 de moderación para explorar la interacción entre las variables. Se tomaron 5000 muestras siguiendo el método bootstrapping, con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los resultados de las características sociodemográficas de la muestra de mujeres. La edad media de las mujeres embarazadas fue 34,74 y de las mujeres en postparto fue de 34,20. En ambos grupos el nivel educativo predominante fue universitario, estaban casadas y estaban empleadas.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas

	EMBARAZADAS n = 79	POSPARTO n = 116
Situación laboral		
Empleada	38 (48,1)	74 (63,8)
Desempleada	10 (12,7)	21 (18,1)
Baja médica	31 (39,2)	21 (18,1)
Estado civil		
Soltera	2 (2,5)	1 (,9)
Vivir juntos en pareja	31 (39,2)	36 (31)
Casada	45 (57)	79 (68,1)
Separada	1 (1,3)	0 (0)
Nivel de educación		
Sin estudios	1 (1,3)	0 (0)
Enseñanza primaria	5 (6,4)	5 (4,3)
Secundaria	19 (24,1)	26 (22,4)
Universidad	54 (68,3)	85 (73,3)
Edad	Media 34,74 (3,75)	Media 34,20 (4,07)
	Min-Max 27 - 44	Min-Max 23 - 44

En la Tabla 2 se puede evidenciar cómo el grupo de mujeres en postparto mostró más niveles de sintomatología depresiva, estrés percibido, alexitimia y evitación experiencial.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables psicológicas

Medidas Psicológicas	Embarazo N=79		Posparto N=116	
	Media (DT)	Min-Max	Media (DT)	Min-Max
Depresión	7 (6,05)	0-27	8,41 (5,59)	0-25
Estrés Percibido	19,47 (10,42)	3-52	22,78 (9,55)	3-46
Alexitimia	41,14 (13, 74)	22-86	46,02 (15,02)	20-80
Evitación experiencial	27,04 (10,99)	10-54	29,22 (11,75)	11-61

Respecto a los análisis de correlaciones entre las variables psicológicas, en la Tabla 3 encontramos que, en ambos grupos, las correlaciones fueron estadísticamente significativas, mostrando que más puntuación en depresión se asocia con más estrés percibido, más nivel de alexitimia y mayor evitación experiencial.

Tabla 3. Correlaciones entre variables psicológicas

GRUPO EMBARAZO				
	EPDS	PSS	EA	TAS
EPDS	1			
PSS	,763**	1		
EA	,644**	,764**	1	
TAS	,527**	,549**	,402**	1
GRUPO POSPARTO				
	EPDS	PSS	EA	TAS
EPDS	1			
PSS	,723**	1		
EA	,659**	,683**	1	
TAS	,499**	,538**	,646**	1

*Nota.*** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); EPDS = depresión; PSS = estrés percibido; TAS = alexitimia; EA = evitación experiencial

Interacción de la Evitación Experiencial y el Estrés Percibido para explicar la sintomatología Depresiva en mujeres Embarazadas (Moderación)

Los datos obtenidos indican la existencia de interacción significativa entre el estrés percibido (PSS, predictor) y la evitación experiencial (EA, moderador) en la predicción de los síntomas depresivos medidos (variable dependiente) ($R^2 = ,6146$, $F = 39,8660$, $p < ,001$). El modelo explica el 61,46% de la varianza de los síntomas depresivos, con una significación estadística, $p < ,001$ (Tabla 4).

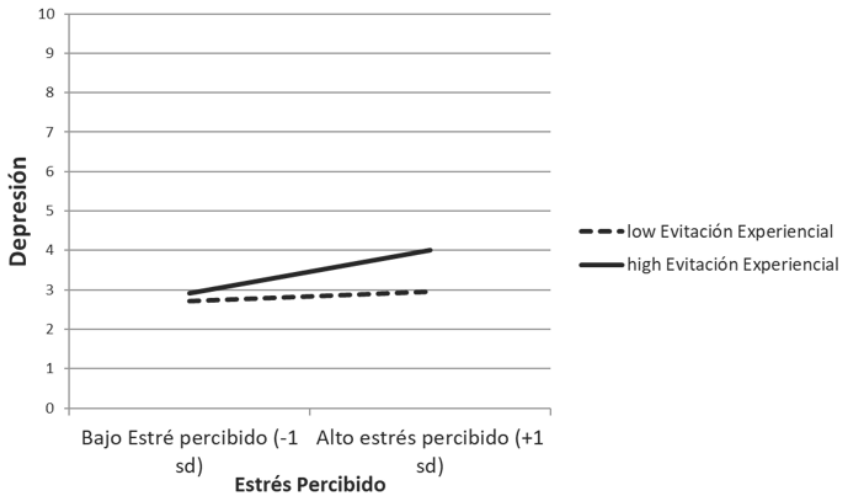
Tabla 4. Coeficientes del Modelo de moderación en el embarazo

Predictor	Coeficiente	t	p
PSS (X)	,1795	15,687	,1209
EA (W)	-,0925	-,9081	,3667
PSS x EA (Int)	,0068	21,147	,0378

Nota: X (variable independiente), Y (variable dependiente), Int (interacción)

El efecto directo de PSS no es significativo ($p = ,1209$), lo que indica que el PSS por sí solo no explica la sintomatología depresiva. El efecto de la EA tampoco es significativo ($p = ,3667$), sugiriendo que, sin interacción con el PSS, el EA no predice directamente los síntomas depresivos. Sin embargo, la interacción entre PSS y EA (PSS x EA) es estadísticamente significativa ($p = ,0378$), lo que sugiere que el efecto del PSS sobre los síntomas depresivos depende del nivel EA (ver Figura 1). Como refleja la figura 1, las participantes embarazadas con más puntuación de PSS y alta EA, son las que mayores puntuaciones de depresión presentan, es decir, cuanto mayor es el nivel de EA, el impacto de PSS en depresión también es mayor.

Figura 1. Interacción de PSS y EA sobre síntomas depresivos en Embarazo



Interacción de la Alexitimia y el Estrés Percibido para explicar la sintomatología Depresiva en mujeres en Postparto (Moderación)

Los datos revelan la existencia de interacción significativa entre el PSS (predictor) y la alexitimia (TAS, moderador) en la predicción de los síntomas depresivos (variable dependiente) ($R^2 = ,5539$, $F = 46,3460$, $p < ,001$). El modelo explica el 55,39% de la varianza de los síntomas depresivos, con una significación estadística, $p < ,001$ (Tabla 5).

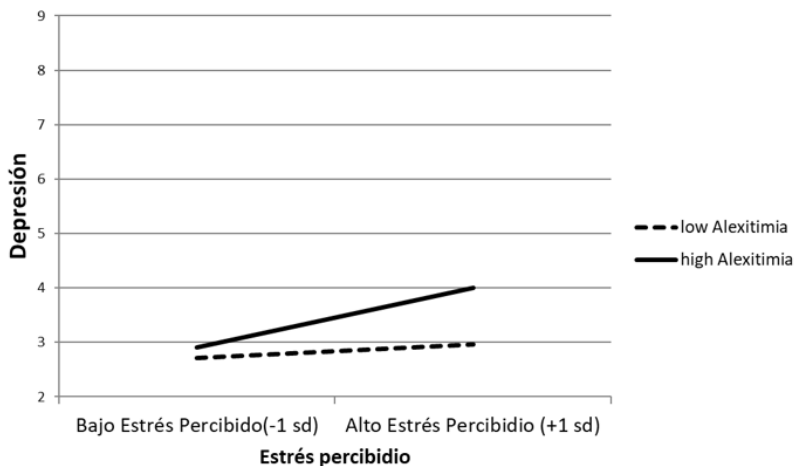
Tabla 5. Coeficientes del Modelo de moderación en el Postparto

Predictor	Coeficiente	t	p
PSS (X)	0,1248	,9099	,3649
TAS (W)	-0,0656	-,9371	,3507
PSS x TAS (Int)	0,0051	19,189	,0575

Nota: X (variable independiente), Y (variable dependiente), Int (interacción)

Los efectos directos de PSS ($p = ,3649$) y TAS ($p = ,3507$), sobre los síntomas depresivos no son significativos, lo que indica que, ni el PSS ni la TAS predicen por sí solos los síntomas depresivos, sin tener en cuenta la interacción entre ellos. La interacción entre PSS y TAS fue significativa ($p = ,05$), lo que sugiere que el efecto del estrés percibido sobre los síntomas depresivos depende de los niveles de alexitimia (ver Figura 2). Como refleja la Figura 2, a mayor nivel de TAS, el efecto de PSS sobre los síntomas depresivos en el postparto es más fuerte y significativo. Este resultado sugiere que, en las mujeres en postparto, cuanto mayor alexitimia presenta, mayor impacto tendrá el estrés percibido sobre los síntomas depresivos.

Figura 2. Interacción de PSS y TAS sobre síntomas depresivos en Postparto



DISCUSIÓN

El propósito de dicha investigación fue explorar la relación entre los diferentes factores psicológicos como el estrés percibido, y la evitación experiencial, con la aparición de síntomas depresivos durante el embarazo y el postparto. Específicamente, se exploró la interacción de variables predictoras sobre la aparición de síntomas depresivos. En particular, se examina si la alexitimia y la evitación experiencial moderan la relación causal entre el estrés percibido y la aparición de síntomas depresivos durante el embarazo y el postparto.

Nuestros resultados sugieren que, en las mujeres embarazadas, la evitación experiencial modera la relación entre el estrés percibido y la sintomatología depresiva. Aunque el estrés percibido por sí solo no tiene un efecto directo significativo, su impacto sobre la aparición de síntomas depresivos se intensifica en función del nivel de evitación experiencial. Este hallazgo respalda la idea de que el estrés percibido tiene un impacto más severo en personas con altos niveles de evitación, lo que podría interpretarse como una mayor vulnerabilidad emocional.

Encontramos estudios que indican que el estrés experimentado por la futura madre o tras dar a luz, interfiere en el desarrollo de la sintomatología depresiva perjudicando el bienestar de la mujer (Aldoney y Prieto, 2023; Henry et al., 2020; Paolantonio, Manoiloff, y Faas, 2023; Roca y Fernández, 2020), pero no hay estudios relacionados con la evitación experiencial. La variabilidad de motivos estresantes (Reyna-Martínez, González-Ramírez, y Vanegas-Farfano, 2022) como los cambios ante la transición de la maternidad, tanto cambios físicos, biológicos, emocionales o psicológicos o problemáticas con la pareja (Paolantonio, Manoiloff, y Faas, 2023) influye en el desarrollo de síntomas depresivos en la etapa perinatal. No podemos olvidar la importancia de comprender la evitación experiencial como un mecanismo central subyacente al desarrollo y mantenimiento de la sintomatología psicológica (en este caso el impacto del estrés sobre la depresión). El modelo de regulación emocional mediante la evitación experiencial describe cómo las diferentes estrategias para el afrontamiento están centradas en la evitación, conduce al debilitamiento del comportamiento individual adaptativo, rumiación, el procesamiento emocional deteriorado, aumento de la cognición y emociones negativas, lo que en última instancia conduce a la depresión (Wang, Tian, y Yang, 2024). Por su parte, Daryadel, Mikaeili, y Molavi (2021), descubrieron que, trabajar con mujeres diagnosticadas de depresión postparto en terapia combinada mediante la regulación emocional y reducción de diversas emociones y sentimientos negativos, reduce la vulnerabilidad a la depresión y ansiedad junto con la evitación experiencial.

Por otro lado, los resultados encontrados indican que la alexitimia modera la relación entre el estrés percibido y los síntomas depresivos en la muestra de mujeres en postparto. A pesar de que el estrés percibido por sí solo no tuvo un efecto directo significativo sobre los síntomas depresivos, su impacto es mucho mayor en las mujeres con altos niveles de alexitimia. Esto explicaría que las mujeres que presentan mayores dificultades para identificar y describir las emociones que sienten (alexitimia), tienden a ser más vulnerables a la adversidad del estrés percibido en la salud psicológica de la madre, concretamente en la aparición de síntomas depresivos.

Nuestros resultados subrayan la importancia de abordar tanto el manejo del estrés como las dificultades emocionales en intervenciones clínicas dirigidas a prevenir o tratar la depresión en personas con altos niveles de alexitimia.

Nuevamente, no se han encontrado estudios que evalúen estas variables en conjunto, sin embargo, Mangialavori et al. (2024), observaron que, la depresión perinatal y la alexitimia tienen un impacto adverso en la calidad del apego prenatal. Según Diop et al. (2022), encontraron que, existen diferentes elementos de riesgo para la depresión postparto que se relacionan con la metacognición disfuncional, el neuroticismo y la alexitimia. Por tanto, es necesaria la detección temprana de síntomas depresivos en el período perinatal, y de niveles altos de alexitimia (Mangialavori et al., 2024), con el objetivo de implementar intervenciones específicas que promuevan el desarrollo de un apego prenatal saludable, que en última instancia repercutirá en mejorar el bienestar mental de las madres y, por ende, de sus bebés.

CONCLUSIONES

En conclusión, el incremento de síntomas depresivos repercute en consecuencias negativas en las madres y en la familia. Por ello, es prioritario desarrollar protocolos que permitan identificar aquellas mujeres que presentan riesgos, y detectar los factores protectores para incrementarlos en dichas madres el apoyo social (tanto de pareja, familiar como de amistades), desarrollar diversas estrategias y recursos de afrontamiento del estrés, con el fin de incrementar el bienestar mental en las madres y sus familiares (Coo, Mira, García, y Zamudio, 2021). Trabajar e intervenir en dichos elementos de riesgo preventivamente, contribuirá a mejorar significativamente la salud mental materna y los resultados emocionales prolongadamente, repercutiendo tanto en la mujer como en el vínculo afectivo junto con el desarrollo físico, emocional y cognitivo del bebé.

REFERENCIAS

- Aldoney, D., y Prieto, F. (2023). Paternal and maternal predictors of affective and cognitive involvement of three-year-old Chilean children in Chile (Predictores del involucramiento afectivo y cognitivo de padres y madres con sus hijas/os de tres años en Chile). *Journal for the Study of Education and Development*, 46(2), 385–414. doi: 10.1080/02103702.2022.2159614
- Branquinho, M., Rodríguez-Muñoz, M.F., Maia, B.R., Marques, M., Matos, M., Osma, J., Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Fonseca, A., y Vousoura, E. (2021). Effectiveness of psychological interventions in the treatment of perinatal depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 291, 294-306. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.010
- Brockington, I.F. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 1134–1145. doi: 10.1016/S0140-6736(04)15711-8
- Caparros-González, R.A., y Pizarro, S. (2020). Postpartum depression: A public health problem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1150. doi: 10.3390/ijerph17031150
- Cohen, S. (2012). The role of stress in the onset of depression. *Psychosomatic Medicine*, 74(4), 367–375. doi: 10.1097/PSY.0b013e31824a2e66

- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., y Miller, G.E. (2012). Psychological stress and disease. *JAMA*, 298(14), 1685–1687. doi: 10.1001/jama.2012.12831
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396.
- Coo, S., Mira, A., García, M.I., y Zamudio, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediatría*, 92(5), 724–732. doi: 10.32641/andespediatr.v92i5.3519
- Cox, J.L., Holden, J.M., y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782
- Cutrona, C.E., y Russell, D.W. (1990). Role of social support in the adaptation of pregnant adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 308–318. doi: 10.1037/0021-843X.99.3.308
- Daryadel, S.J., Mikaeili, N., y Molavi, P. (2021). The effectiveness of meta-emotion combined therapy on reducing anxiety sensitivity and experiential avoidance in women with postpartum depression. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(3), 116–127. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1131-en.html>
- Dennis, C.L., y Falah-Hassani, K. (2016). Epidemiology of maternal mental health in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 489–501. doi: 10.1007/s00737-016-0602-2
- Dennis, C.L., y Faux, S. (1999). Validation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in postpartum women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 101–105. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00032-3
- Diop, S., Turmes, L., Specht, C., Seehagen, S., Juckel, G., y Mavrogiorgou, P. (2022). Capacities for meta-cognition, social cognition, and alexithymia in postpartum depression. *Psychiatry Research*, 309, 114430. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114430
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the social-emotional development of the infant. *Infant Mental Health Journal*, 28(6), 614–626. doi: 10.1002/imhj.20123
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: A review. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1–14. doi: 10.1016/j.infbeh.2010.10.001
- Fitzgerald, M.M., y Biddle, M.L. (2017). The role of social support in the postpartum period: A review of the literature. *Journal of Obstetric, Gynecologic, y Neonatal Nursing*, 46(5), 710–721. doi: 10.1016/j.jogn.2017.06.008
- Folkman, S., y Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090901.102441
- García-Esteve, L., Ascaso, C., y Rojas, S. (2003). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Spanish sample. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(4), 375–384. doi: 10.2190/1R2L-R8U6-13G4-5K1G
- García-Fernández, R., Presa, C., Marqués-Sánchez, P., Martínez Fernández, M.C., Calvo-Ayuso, N., y Hidalgo-Lopezosa, P. (2022). Anxiety, stress, and social support in pregnant women in the province of León during COVID-19 disease. *Healthcare*, 10(5), 791. doi: 10.3390/healthcare10050791

Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., y Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics y Gynecology*, 106(5), 1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54(4), 553-578. doi: 10.1007/BF03395492

Hayes, S.C., y Hayes, S.C. (2004). Acceptance and relationship. En S.C. Hayes, V.M. Follete y Marsha M. Linehan. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Publications.

Henry, L.M., Steele, E.H., Watson, K.H., Bettis, A.H., Gruhn, M., Dunbar, J., ... y Compas, B.E. (2020). Stress exposure and maternal depression as risk factors for symptoms of anxiety and depression in adolescents. *Child Psychiatry y Human Development*, 51(4), 572–584. doi: 10.1007/s10578-019-00940-2

Horowitz, J.A., y Goodman, J.R. (2004). The impact of postpartum depression on mother-infant interaction. *Maternal and Child Health Journal*, 8(4), 245–252. doi: 10.1007/s10995-004-0044-4

IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 24.0) [Computer software]*. IBM Corp.

Jiménez-Barragan, M., Falguera-Puig, G., Curto-García, J.J., Monistrol, O., Coll-Navarro, E., Tarragó-Grima, M., Ezquerro-Rodríguez, O., Carmona Ruiz, A., Codina-Capella, L., Urquizu, X., y del Pino Gutiérrez, A. (2024). Prevalence of anxiety and depression and their associated risk factors throughout pregnancy and postpartum: A prospective cross-sectional descriptive multicentred study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(500). doi: 10.1186/s12884-024-06695-6

Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006

Mangialavori, S., Fontana, A., Terrone, G., Topino, E., Trani, L., Trincia, V., ... y Cacioppo, M. (2024). Maternal perinatal depression, alexithymia, and couple functioning: Which relationship exists with prenatal attachment. *Behavioral Sciences*, 14(9), 773. doi: 10.3390/bs14090773

Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M.F., Soto, C., Olivares, M.E., Izquierdo, N., Le, H.N., y Escudero, A. (2020). Prevalence of depression in the perinatal period: A meta-analysis. *International Journal of Gynecology y Obstetrics*, 148(2), 129–136. doi: 10.1002/ijgo.13145

Martínez, F. (1996). The Spanish version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Clínica y Salud*. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/8d5e957f297893487bd98fa830fa6413>

- Míguez, M.C., y Vázquez, F.L. (2021). Prevalence of depression during pregnancy: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4746. doi: 10.3390/ijerph18094746
- Paolantonio, M.P., Manoiloff, M.L.V., y Faas, A.E. (2023). Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina). *Revista De Psicología*, 22(2), 80–99. doi: 10.24215/2422572Xe166
- Reyna-Martínez, M., González-Ramírez, M.T., y Vanegas-Farfano, M.T. (2022). Depresión y estrés percibido en una muestra de parejas mexicanas durante el embarazo primerizo. *Pensamiento Psicológico*, 20, 1–16. doi: 10.3390/healthcare10050791
- Roca, C., y Fernández, L. (2020). La evitación experiencial y su relación con la salud mental en el posparto. *Psicología y Salud*, 28(4), 450–458.
- Ruiz, F.J., Langer, A.I., Luciano, C., Cangas, A.J., y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25, 123–129.
- Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: Past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 971–977. doi: 10.1176/ajp.153.7.971
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105–130. doi: 10.1196/annals.1441.005
- Taylor, A. (2017). Maternal mental health and child development: A review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 563–572.
- Taylor, G.J., Parker, J.D., y Bagby, R.M. (1997). The role of alexithymia in the development of depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(5), 513–521. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00005-0
- Taylor, J.S. (2012). The effects of experiential avoidance on mental health. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 328–345. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.003
- Umuziga, M.P., Gishoma, D., Hynie, M., y Nyirazinyoye, L. (2022). Antenatal depressive symptoms in Rwanda: Rates, risk factors, and social support. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 193. doi: 10.1186/s12884-022-04522-4
- Vázquez, F.L., y Míguez, M.C. (2022). Prevalence of postpartum depression at 2, 6 and 12 months: Results from a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–10. doi: 10.1186/s12884-022-04629-6
- Wang, Y., Tian, J., y Yang, Q. (2024). Experiential Avoidance Process Model: A Review of the Mechanism for the Generation and Maintenance of Avoidance Behavior. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(2), 179–190. doi: 10.5152/pcp.2024.23777
- Wisner, K.L., Peindl, K., y Poschman, K. (2002). Depressive disorders in childbearing women. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(3), 21–31. doi: 10.4088/JCP.v63n0304

CAPÍTULO 18

ANÁLISIS DE PERFILES SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOLÓGICO DE LA PERSONA CUIDADORA QUE OCULTA INFORMACIÓN AL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA VICTORIA CEREZO GUZMÁN* E ISARU DE LA PIEDRA TORRES**

**Universidad de Málaga; **Asociación Girasol*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la ocultación de la información (OI) a pacientes que se encuentran al final de su vida es una cuestión problemática en cuanto a la ética y a nivel psicosocial (De la Piedra-Torres, López-Martínez, y Ramírez-Maestre, 2022). A nivel empírico, numerosos estudios se ocupan de analizar el papel de las variables implicadas en esta OI, concretamente, variables de ámbito médico y sociodemográfico de las personas cuidadoras. Por ejemplo, hay estudios que afirman que, si la persona enferma es de edad avanzada, se le oculta más información sobre su estado (Ahn et al., 2013; Bara, 2002; Font-Ritort, Martos-Gutiérrez, Montoro-Lorite, y Mundet-Pons, 2016; Gil et al., 2014; Ruiz-Benítez, 2007), así como se ha relacionado, de forma directa, la OI con tener un nivel educativo más bajo tanto de quien cuida como de la persona enferma (Ahn et al., 2013; Alsirafy, Abdel-Kareem, Ibrahim, Abolkasem, y Farag, 2017; Bara, 2002; Gil et al., 2014; Ruiz-Benítez, 2007). Respecto a los factores médicos, se ha comprobado cómo algunos cánceres visibles (mama, cuello, aparato respiratorio, etc.) se han asociado con que la persona enferma tenga más información, frente a otros menos evidenciables (páncreas, hígado, estómago, etc.) (Alsirafy, Abdel-Kareem, Ibrahim, Abolkasem, y Farag, 2017; Font-Ritort, Martos-Gutiérrez, Montoro-Lorite, y Mundet-Pons, 2016).

Desafortunadamente, hasta donde sabemos, son escasas los estudios que analizan la asociación entre OI y medidas psicométricas. Alsirafy, Abdel-Kareem, Ibrahim, Abolkasem, y Farag (2017) afirman que la OI por parte de la persona que cuida es mayor si ella misma manifestaba querer vivir sin esa información en caso de padecer la misma circunstancia o enfermedad de la persona a la que cuida. Hay evidencias de más OI (de las personas cuidadoras) cuando han sufrido procesos de cáncer en otros parientes (Pinyopornpanish, Angkurawaranon, Gomutbutra, y Pinyopornpanish, 2017), y cuando mantienen ciertas creencias negativas acerca de esa enfermedad que padecen (Gilarte, García-Viniegras, y González, 2016). Es decir, según se interpreten o afronten importantes estresores vitales, podrían variar los niveles de OI. En este sentido, se pueden tener en cuenta dos variables psicológicas.

La primera de ellas es la resiliencia, que fue definida, en cuidados paliativos, como la capacidad que las personas son capaces de tener cuando tienen que afrontar situaciones difíciles o traumáticas, como podrían ser una enfermedad grave o incluso, la muerte (Limardi, Stievano, Rocco, Vellone, y Alvaro, 2015). La segunda variable sería la inflexibilidad psicológica, que se define como aquella dificultad que se siente al experimentar ciertas emociones y pensamientos indeseados, así como la incapacidad para poder estar viviendo el momento presente (Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, y Beltrá, 2013).

Por lo tanto, la percepción que las personas cuidadoras tienen de sí mismas sobre sus propias competencias a nivel emocional y personal para tratar de hablar de la enfermedad con su persona en estado de cuidado paliativo se relaciona con las conductas de OI que manifiesta (Cremonez, Dall'Oglio, Maltauro, DalPrá, y Rossi, 2020; Gilarte, García-Viniegras, y González, 2016; Ruiz-Benítez, 2007). En estos estudios no se tiene en cuenta especialmente la regulación emocional, aquella capacidad que cada persona tiene que le permite manejar estrategias que modifican sus experiencias emocionales (John y Gross, 2007; Porro, Andrés, y Rodríguez-Espínola, 2012). Esta regulación emocional podría servir para explicar, parcialmente, cómo una persona con niveles bajos de regulación emocional, especialmente de emociones negativas, no se percibe con las suficientes competencias como para poder afrontar la transmisión de esa información.

Figura 1. Diagrama de hipótesis

VARIABLES	HIPÓTESIS
SOCIODEMOGRÁFICAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad Persona Enferma 	→ "Una edad más elevada de la persona enferma se relacionará con mayor OI."
<ul style="list-style-type: none"> • Nivel Académico <ul style="list-style-type: none"> ○ Persona Enferma ○ Persona Cuidadora 	→ "Mayor nivel académico tanto de la persona cuidadora como de la persona enferma se relacionará con menor OI."
MÉDICAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Visibilidad de la enfermedad 	→ "Si la enfermedad es evidente, en promedio, habrá menor OI."
PSICOLÓGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Neuroticismo • Inflexibilidad Psicológica • Desregulación Emocional • Resiliencia 	<ul style="list-style-type: none"> → "Elevados niveles de neuroticismo, inflexibilidad psicológica y dificultad para regular las emociones se relacionarán con mayor OI." → "Niveles más elevados de resiliencia se relacionarán con menor OI."
	→ "Controladas las variables sociodemográficas y variables médicas, todas las variables psicológicas se asociarán conjuntamente a la OI."

Por último, en otros contextos, se ha apuntado a que el neuroticismo se relaciona con la comunicación veraz; en concreto, según González y Besteiro (2015), aquellas personas que presentan niveles bajos de neuroticismo son las que más capaces son de ocultar con eficacia la verdad. El neuroticismo se define una tendencia de inestabilidad emocional de forma que, si se tienen altos niveles de neuroticismo, se presentan mayores pensamientos y preocupaciones de carácter negativo, lo que genera una mayor probabilidad de padecer problemas de depresión y ansiedad (Eysenck y Eysenck, 1994). En figura 1 se recogen las hipótesis planteadas.

MÉTODO

Participantes

La muestra de esta investigación estuvo compuesta por 166 personas que cuidaban a personas que estaban enfermas en cuidados paliativos residentes Málaga y provincia. Dicha persona era la cuidadora primaria y familiar de la persona que se encontraba en el final de su vida. En este estudio se plantearon los siguientes criterios de inclusión: tener un familiar en situación de cuidados paliativos, además de hablar y comprender suficientemente el idioma español, así como ser mayor de edad. Fueron criterios de exclusión el hecho de no poder comprender los elementos o ítems de los instrumentos utilizados.

Instrumentos

Datos sociodemográficos y clínicos: los/as participantes se les recogió datos acerca de la edad, sexo, nivel académico, tanto propio como de la persona enferma, así como su parentesco.

Escala de Neuroticismo perteneciente al cuestionario abreviado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A, Eysenck y Eysenck, 1985), en su versión española (Sandín, Valiente, Chorot, Olmedo, y Santed, 2002). El alfa de Cronbach de la muestra fue de .65.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II, Hayes et al. (2004), en su versión española de Ruiz, Langer, Luciano, Cangas, y Beltrá (2013). Consta de 7 ítems tipo Likert de (1 “nunca es verdad” a 7 “siempre es verdad”) que evalúan inflexibilidad psicológica, definida como la falta de capacidad para poder experimentar pensamientos y emociones indeseados, así como la poca o nula capacidad de poder estar centrado/a en el presente y comportamientos dirigidos en base a experiencias personales previas. El alfa de Cronbach obtenido con la muestra fue de .85.

Escala de Resiliencia (RS-18 Wagnild y Young, 1993), en su versión española (Ruiz-Párraga, López-Martínez, Esteve, Ramírez-Maestre, y Wagnild, 2014). Consta de 18 ítems que miden respuestas adaptativas ante la adversidad, puntuados de 1 a 7 (1

“fuertemente en desacuerdo” y 7 “fuertemente de acuerdo”). El alfa de Cronbach obtenido fue de .89.

Escala de Dificultades para la Regulación Emocional (DERS, Gratz y Roemer, 2004), en la versión española (Hervás y Jódar, 2008). Evalúa las dificultades en la regulación emocional o desregulación (falta de control emocional y atención emocional, interferencia cotidiana, confusión emocional y rechazo emocional) con 28 ítems de 5 puntos (1 “casi nunca” y 5 “casi siempre”). El alfa de Cronbach obtenido ha sido de .93. Escala de Ocultación de Información para Cuidadores (ECOI; De la Piedra-Torres, López-Martínez, y Ramírez-Maestre, 2022).

Evalúa conductas de OI de las personas que cuidan (familiares) hacia la persona enferma que se encuentra en cuidados paliativos. Evalúa OI como escala total y tres dimensiones mediante 15 ítems tipo Likert: ocultación de la enfermedad, falseamiento de la situación real, y control de la información. El alfa de Cronbach fue .90, y de .86, .86 y .82 para las subescalas, respectivamente.

Procedimiento

Participaron 166 personas cuidadoras de personas en situación de cuidados paliativos, que fueron contactadas mediante el equipo profesional de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Regional de Antequera y de la Asociación Girasol, de Málaga. Aquellas que cumplían los criterios de inclusión fueron informadas por su equipo médico o psicológico, explicándoles el objetivo del estudio, e invitadas a participar. Resueltas las posibles dudas sobre el estudio, se les entregaba el consentimiento informado para firmar y recibían la cita para la evaluación. Las entrevistas se realizaron en privado, en el hogar de cada participante, entre los meses de enero de 2019 y julio de 2023. El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación del Hospital de Antequera (Ref.28062018) y se siguieron las indicaciones establecidas por la Declaración de Helsinki de 1964.

Análisis estadístico

Los primeros análisis fueron correlaciones bivariadas de Pearson con el objeto de analizar la relación entre las puntuaciones en la ECOI con las puntuaciones en las variables: edad de las personas enfermas, neuroticismo, inflexibilidad psicológica, resiliencia y desregulación emocional. También se realizaron correlaciones de Spearman entre las puntuaciones de la ECOI y la variable nivel académico. Los resultados de las correlaciones fueron interpretados considerando los valores inadecuados o bajos si estaban por debajo de ,20, adecuados hasta .35, buenos si alcanzaban hasta .50, y por encima de este valor, excelentes.

Se realizaron comparación de medias con la prueba t para comparar las puntuaciones en la ECOI según la visibilidad de la enfermedad, dependiendo de si la

persona enferma tenía una enfermedad oncológica que fuera visible y poco visible. Por último, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el objetivo de predecir mayor OI con las variables estudiadas (sociodemográficas, médicas y psicológicas). Fue un modelo de regresión realizado por bloques y por pasos, que se elaboró con los resultados del análisis correlacional, por lo tanto, solo se incluyeron en el modelo aquellas variables que ya obtuvieron relaciones significativas con las puntuaciones de la ECOI. Se incluyeron en el primer bloque, por ser variables a controlar: la edad y el sexo de la persona cuidadora. En el segundo bloque las variables médicas fueron las incluidas y las psicológicas, en el tercero.

Para estos análisis se realizó correspondientemente la comprobación de supuestos. El programa estadístico IBM SPSS, v.23 fue el que se utilizó para todos los análisis estadísticos.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

El 43% de los/as participantes eran la pareja de la persona enferma, siendo el 40% hijos/as de las personas enfermas que cuidaban. De los 166 participantes, fueron mujeres 143 y hombres fueron 23. Su edad media fue de 56 años (DT=14.3) habiendo personas entre los 22 y 88 años. En lo que respecta a las personas enfermas, eran 98 hombres y 68 mujeres, su edad media fue de 71 años (DT =14.0) habiendo personas entre los 18 y 98 años. El 83% padecía una enfermedad oncológica, en concreto, cáncer de pulmón (24%), seguido de cáncer gastrointestinal (16%). Un 38% se categorizaron como enfermedad oncológica visible y un 45% como no visible. Tenían una enfermedad considerada paliativa no oncológica el 17%. La descripción de estos aspectos sociodemográficos puede consultarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra

	% Personas cuidadoras (n)	% Personas enfermas (n)
Estado civil		
Casado/a	68 (112)	60 (100)
Soltero/a	13 (22)	5 (8)
En pareja	10 (17)	8 (13)
Separado/a	6 (10)	7 (12)
Viudo/a	3 (5)	20 (33)
Nivel académico		
Sin estudios	28 (46)	48 (80)
Estudios básicos	62 (103)	42 (70)
Estudios superiores	10 (17)	10 (16)

Nota: “Sin estudios” hace referencia a personas que no han finalizado la escolarización obligatoria. “Estudios básicos” se refiere a tener estudios obligatorios primarios y/o secundarios. “Superiores” implican formaciones no obligatorias, como grado medio, bachillerato o superiores

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y OCULTACIÓN DE INFORMACIÓN

Los resultados muestran que no hay una relación estadísticamente significativa entre la edad y las puntuaciones de la ECOI, como puede verse en la Tabla 2.

Sí se encontró una asociación estadística, negativa y significativa, entre nivel académico de las personas cuidadoras y la OI, de modo que conforme aumentaba el nivel académico de estas personas cuidadoras, menores conductas de OI presentaban. Igualmente ocurre para la relación entre nivel académico de la persona enferma y la OI, ya que se ha observado que, a mayor nivel académico de las personas enfermas, menos conductas de OI, siendo estas correlaciones moderadas (Tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones entre la OI y factores sociodemográficos

Variable	Edad personas enfermas	Nivel académico persona cuidadora	Nivel académico persona enferma
ECOI total	0.14	-0.33***	- 0.30***
Ocultación ECOI	0.11	-0.25**	- 0.26**
Falseamiento ECOI	0.10	- 0.34***	- 0.23**
Control ECOI	0.14	- 0.20*	- 0.24**

Nota: *p < .05; **p < .01; ***p < .001

VARIABLES MÉDICAS Y OCULTACIÓN DE INFORMACIÓN

Respecto a la visibilidad o no de la enfermedad oncológica, los resultados se muestran en la Tabla 3. La prueba t demostró ser significativa en cuanto a las medias entre los dos grupos de pacientes según su visibilidad en las puntuaciones de la OI ($t(136) = -1.99, p=.04$). Esto significa que los/as cuidadores/as de personas con cánceres visibles eran quienes obtenían mayores puntuaciones en la ECOI frente a aquellas que cuidan personas enfermas oncológicas menos visibles. En el mismo sentido se obtuvieron medias diferentes significativamente en las puntuaciones a la subescala de control ($t(136) = -2.33, p=.02$); sin embargo, no se encontraron esas diferencias en las puntuaciones en las otras dos subescalas: la ocultación de la enfermedad ($t(136) = -1.42, p=.16$), y el falseamiento de la situación real ($t(136) = -1.32, p=.19$).

Tabla 3. Comparación en los niveles de OI en función de la visibilidad del cáncer

Variable	Visibilidad	M	DT
ECOI total	No	18.86	11.3
	Sí	23.69	11.1
Ocultamiento ECOI	No	10.08	5.1
	Sí	11.43	5.3
Falseamiento ECOI	No	5.32	4.7
	Sí	6.38	4.7
Control ECOI	No	4.46	3.9
	Sí	5.97	3.7

Variables psicológicas y ocultación de información

Las Tablas 4 y 5 recogen la información sobre esta sección. La relación ha sido estadísticamente significativa entre las puntuaciones en la ECOI y las puntuaciones en las escalas de neuroticismo, inflexibilidad psicológica, resiliencia y dificultades en la regulación emocional, en todas sus subescalas, siendo coeficientes de Pearson con valores excelentes o buenos (Evers, Muñiz, y Hagemeister, 2013).

Tabla 4. Correlaciones entre la OI y las variables psicológicas de los/as cuidadores/as (N = 166)

	Neuroticismo	Inflexibilidad psicológica	Resiliencia	Regulación emocional
ECOI total	0.32***	0.45***	- 0.43***	0.32***
Ocultación	0.25***	0.27***	- 0.38***	0.25***
Falseamiento	0.34***	0.50***	- 0.47***	0.39***
Control	0.18*	0.34***	- 0.16*	0.14

Nota: * p < .05; *** p < .001.

Tabla 5. Correlaciones entre la OI y las subescalas de dificultad en la regulación emocional (DERS) (N = 166)

	Atención-desatención	Claridad-confusión	Aceptación-rechazo	Funcionamiento-interferencia	Regulación-descontrol
ECOI total	0.22**	0.24**	0.22**	0.27***	0.27***
Ocultación	0.21*	0.18*	0.14	0.25**	0.19*
Falseamiento	0.22**	0.33***	0.26***	0.32***	0.34***
Control	0.10	0.06	0.13	0.07	0.14

Nota: *p < .05; **p < .01; ***p < .001.

Análisis de la regresión múltiple

En la Tabla 6 se pueden consultar los resultados de este análisis. En primer lugar, con respecto a los supuestos requeridos por este análisis, la asimetría (rango -1.9 a 0.57) y la curtosis (rango -1.36 a 0) no excedieron el límite estándar de 10 (Hair, Anderson, Tatham, y Black, 2004), con lo que las distribuciones de las variables que se introdujeron en el análisis de regresión fueron normales. No obstante, sí que el nivel académico de la persona enferma fue descartado del análisis de regresión múltiple jerárquico por bloques ya que no superó los supuestos requeridos en el mismo, a pesar de haberse asociado inicialmente de forma significativa con la puntuación en OI (Tabla 2). En cuanto a los valores de inflación de la varianza (VIF), se consideraron dentro del rango estándar de 10.

En cuanto al primer bloque del análisis de regresión múltiple que consideraba las variables control, el nivel académico fue la variable que contribuyó a explicar el porcentaje de la varianza conjunta de la OI de forma significativa. Por tanto, se excluyeron del modelo las variables: edad de la persona cuidadora, y sexo, tanto de la

persona cuidadora y como de la persona enferma. Respecto al segundo bloque, la visibilidad o no del cáncer fue la variable que contribuyó de forma significativa a explicar parte de la varianza de las puntuaciones de la OI. Por último, respecto al tercer bloque, formaron parte del mismo y por tanto, del modelo, la inflexibilidad psicológica y la resiliencia, quedando excluidas del modelo el neuroticismo y la dificultad en la regulación emocional. Por tanto, el 30% de la varianza de las puntuaciones en la ECOI se explican por esas variables que formaron parte de la ecuación ($R^2 = .30$; $F(4,163) = 18.46$, $p < .001$).

Tabla 6. Resultados del análisis de regresión múltiple para explicar la variable OI

	R^2	F	B	Error estándar	β	Límite inferior	Límite superior	ΔR^2
1. Bloque 1								
	0.12**	24.02						
Constante			29.33	1.82		25.74	32.91	
Nivel académico cuidador			- 3.32	0.68	- 0.36**	- 4.66	- 1.98	
2. Bloque 2								
	0.15**	15.22						0.03
Constante			16.51	2.20		21.93	30.62	
Nivel académico cuidador			- 3.48	0.67	- 0.38**	- 4.81	- 2.15	
Visibilidad enfermedad			2.79	1.17	0.17*	0.49	5.10	
3. Bloque 3								
	0.30**	18.46						0.15
Constante			31.39	7.05		17.46	45.31	
Nivel académico cuidador			- 2.91	0.62	- 0.32**	- 4.13	- 1.69	
Visibilidad enfermedad			2.41	1.06	0.15*	0.31	4.50	
Inflexibilidad psicológica			0.28	0.09	0.25**	0.09	0.46	
Resiliencia			- 0.13	0.06	- 0.19*	- 0.24	- 0.02	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$.

DISCUSIÓN

En este estudio se quiso analizar la relación existente entre la OI con diversas variables que han demostrado su relevancia en el ámbito de los cuidados paliativos. La literatura avala que, conforme más edad tenían los/as pacientes, mayor era el nivel de la OI que padecían (Ahn et al., 2013; Font-Ritort, Martos-Gutiérrez, Montoro-Lorite, y Mundet-Pons, 2016; Gil et al., 2014). Esta evidencia no ha sido encontrada en este estudio, pudiendo explicarse porque, a diferencia de los estudios mencionados, las personas enfermas de esta investigación tenían una media de edad que ya era elevada, concretamente de 71 años. Por otro lado, conforme el nivel académico ha sido

más bajo, más OI se ha encontrado. Este resultado sí que está en línea con estudios previos que ya habían encontrado esta relación con los/as familiares (Ahn et al., 2013; Ruiz-Benítez, 2007) y con las personas enfermas (Ahn et al., 2013; Alsirafy, Abdel-Kareem, Ibrahim, Abolkasem, y Farag, 2017; Bara, 2002; Gil et al., 2014; Ruiz-Benítez, 2007). La discusión al respecto podría ser que conforme las personas enfermas presentan más formación a nivel académico, más quieren estar informadas y más preguntan sobre su patología, mostrando así más interés por saber de su proceso, siendo, por ello, menos probable que le oculten información (Alsirafy, Abdel-Kareem, Ibrahim, Abolkasem, y Farag, 2017; Gil et al., 2014). En este sentido, algunos estudios concluyen que las personas que cuidan a sus enfermas lo hacen con el objetivo de protegerles (Hilário, 2020; Pinyopornpanish, Angkurawaranon, Gomutbutra, y Pinyopornpanish, 2017). Respecto al nivel académico de la persona cuidadora, la asociación de esta variable y la OI continúa sin ser suficientemente clara (Ruiz-Benítez, 2007). Las personas cuidadoras tienen mayor nivel académico promedio que las enfermas. Esto podría interpretarse como que las primeras creen que el nivel académico (inferior) las segundas suponga que no son suficientemente capaces de asimilar la información que la situación paliativa implica. Por otro lado, hay estudios que asocian una mayor visibilidad de la enfermedad con que estas personas pudieran estar mejor informadas (Alsirafy, Abdel-Kareem, Ibrahim, Abolkasem, y Farag, 2017; Font-Ritort, Martos-Gutiérrez, Montoro-Lorite, y Mundet-Pons, 2016). En este sentido, este estudio demuestra que aquellas personas con cánceres visibles eran quienes más OI presentaban. El hecho de que el cáncer sea visible puede derivar en que se quiera obtener más información y, sin embargo, parece que, por parte de las personas que cuidan, se oculta más la información.

En cuanto a los niveles de neuroticismo, en este estudio, este se ha relacionado con altos niveles de OI, siendo este hallazgo consistente con la teoría sobre el neuroticismo, que promulga que aquellas personas con altas puntuaciones en este rasgo de personalidad son las que presentan más inestabilidad a nivel emocional, con más preocupaciones y pensamientos negativos, es decir, parece un perfil de baja competencia emocional. De hecho, existe evidencia empírica que sustenta que algunas personas cuidadoras ocultan la información porque no se perciben a ellas mismas con las competencias suficientes como para hablar abiertamente (Cremonez, Dall'Oglio, Maltauro, DalPrá, y Rossi, 2020; Gilarte, García-Viniegras, y González, 2016).

En cuanto a la inflexibilidad psicológica, distintos autores afirman que haber tenido experiencias cercanas con la muerte y el cáncer, especialmente si se ha sufrido mucho y se ha padecido gran dolor, está relacionado con la OI (Gilarte, García-Viniegras, y González, 2016; Pinyopornpanish, Angkurawaranon, Gomutbutra, y Pinyopornpanish, 2017). No obstante, en estos estudios, la inflexibilidad psicológica no se evaluaba, es decir, no se contemplaba la incapacidad para enfrentarse al

malestar. Por tanto, aquellas situaciones que generasen emociones negativas como puede ser hablar de enfermedad grave, serían evitadas. En nuestro estudio se confirmó la hipótesis sobre la regulación emocional, en la que se establece una asociación positiva y significativa entre esta y la OI, con casi todas sus subescalas, a excepción de la de control de ECOI. En este sentido, se ha observado que muchos/as cuidadores/as disfrazan sus sentimientos con respecto a las personas enfermas cuando se sienten abrumados/as por la situación (Cremonez, Dall'Oglio, Maltauro, DalPrá, y Rossi, 2020), lo que explicaría que sí correlacione con las puntuaciones en ECOI en el sentido propuesto, pero no con control (evitar que otros/as informen), ya que alude a comportamientos externos a la propia persona.

Respecto a la capacidad de afrontar situaciones traumáticas, se sabía que las personas incapaces de afrontar dichas situaciones, como puede ser una enfermedad mortal, son las que ejercen mayor OI (Alsirafy, Abdel-Kareem, Ibrahim, Abolkasem, y Farag, 2017), así como que personas más proclives al flujo de información son también más resilientes (Sutar, Chandra, Seshachar, Gowda, y Chaturvedi, 2019). Esto se confirma en nuestro estudio, con lo encontrado sobre la resiliencia, y que está en consonancia con la literatura previa. El hecho de hablar con la persona enferma que se está cuidando sobre esa enfermedad incurable y potencialmente mortal es afrontar una situación muy estresante, cumpliendo criterios suficientes para demostrar la resiliencia con la que se cuenta, y tener suficiente resiliencia en este estudio demuestra que se asocia con menor OI.

Los resultados del análisis conjunto muestran que la mayor ocultación de información ocurre si se tiene un nivel académico bajo, la enfermedad oncológica es visible, se muestra mayor inflexibilidad psicológica y menor grado de resiliencia. Por tanto, este estudio demuestra que deben tenerse en cuenta estos factores a la hora de entender e intervenir sobre la OI, ya que factores como la inflexibilidad psicológica y la resiliencia, a diferencia de los otros, son altamente susceptibles de mejorar con un tratamiento psicológico especializado. El estudio de Bara et al. (2002) ha sido el único que se ha encontrado que confirma que personas que participaban en intervenciones psicológicas tenían menores niveles de OI. Para futuras investigaciones en este campo de la psicología en cuidados paliativos, serían interesante comprobar si la intervención psicológica permite disminuir los niveles de OI.

Este estudio tiene una limitación destacable, y es que la población con la que se ha realizado el estudio ha sido de ámbito rural, en la que la población de por sí está envejecida y suele tener un nivel académico bajo. Tanto la edad como el nivel académico han demostrado ser factores relevantes en relación a la OI, por lo que conviene analizar en futuros estudios, que contemplen estas variables y objetivos, una población más urbana que pudiera arrojar resultados distintos. Además, habría que considerar que este estudio, a diferencia otros, ha incluido entre sus participantes a

un porcentaje del 17% de personas en situación paliativa no oncológica, siendo esto una fortaleza del estudio, ya que la realidad del trabajo paliativo además de la enfermedad oncológica debe tener en cuenta otras patologías no oncológicas, aunque estas últimas puedan ser menos interesantes a nivel de investigación. En definitiva, con este estudio se ha ampliado el conocimiento actual de la ocultación de la información, que contempla características sociodemográficas y psicológicas de las personas que cuidan y de las propias enfermas.

Agradecimientos

A las personas participantes que estaban pasando por esta difícil situación, al equipo de CP del Hospital de Antequera y a la Asociación Girasol.

REFERENCIAS

- Ahn, E., Shin, D.W., Choi, J.Y., Kang, J., Kim, D.K., Kim, H., ... y Cho, B. (2013). The impact of awareness of terminal illness on quality of death and care decision making: A prospective nationwide survey of bereaved family members of advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 22, 2771–2778. doi: hf24
- Alsirafy, S.A., Abdel-Kareem, S.S., Ibrahim, N.Y., Abolkasem, M.A., y Farag, D.E. (2017). Cancer diagnosis disclosure preferences of family caregivers of cancer patients in Egypt. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1758–1762. doi: 10.1002/pon.4206
- Bara, E. (2002). *El efecto de la información en el proceso oncológico* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional de la UCM.
- Costantini, M., Morasso, G., Montella, M., Borgia, P., Cecioni, R., Beccaro, M., ... y Bruzzi, P. (2006). Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients: Results from an Italian mortality follow-back survey. *Annals of Oncology*, 17, 853–859. doi: fr3r9r
- Cremones, H., Dall'Oglio, L.M., Maltauro, I., DalPrá, P., y Rossi, E. (2020). Palliative care: Caregiver's reflective praxis. *International Journal of Health Sciences*, 8(4), 28–38. doi: 10.15640/ijhs.v8n4a4
- De la Piedra-Torres, A., López-Martínez, A.E., y Ramírez-Maestre, C. (2022). Information concealment in palliative patients: Development and pilot study of a new scale for caregivers. *Health and Social Care in the Community*, 30(6), e4504–e4512. doi: 10.1111/hsc.13854
- Evers, A., Muñoz, J. y Hagemester, C. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25(3), 283–291. doi: 10.7334/psicothema2013.97
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B. (1985). *Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) and Short Scale (EPQ-RS)*. Londres: Hodder y Stoughton.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B. (1994). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Font-Ritort, S., Martos-Gutiérrez, J.A., Montoro-Lorite, M., y Mundet-Pons, L. (2016). Quality of diagnosis information given to terminal cancer patients. *Enfermería Clínica*, 26(6), 344–350. doi: gjp3
- Gil, E., Gercovich, D., Morgenfeld, E., Tognelli, F., Martín, G., López, P., ... y Gercovich, F.G. (2014). Evaluación de las necesidades de los pacientes respecto a la información y los cuidados

médicos tras el diagnóstico de cáncer. *Psicooncología*, 11(2-3), 389-401. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47396

Gilarte, M.X., García-Viniegras, C.R., y González, B.B. (2016). Conspiración de silencio en familias de pacientes oncológicos en etapa terminal. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 13(1), 1-10.

González, J.L. y Besteiro, I. (2015). Personalidad, mentira y engaño. *Behavior y Law Journal*, 1(1), 17-26. doi: 10.47442/blj.v1.i1.12

Gratz, K.L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. doi: dt5vhm

Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., y Black, W.C. (2004). *Análisis multivariante*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... y McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578. doi: gfk5t

Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

Hilário, A.P. (2020). Preferences around the disclosure of dying: A vision from Portuguese society. *Palliative and Supportive Care*, 18, 63-68. doi: 10.1017/S1478951519000324

John, O.P. y Gross, J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.

Limardi, S., Stievano, A., Rocco, G., Vellone, E., y Alvaro, R. (2015). Caregiver resilience in palliative care: A research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 421-433. doi: f77ghj

Pinyopornpanish, K., Angkurawaranon, C., Gomutbutra, P., y Pinyopornpanish, M. (2017). Factors affecting family members' decisions to reveal cancer diagnoses to patients: A qualitative study. *Journal Medical Association of Thailand*, 100(7), 808-814.

Porro, M.L., Andrés, M.L., y Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: Utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 341-355.

Ruiz, F.J., Langer, A.I., Luciano, C., Cangas, A.J., y Beltrá, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema*, 25(1), 123-129.

Ruiz-Benítez, M.A. (2007). *La conspiración del silencio en los familiares de los pacientes terminales* [Tesis doctoral, Universidad de la Laguna de Canarias]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna.

Ruiz-Párraga, G.T., López-Martínez, A.E., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., y Wagnild, G. (2014). A confirmatory factor analysis of the Resilience Scale adapted to chronic pain (RS-18): New empirical evidence of the protective role of resilience on pain adjustment. *Quality of Life Research*, 23(10), 1245-1253. doi: f69rgr

Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Olmedo, M., y Santed, M.A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (I): Análisis exploratorio de la estructura factorial.

Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7(3), 195–205.
doi: 10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3934

Sutar, R., Chandra, P., Seshachar, P., Gowda, L., y Chaturvedi, S. (2019). A qualitative study to assess collusion and psychological distress in cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(2), 242–249. doi: gjqh

Wagnild, G.M. y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.

CAPÍTULO 19

EMOCIONES EN LA ERA DIGITAL: PLATAFORMA PARA POTENCIAR EL BIENESTAR EN ADULTOS EMERGENTES

SELENE VALERO MORENO, IRINA NAVARRO MONTOYA, KONSTANZE SCHOEPS,
MARIÁN PÉREZ-MARÍN, E INMACULADA MONTOYA CASTILLA

Universitat de València

INTRODUCCIÓN

La adultez emergente es una fase de transición crucial entre la adolescencia y la plena adultez. Durante este período, poseer un buen nivel de regulación emocional es fundamental, ya que los jóvenes enfrentan desafíos emocionales y sociales al explorar la identidad, buscar autonomía y tomar decisiones significativas. La capacidad de gestionar emociones impacta sobre la toma de decisiones (Sarmiento-Rivera y Ríos-Flórez, 2017) y la construcción de relaciones saludables (Bolaños, 2020). La rápida evolución social actual añade complejidad, subrayando la importancia de desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento y gestión emocional para un desarrollo saludable en esta etapa de la vida (Campos-Arregi et al., 2023).

La adultez emergente, término acuñado por Arnett (2000), es el período evolutivo que comprende entre los 18 y 29 años y es conocido por ser la etapa en la que las personas no se perciben como adolescentes, pero, tampoco se consideran adultos, debido a que no se sienten suficientemente maduras (Muñoz-Albarracín et al., 2023). Para definir mejor el concepto, se pueden nombrar cinco características muy destacadas de la adultez emergente: la inestabilidad, la exploración de la identidad, el sentirse entre la adolescencia y la adultez, la exploración de la identidad y las posibilidades y optimismo (Barrera-Herrera y Martín, 2021). Esta etapa también puede vivirse como un proceso de inestabilidad e incertidumbre, a pesar de experimentar sentimientos de mayor libertad, autonomía e independencia económica, dado que muchos jóvenes no se sienten preparados para asumir las responsabilidades y roles de la vida adulta. Esta situación puede tener un impacto negativo en su salud mental, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos emocionales, entre los que se destacan la ansiedad y la depresión (Cooke et al., 2022; Osma et al., 2021).

Una parte significativa de la población de adultos emergentes corresponde al alumnado universitario, que representa el 32.1% de las personas entre 18 y 24 años matriculadas en programas de grado y máster en las universidades de España (Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades [MICIU], 2019). El entorno universitario ofrece oportunidades únicas para la exploración de la identidad, ya que

se presentan situaciones propicias para el desarrollo personal, la construcción del bienestar y el compromiso con la formación académica (Osamika et al., 2021). En este contexto, los estudiantes no solo enfrentan los desafíos propios de su etapa evolutiva, sino que también deben adaptarse a las exigencias de una nueva fase educativa. Entre estas, se incluyen la búsqueda de independencia familiar, financiera y social, así como la toma de decisiones académicas (Moore y Shell, 2017).

A las exigencias inherentes a la adultez emergente se suman las demandas académicas y el ambiente competitivo de la universidad (Jayalakshmi y Magdalin, 2015), lo que puede perturbar el equilibrio personal del estudiantado y afectar negativamente su rendimiento y bienestar emocional (Ballester et al., 2022). Sin embargo, en esta fase, los individuos tienen la oportunidad de explorar su identidad a través de diversas experiencias y de adquirir conocimientos y habilidades que les permitan afrontar nuevas responsabilidades. Por lo tanto, muchos adultos emergentes pueden ver esta etapa como un momento lleno de optimismo y oportunidades para construir su futuro (Arnett, 2014; Arnett y Mitra, 2020).

La investigación en este campo ha destacado la importancia de las variables emocionales y su impacto en el bienestar y la salud mental durante la adultez emergente. Las habilidades emocionales, como la inteligencia emocional (IE), se consideran herramientas psicológicas valiosas para enfrentar las responsabilidades y situaciones estresantes de la vida adulta y prevenir problemas de salud mental (Bennik et al., 2019; Mao et al., 2020; Schoeps et al., 2019). Estudios sobre la inteligencia emocional indican que esta tiene una influencia favorable en la salud física y mental (Gómez-Baya et al., 2017), así como un efecto beneficioso sobre el bienestar subjetivo, incluyendo la satisfacción con la vida y los afectos (De la Barrera et al., 2019).

Adicionalmente, variables como la autoestima y el optimismo juegan un papel crucial en la salud mental del adulto emergente. Una autoestima elevada está asociada con una mayor resiliencia ante las adversidades (Mouatsou y Koutra, 2023), permitiendo a los individuos afrontar los desafíos de esta etapa con mayor confianza y eficacia. El optimismo, por su parte, se ha relacionado con una mejor adaptación a situaciones estresantes y una percepción más positiva de la vida, lo que contribuye a un bienestar emocional más sólido (Mumford et al., 2023). Estas características fomentan una actitud proactiva ante los problemas y pueden reducir la probabilidad de desarrollar trastornos mentales, favoreciendo así una mejor calidad de vida en esta etapa crítica del desarrollo. Por lo tanto, cultivar la autoestima y el optimismo es fundamental para promover un estado de salud mental positivo entre los adultos emergentes, ayudándoles a navegar con éxito por los retos de la adultez.

Por todo ello, el objetivo del presente estudio es analizar el perfil de salud mental en la adultez emergente y proponer una intervención a través de una plataforma

tecnológica que atienda las necesidades de esta población. En este contexto, las hipótesis planteadas son que las competencias emocionales, específicamente la regulación emocional, así como la autoestima y el optimismo, se asociarán positivamente con la salud mental (hipótesis 1). Además, se espera que una mayor identificación con la etapa de la adultez emergente se correlacione con una mejor salud mental (Hipótesis 2).

MÉTODO

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 771 adultos emergentes de edades comprendidas entre los 18 y los 29 años ($M=20,38$ $DT=2,01$), de los cuales 73,30% eran mujeres. El 61% vivían con su familia, el 58,20% obtenían el dinero para su día a día a través de su familia y un 25,20% de su familia y el trabajo. El 15,80% presentaba alguna dificultad psicológica o física y el 17% acudían a terapia psicológica en el momento de la evaluación.

Instrumentos

A través de un registro ad hoc, se recogieron variables sociodemográficas como la edad, género, independencia económica, cohabitación, ocupación actual, enfermedades físicas o psicológicas diagnosticadas y asistencia a terapia. La regulación emocional fue evaluada mediante el *Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva* en su versión reducida (CERQ-18), desarrollado por Garnefski y Kraaij (2006) validada en castellano por Domínguez y Merino-Soto (2017). El CERQ-18 consta de 18 ítems distribuidos en nueve escalas (Autoculpabilización, Rumiación, Catastrofismo, Culpar a los demás, Aceptación, Reevaluación positiva, Puesta en perspectiva, Focalización positiva y Planificación), con respuestas tipo Likert de 1 ("casi nunca") a 5 ("casi siempre"). Es una versión abreviada del CERQ-36, manteniendo la validez del original. Para evaluar la adultez emergente, se utilizó el *Inventario de las Dimensiones de la Adultez Emergente* (IDEA), un autoinforme de 31 ítems desarrollado por Arnett et al. (2007) y validado en español por Sánchez-Queija et al. (2020). Este instrumento mide seis factores clave, como inestabilidad, exploración de identidad, experimentación, inestabilidad, centrarse en el resto, centrarse en uno mismo y sentirse en medio, con respuestas en escala Likert de 1 a 4. El optimismo fue evaluado mediante el *Cuestionario de Optimismo* (COP) (Otero-López et al., 1998), compuesto por 10 ítems con escala Likert de 5 puntos, y ha demostrado buenas propiedades psicométricas. La autoestima se midió con la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965), que consta de 10 ítems con escala Likert de 4 puntos para evaluar autoestima positiva y negativa. Por último, los síntomas emocionales se evaluaron con el *BSI-18* (Brief Symptom Inventory)

(Derogatis, 2001), un cuestionario de 18 ítems que mide ansiedad, depresión y somatización, con respuestas en una escala Likert de 0 a 4, siendo útil para identificar el malestar emocional sin proporcionar un diagnóstico clínico directo. Todos los instrumentos utilizados presentan buenas propiedades psicométricas, asegurando la validez y fiabilidad de los datos obtenidos.

Procedimiento

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación titulado “Intervención mediante plataforma tecnológica inteligente para el desarrollo socioemocional y la promoción del bienestar: validación e implementación de un serious game”, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia Estatal de Innovación (PID2020-114425RB-C21). Es importante destacar además que la presente investigación cumplió con los criterios éticos pertinentes y cuenta con la aprobación del comité de ética de la Universitat de València con número de registro: UV-INV-ETICA-2013883.

Los criterios de inclusión para participar fueron que los participantes se encontrasen en la etapa de la adultez emergente (es decir, que tuviesen una edad comprendida entre los 18 y los 29 años) y que fuesen residentes en España. Tras informar a los participantes sobre la investigación, y asegurarse de que cumplían las características de la muestra que se necesitaba, se les envió de manera online un enlace de una encuesta a completar.

Análisis de datos

Se realizaron comparaciones de medias para analizar las diferencias en función de dificultades físicas o psicológicas y la asistencia a terapia y posteriormente se realizaron modelos de regresión lineal jerárquica donde la variable criterio fueron las dimensiones de salud mental y las variables predictoras fueron las características de la adultez emergente (paso 1), estrategias de regulación emocional (paso 2), la autoestima y el optimismo (paso 3).

RESULTADOS

Comparación de medias en función de la presencia de dificultades o asistencia a terapia

Se realizaron análisis de diferencias de medias para comparar todas las variables en función de la presencia de dificultades psicológicas o físicas. Se encontraron diferencias significativas en la sintomatología emocional, tanto en el índice de severidad como en los niveles de ansiedad, depresión y somatización, con puntuaciones más altas en aquellos adultos que presentaban alguna dificultad. En cuanto a las estrategias de regulación emocional, hubo diferencias tanto en las

estrategias desadaptativas (rumiación, catastrofismo), como en las adaptativas (planificación, aceptación, focalización). El grupo con dificultades mostró mayores puntuaciones en las estrategias desadaptativas y menores en las adaptativas, en comparación con el grupo sin dificultades. También se hallaron diferencias significativas en autoestima y optimismo, con niveles más bajos en el grupo con dificultades. Por último, en relación con las características de la adultez emergente, se encontraron diferencias en experimentación, inestabilidad y en la sensación de estar "entre dos etapas", con el grupo que presentaba dificultades mostrando menos experimentación, más inestabilidad y una mayor sensación de estar atrapado entre dos etapas (ver Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de medias en función de la presencia de dificultad o asistencia a terapia

	Presencia de dificultad					
	Si <i>M(DT)</i>	No <i>M(DT)</i>	<i>t</i>	<i>p-valor</i>	<i>d</i>	Diferencia de medias
Identidad	3,25 (0,47)	3,20 (0,47)	1,25	,105	0,12	0,06
Experimentación	3,40 (0,50)	3,52 (0,47)	-2,42	,008	0,24	-0,11
Inestabilidad	3,28 (0,47)	3,00 (0,47)	5,51	,001	0,54	0,28
Sentirse en medio	3,45 (0,59)	3,34 (0,57)	1,98	,024	0,20	0,11
Focalización en uno mismo	3,33 (0,42)	3,40 (0,41)	-1,61	,054	0,16	-0,07
Focalización en otros	2,80 (0,56)	2,86 (0,55)	-1,08	,140	0,11	-0,06
Rumiación	7,39 (1,68)	6,94 (1,71)	2,68	,004	0,27	0,45
Catastrofización	6,59 (1,90)	5,57 (1,84)	5,59	,001	0,55	1,02
Autoculpabilización	6,66 (1,89)	6,41 (1,89)	1,36	,086	0,14	0,25
Culpabilizar a otros	4,61 (1,63)	4,69 (1,66)	-0,53	,297	0,05	-0,09
Planificación	7,19 (1,61)	7,76 (1,56)	-3,71	,001	0,37	-0,57
Aceptación	7,57 (1,49)	8,06 (1,39)	-3,38	,001	0,35	-0,49
Reevaluación positiva	5,63 (2,17)	6,53 (2,08)	-4,36	,001	0,43	-0,90
Toma perspectiva	6,75 (1,82)	6,98 (1,57)	-1,28	,102	0,14	-0,22
Focalización	4,99 (2,06)	5,74 (1,89)	-3,96	,001	0,39	-0,75
Autoestima	28,11 (5,94)	31,67 (5,51)	-6,15	,001	0,64	-3,57
Optimismo	31,38 (7,57)	35,92 (6,35)	-6,22	,001	0,69	-4,54
Ansiedad	9,74 (5,81)	5,49 (4,38)	7,66	,001	0,92	4,24
Depresión	9,76 (5,92)	6,33 (5,04)	6,01	,001	0,66	3,43
Somatización	7,91 (6,24)	4,13 (4,23)	6,42	,001	0,82	3,78
	Asistencia a terapia					
	Si <i>M(DT)</i>	No <i>M(DT)</i>	<i>t</i>	<i>p-valor</i>	<i>d</i>	Diferencia de medias
Identidad	3,24 (0,47)	3,20 (0,46)	0,87	,194	0,08	0,04
Experimentación	3,39 (0,54)	3,52 (0,46)	-2,72	,004	0,29	-0,14
Inestabilidad	3,23 (0,47)	3,01 (0,54)	4,30	,001	0,41	0,22
Sentirse en medio	3,36 (0,64)	3,35 (0,57)	0,23	0,409	0,02	0,01
Focalización en uno mismo	3,28 (0,47)	3,40 (0,40)	-2,86	,002	0,31	-0,13
Focalización en otros	2,83 (0,60)	2,86 (0,55)	-0,53	,198	0,05	-0,03
Rumiación	7,60 (1,57)	6,89 (1,71)	4,38	,001	0,42	0,71
Catastrofización	6,50 (1,98)	5,57 (1,83)	5,24	,001	0,40	0,93
Autoculpabilización	6,77 (1,80)	6,38 (1,89)	2,14	,016	0,21	0,39
Culpabilizar a otros	4,69 (1,56)	4,68 (1,67)	0,11	,455	0,01	0,02
Planificación	7,31 (1,69)	7,75 (1,55)	-2,93	,002	0,28	-0,44

Tabla 1. Comparación de medias en función de la presencia de dificultad o asistencia a terapia (continuación)

	Asistencia a terapia		<i>t</i>	<i>p</i> -valor	<i>d</i>	Diferencia de medias
	Si <i>M</i> (<i>DT</i>)	No <i>M</i> (<i>DT</i>)				
Aceptación	7,60 (1,41)	8,06 (1,41)	-3,44	,001	0,33	-0,46
Reevaluación positiva	5,93 (2,04)	6,48 (2,13)	-2,73	,003	0,26	-0,55
Toma perspectiva	6,50 (1,55)	7,03 (1,62)	-3,50	,001	0,34	-0,54
Focalización	5,05 (1,91)	5,74 (1,92)	-3,77	,001	0,36	-0,70
Autoestima	28,02 (5,98)	31,74 (5,46)	-7,00	,001	0,67	-3,73
Optimismo	31,30 (7,27)	36,00 (6,37)	-6,88	,001	0,72	-4,70
Ansiedad	9,99 (5,87)	4,28 (4,26)	8,54	,001	0,81	4,61
Depresión	10,11 (5,53)	6,21 (5,04)	7,93	,001	0,76	3,90
Somatización	7,63 (6,10)	4,13 (4,27)	6,26	,001	0,76	3,50

Se planteó el mismo análisis para comparar las diferencias entre aquellos que asistían a terapia psicológica en el momento de la evaluación y se observaron diferencias significativas en el índice de severidad, ansiedad, depresión y somatización. Los adultos emergentes que acudían a terapia mostraron mayores niveles de sintomatología emocional. En cuanto a la regulación emocional, se encontraron diferencias tanto en las estrategias desadaptativas (rumiación, catastrofismo, autculpabilización) como en las adaptativas (planificación, aceptación, reevaluación positiva, toma de perspectiva y focalización), con mayores puntuaciones en estrategias desadaptativas y menores en las adaptativas en los que asistían a terapia, en comparación con aquellos que no lo hacían. También se hallaron diferencias en autoestima y optimismo, con resultados similares a los previamente mencionados: menores niveles en quienes acudían a terapia. Finalmente, respecto a las características de la adultez emergente, se encontraron diferencias en experimentación, inestabilidad y focalización en uno mismo, con puntuaciones más altas en inestabilidad y más bajas en las otras variables.

Perfil de salud mental del adulto emergente

Se realizaron tres modelos de regresión lineal por pasos para predecir sintomatología ansiosa, depresiva y somatización. En el primer paso se incluyeron las características asociadas a la adultez emergente, en el segundo paso, las estrategias de regulación emocional y, por último, la autoestima y el optimismo.

Para el modelo de ansiedad, el primer paso (características de la adultez emergente) aumentó la varianza explicada en un 22% ($\Delta R^2 = ,22$, $p \leq ,001$), el segundo paso (estrategias de regulación emocional) incrementó la varianza de manera significativa un 10% ($\Delta R^2 = ,10$, $p \leq ,001$) y el tercer paso, también aumentó la varianza explicada en un 4% la ansiedad ($\Delta R^2 = ,04$, $p \leq ,001$). En el último paso, los principales predictores de la ansiedad fueron en sentido positivo: inestabilidad ($\beta = ,24$, $p \leq ,001$), rumiación ($\beta = ,10$, $p = ,006$), catastrofización ($\beta = ,19$, $p \leq ,001$) y focalización ($\beta = ,08$,

$p=,017$) y en sentido negativo autoestima ($\beta=-,15$, $p=,002$) y optimismo ($\beta=-,17$, $p=,002$), explicando en su conjunto un total de 35% de la varianza de ansiedad ($\Delta R^2_{\text{corr}}=,35$) (Tabla 2).

Tabla 2. Modelo de regresión jerárquica para la depresión, ansiedad y somatización

Predictor	Modelo de ansiedad					Modelo de depresion					Modelo de somatización				
	R^2_{corr}	ΔR^2	ΔF	β	t	R^2_{corr}	ΔR^2	ΔF	β	t	R^2_{corr}	ΔR^2	ΔF	β	t
Paso 1.	,22***	,22	34,94***			,24***	,25	47,48***			,12***	,13	18,76***		
Identidad				.05	1,22				.03	0,66				.05	-1,13
Experimentación				-.15	-3,50***				-.20	-4,96***				.14	-3,21***
Inestabilidad				.38	10,92***				.37	10,76***				.31	8,27***
Sentirse en medio				.04	1,19				.05	1,38				.04	1,18
Focalización en uno mismo				-.09	-2,05*				-.11	-2,70**				.01	-0,17
Focalización en otros									-.04	-1,14				.02	-0,43
Paso 2.	.31***	,10	12,68***			.38***	,14	19,30***			.19***	,08	8,34***		
Identidad				.05	1,32				.04	1,04				.04	-1,10
Experimentación				-.11	-2,73**				-.15	-4,00***				.10	-2,34*
Inestabilidad				.30	8,53***				.27	8,11***				.23	6,18***
Sentirse en medio				.005	0,13				.01	0,25				.01	0,40
Focalización en uno mismo				-.07	-1,63				-.09	-2,36**				.01	0,30
Focalización en otros				-.01	-.45				-.03	-1,05				.03	-0,75
Rumiación				.11	2,84**				.04	1,12				.07	1,82
Catastrofización				.23	5,58***				.16	3,94***				.20	4,37***
Autoculpabilización				.05	1,38				.15	4,86***				.01	0,15
Culpabilizar a otros				.01	0,23				.07	2,30*				.02	0,45
Planificación				-.06	-1,61				-.14	-3,95***				.03	-0,75
Aceptación				-.06	-1,86				.04	1,23				.08	-2,14*
Reevaluación positiva				.001	.03				-.13	-3,45***				.05	-1,16
Toma perspectiva				.05	1,35				.07	2,31*				.05	1,26
Focalización				.07	2,02*				.004	0,12				.06	1,74

Tabla 2. Modelo de regresión jerárquica para la depresión, ansiedad y somatización (continuación)

Predictor	Modelo de ansiedad				Modelo de depression				Modelo de somatización					
	R^2_{cor} r	ΔR^2	ΔF	β	t	R^2_{cor} r	ΔR^2	ΔF	β	t	R^2_{cor} r	ΔR^2	ΔF	β
Paso 3.	.35**	.04	26,04**		.55**	.17	142,71**		.23**	.04	18,32**			
Identidad			.03	0,92					.00	-0,05			-.06	-1,55
Experimentación			-.07	1,76					-.08	-2,40*			-.07	-1,5
Inestabilidad			.24	6,83**					.16	5,45**			.18	4,75**
Sentirse en medio			.02	0,46					.02	0,73			.02	0,60
Focalización en uno mismo			-.03	0,65					-.02	-0,61			.05	1,10
Focalización en otros			-.01	-0,44					-.03	-1,29			-.03	-0,78
Rumiación			.10	2,75**					.04	1,26			.07	1,80
Catastrophize			.19	4,53**					.07	1,98*			.15	3,46**
Autoculpabilización			-.00	-0,02					.05	1,92			-.04	-1,12
Culpabilizar a otros			-.01	-0,25					.04	1,58			.00	0,06
Planificación			.02	0,50					.00	0,02			.04	0,92
Aceptación			-.05	-1,57					.05	1,64			-.08	-2,12*
Reevaluación positiva			.07	1,69					-.02	-0,54			.01	.13
Toma perspectiva			.03	1,05					.05	1,82			.03	0,98
Focalización			.08	2,40*					.02	0,84			.07	2,03*
Autoestima			-.15	3,18**					-.44	10,94**			-.19	3,54**
Optimismo			-.17	3,18**					-.16	-3,47**			-.10	-1,71

Para el modelo de depresión, el primer paso (características de la adultez emergente) aumentó la varianza explicada en un 24% ($\Delta R^2 = .24$, $p \leq .001$), el segundo paso (estrategias de regulación emocional) incrementó la varianza de manera significativa un 14% ($\Delta R^2 = .14$, $p \leq .001$) y el tercer paso, también aumentó la varianza explicada en un 17% la ansiedad ($\Delta R^2 = .17$, $p \leq .001$). En el último paso, los principales predictores de la depresión fueron en sentido positivo: inestabilidad ($\beta = .16$, $p \leq .001$), catastrofización ($\beta = .07$, $p = .048$) y en sentido negativo, experimentación ($\beta = -.08$, $p = .017$), autoestima ($\beta = -.44$, $p \leq .001$) y optimismo ($\beta = -.16$, $p \leq .001$) explicando en su conjunto un total de 55% de la varianza de depresión ($R^2_{corr} = .55$).

Para el modelo de somatización, el primer paso (características de la adultez emergente) aumentó la varianza explicada en un 13% ($\Delta R^2 = .13$, $p \leq .001$), el segundo paso (estrategias de regulación emocional) incrementó la varianza de manera significativa un 8% ($\Delta R^2 = .08$; $p \leq .001$) y el tercer paso, también aumentó la varianza

explicada en un 4% la ansiedad ($\Delta R^2 = .04$, $p \leq .001$). En el último paso, los principales predictores de la depresión fueron en sentido positivo: inestabilidad ($\beta = .18$, $p \leq .001$), catastrofización ($\beta = .15$, $p \leq .001$) y focalización ($\beta = .07$, $p = .042$) y en sentido negativo, aceptación ($\beta = -.08$, $p = .034$) y autoestima ($\beta = -.19$, $p \leq .001$), explicando en su conjunto un total de 23% de la varianza de somatización ($R^2 \text{ corr} = .23$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El presente estudio se propuso como objetivo analizar el perfil de salud mental en la adultez emergente y diseñar una intervención mediante una plataforma tecnológica que atienda las necesidades particulares de esta población. En primer lugar, se exploró cómo las competencias emocionales, especialmente la regulación emocional, así como la autoestima y el optimismo, influyen positivamente en la salud mental de los adultos emergentes. Estas variables se han estudiado previamente, mostrando consistentemente un papel protector frente a la sintomatología psicológica.

En relación con la primera hipótesis, los resultados del estudio confirman hallazgos de investigaciones previas: la regulación emocional se identifica como un factor protector clave para la salud mental. Se encontró que estrategias de regulación emocional desadaptativas, como la catastrofización y la rumiación, se asocian positivamente con síntomas de ansiedad, depresión y somatización, lo que coincide con estudios anteriores (Bennik et al., 2019; Gómez-Baya et al., 2017; Mao et al., 2020; Schoeps et al., 2019). Por el contrario, estrategias más adaptativas como la aceptación y la focalización en el presente mostraron una correlación negativa con dichos síntomas, sugiriendo que promover el uso de estrategias más saludables podría reducir el impacto negativo en la salud mental.

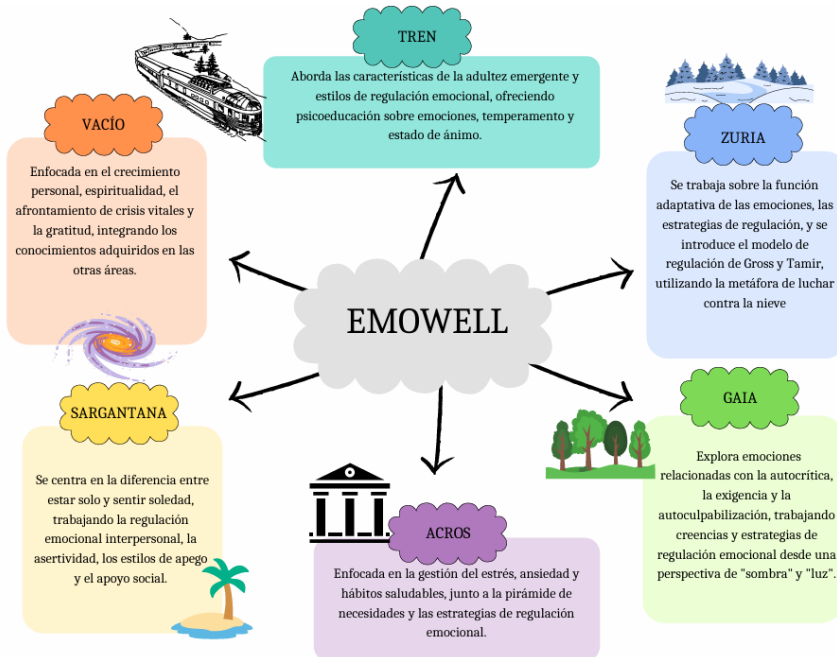
Por otro lado, las variables de autoestima y optimismo también se asociaron positivamente con la salud mental, lo que apoya las teorías existentes sobre el impacto protector de una autoestima elevada y una visión optimista en la reducción de síntomas psicológicos negativos (Mouatsou y Koutra, 2023; Mumford et al., 2023). Las personas que cuentan con una mayor autoestima y perciben su vida con optimismo tienden a tener una mayor resiliencia frente a las dificultades emocionales, lo que mejora su bienestar general.

En cuanto a la segunda hipótesis, los resultados sugieren que la percepción de identificación con la etapa de la adultez emergente también influye en la salud mental. Los adultos emergentes que experimentan una mayor sensación de estabilidad y pertenencia a esta etapa informaron de mejor salud mental, mientras que aquellos que perciben la etapa como inestable, caracterizada por la toma constante de decisiones cruciales, experimentan un mayor deterioro de su bienestar. Sin embargo, la búsqueda de nuevas experiencias y la experimentación se perfilan como factores

protectores, mitigando parcialmente el impacto negativo de la incertidumbre asociada a esta etapa vital (Barrera-Herrera et al., 2021; Muñoz-Albarracín et al., 2023).

A partir de estos resultados, se diseñó una intervención tecnológica que pretende mejorar la regulación emocional y, en consecuencia, la salud mental de los adultos emergentes. La plataforma, denominada “emoWELL”, está estructurada en seis zonas, cada una abordando distintos aspectos del bienestar emocional y mental basados en el modelo de bienestar subjetivo de Diener y el modelo de regulación emocional de Gross. Estas áreas temáticas no solo brindan psicoeducación sobre las emociones, sino que también proporcionan herramientas prácticas para mejorar la gestión emocional, con el fin de abordar las necesidades específicas de los adultos emergentes (Figura 1).

Figura 1. Estructura y áreas de la plataforma tecnológica de regulación emocional para la adultez emergente



El estudio pone de manifiesto la importancia de la regulación emocional, la autoestima, el optimismo y la identificación con la etapa de adultez emergente como factores clave en la promoción de la salud mental. Los hallazgos sugieren que fomentar estrategias adaptativas de regulación emocional, así como promover una autoestima positiva y una perspectiva optimista, podría ser altamente beneficioso para este grupo de edad. Además, la plataforma tecnológica propuesta ofrece un

enfoque integral y personalizado para apoyar a los adultos emergentes en el desarrollo de competencias emocionales clave. Esta intervención tiene el potencial de mejorar significativamente su bienestar y de reducir el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos, proporcionando herramientas accesibles y efectivas que se adaptan a las características y desafíos propios de esta etapa de vida.

Financiación

Esta publicación es parte del proyecto de I+D+i PID2020-114425RB-C21, financiado por MCIN/ AEI/10.13039/501100011033/.

REFERENCIAS

- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. doi:10.1037/0003-066X.55.5.469
- Arnett, J.J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for?. *Child Development Perspectives*, 1(2), 68–73. doi:10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x
- Arnett, J.J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Arnett, J.J. y Mitra, D. (2020). Are the Features of Emerging Adulthood Developmentally Distinctive? A Comparison of Ages 18–60 in the United States. *Emerging Adulthood*, 8(5), 412–419. doi:10.1177/2167696818810073
- Ballester, A.M.J., de la Barrera, U., Schoeps, K., y Montoya-Castilla, I. (2022). Factores emocionales que median la relación entre inteligencia emocional y problemas psicológicos en adultos emergentes. *Psicología Conductual/Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 30(1), 249–267. doi:10.51668/bp.8322113s
- Barrera-Herrera, A. y Martín, Y.S. (2021). Prevalencia de Sintomatología de Salud Mental y Hábitos de Salud en una Muestra de Universitarios Chilenos. *Psykhé*, 30(1), 1–16. doi:10.7764/psykhe.2019.21813
- Bennik, E.C., Jeronimus, B.F., y aan het Rot, M. (2019). The relation between empathy and depressive symptoms in a Dutch population sample. *Journal of Affective Disorders*, 242, 48–51. doi:10.1016/j.jad.2018.08.008
- Bolaños, E. (2020). Educación socioemocional. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 11(20), 388–408. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588663787023>
- Campos-Arregui, S., Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., & Pérez-Marín, M. (2023). Adulthood emergent: pattern of interpersonal relationships, alcohol consumption and psychopathology. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 53(2).
- Cooke, E.M., Schuurman, N.K., y Zheng, Y. (2022). Examining the within- and between-person structure of a short form of the positive and negative affect schedule: A multilevel and dynamic approach. *Psychological Assessment*, 34(12), 1126–1137. doi:10.1037/pas0001167
- De la Barrera, U., Schoeps, K., Gil-Gómez, J.A., y Montoya-Castilla, I. (2019). Predicting adolescent adjustment and well-being: The interplay between socio-emotional and personal

factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 1-17. doi:10.3390/ijerph16234650

Derogatis, L.R. (2001). *Brief Symptom Inventory 18: Administration, Scoring and Procedure Manual*. Pearson.

Dominguez-Lara, S. y Merino-Soto, C. (2018). Cognitive Emotional Regulation Questionnaire-18 en universitarios: Evidencias de validez convergente y discriminante. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(47), 171-184.

Garnefski, N. y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669. doi:10.1016/j.paid.2005.12.009

Gómez-Baya, D., Mendoza, R., Paino, S. y de Matos, M.G. (2017). Perceived emotional intelligence as a predictor of depressive symptoms during mid-adolescence: a two-year longitudinal study on gender differences. *Personality and Individual Differences*, 104, 303-312. doi:10.1016/j.paid.2016.08.022

Jayalakshmi, V. y Magdalin, S. (2015). Emotional Intelligence, Resilience and Mental Health of Women College Students. *Journal of Psychosocial Research*, 10(2), 401-408. <https://www.proquest.com/docview/1788294691?accountid=14777>

Mao, Y., Yang, R., Bonaiuto, M., Ma, J., y Harmat, L. (2020). Can flow alleviate anxiety? The roles of academic self-efficacy and self-esteem in building psychological sustainability and resilience. *Sustainability*, 12(7), 2-17. doi:10.3390/su12072987

Ministerio de Ciencia Innovación y Universidades (2019). *Datos y cifras del sistema universitario Español. Publicaciones de 2018-2019*. Recuperado de: <https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Estadisticas/datos-y-cifras-SUE-2018-19.pdf>

Moore, L.E. y Shell, M.D. (2017). The effects of parental support and self-esteem on r DOI symptoms in emerging adulthood. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 22(2), 131-140. doi:10.24839/2325-7342.JN22.2.131

Mouatsou, C. y Koutra, K. (2023). Emotion regulation in relation with resilience in emerging adults: The mediating role of self-esteem. *Current Psychology*, 42(1), 734-747. doi:10.1007/s12144-021-01427-x

Mumford, E.A., Copp, J., y MacLean, K. (2023). Childhood adversity, emotional well-being, loneliness, and optimism: a national study. *Adversity and Resilience Science*, 4(2), 137-149. doi:10.1007/s42844-022-00084-8

Muñoz-Albarracín, M., Jiménez-Figueroa, A., y Mayorga-Muñoz, C. (2023). Mental health, self-esteem and life satisfaction among university students in southern Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(2), 1-27. doi:10.11600/rlicsnj.21.2.5428

Osamika, B.E., Lawal, T., Osamika, A.E., Hounhanou, A.J.V., y Laleye, M. (2021). Personality Characteristics, Psychological Wellbeing and Academic Success among University Students. *International Journal of Research in Education and Science*, 7(3), 805-821. doi:10.46328/ijres.1898

Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, Ó., y Suso-Ribera C. (2021). Validity Evidence of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory among Non-Clinical

Spanish University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16). doi:10.3390/ijerph18168251

Otero-López, J.M., Luengo, A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., y Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press

Sánchez-Queija, I., Parra, A., Camacho, C., Arnett, J.J. (2020). Spanish version of the Inventory of the Dimensions of Emerging Adulthood (IDEA-S). *Emerging Adulthood*, 8, 237-244. doi:10.1177/2167696818804938.

Sarmiento-Rivera, L.F. y Ríos-Flórez, J. A. (2017). Bases neurales de la toma de decisiones e implicación de las emociones en el proceso. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 32-37.

doi: 10.5839/rcnp.2017.12.02.06

Schoeps, K., Montoya-Castilla, I., y Raufelder, D. (2019). Does Stress Mediate the Association Between Emotional Intelligence and Life Satisfaction During Adolescence? *Journal of School Health*, 89(5), 354–364. doi:10.1111/josh.12746

CAPÍTULO 20

EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU RELACIÓN CON LA SOLEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

KARINA ELIZABETH OCAMPO VÁSQUEZ
Universidad Técnica Particular de Loja

INTRODUCCIÓN

El bienestar psicológico es una variable que está siendo ampliamente estudiada debido a su relación con la salud mental en los individuos ya que se ha asociado como un factor de protección ante el estrés (Prasath et al., 2022) y el desarrollo de trastornos como la ansiedad (Yüksel y Bahadır-Yilmaz, 2019; González-Aguilar, 2021) y la depresión (Yüksel y Bahadır-Yilmaz, 2019; Shafaei, Nejati, y Razak, 2017); en el caso de los estudiantes universitarios, esta variable es de particular importancia debido a que se encuentran atravesando momentos críticos en su desarrollo personal, deben afrontar los retos académicos además de las responsabilidades que implica la independencia de sus padres. Por otro lado, la soledad es una de las variables que puede afectar significativamente al bienestar psicológico sobre todo en las dimensiones de las relaciones positivas y la autoaceptación (Zubieta et al., 2012; Delhom, 2019).

Según Riff (1989) se concibe al bienestar psicológico como el funcionamiento positivo del individuo que le permite un desempeño integral en su vida diaria y mantener un equilibrio emocional, es un componente multifactorial compuesto por 6 dimensiones (Cansoy et al., 2020): 1. La autoaceptación entendida como el tener actitudes positivas hacia si mismo, aceptando no solo sus fortalezas sino también las propias limitaciones (Ortiz et al., 2009; Díaz et al., 2006). 2. Las relaciones positivas con otros es decir, la percepción de contar con personas con quien se puede confiar y mantener relaciones estables ya sea de amistad o de pareja (Keyes et al., 2002). 3. Autonomía, la capacidad de las personas de ser independientes y mantener su propia individualidad en cualquiera de las esferas sociales en las que se encuentren resistiendo a las presiones sociales y manteniendo un comportamiento estable (Ryff y Keyes, 1995). 4. Dominio del entorno, como la percepción de las personas de influir en el ambiente que les rodea para crear las oportunidades que le permitan lograr sus metas (Keyes et al., 2002). 5. Propósito en la vida, es tener objetivos y metas hacia donde ir dando sentido a la vida (Keyes et al., 2002). 6. Crecimiento personal que es mantenerse en la búsqueda para el desarrollo de sus potencialidades y capacidades (Ryff y Singer, 2008).

Por otra parte, la soledad se define como una experiencia emocional desagradable que se genera cuando las necesidades sociales de un individuo no están siendo llenadas, por lo que existe la tendencia de una búsqueda constante para poder satisfacerlas, es decir la persona no cuenta con las relaciones interpersonales que le gustaría tener (Heinrich y Gullone, 2006). Una persona que se siente sola tiene la percepción de no contar con nadie para compartir sus logros o pedir apoyo en momentos de crisis (Bojórquez et al., 2020); la literatura sustenta evidencia de que la soledad actúa como un constructo base en variables como autoestima, ansiedad, ira, optimismo (Hughes, 2004), adicionalmente, investigaciones realizadas señalan que la soledad puede influir en la salud mental y física de las personas así como en su bienestar psicológico (Heinrich y Gullone, 2006; Lukács, 2021; Orozco-Vargas, 2022).

Probablemente, la relación entre bienestar psicológico y la percepción de soledad es bidireccional. Un bajo bienestar psicológico podría aumentar la percepción de soledad afectando la capacidad de contar con relaciones sociales positivas, así mismo, la soledad podría erosionar el bienestar psicológico, incrementando el riesgo de padecer estrés, depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental, en función de lo antes mencionado, la hipótesis de esta investigación es que existirá una relación negativa y significativa entre el bienestar psicológico y la soledad, y los objetivos planteados son los siguientes:

Objetivo general

Evaluar la relación que existe entre el bienestar psicológico y la soledad en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

Identificar los niveles de bienestar psicológico a través de sus dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas, propósito en la vida, crecimiento personal, autonomía y dominio del entorno en los estudiantes universitarios.

Identificar la percepción de soledad que se presenta en los estudiantes universitarios.

Examinar la relación existente entre el bienestar psicológico y la soledad en la muestra.

MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio no experimental, transversal y correlacional.

Participantes

Se consideró una muestra de 267 estudiantes de Ecuador a través de un muestreo no probabilístico, intencional y de accesibilidad. La muestra de estudio presentó una media de edad de 21 años de los cuales el 62,5% fueron de sexo femenino y el 37,5 % masculino; el 93,6% de estado civil soltero, 3% casados, 3% unión libre y 0.4% divorciados.

Instrumentos

- *Cuestionario Sociodemográfico*: fue utilizado para recolectar información de la muestra participante como la edad, sexo y estado civil.

- *Escala de Bienestar Psicológico de Ryff*: la escala original fue elaborada por Ryff en 1989, para este estudio se utilizó la adaptación española de Díaz et al. (2006). Está conformada por un total de 39 ítems que evalúan las seis dimensiones del bienestar psicológico: autoaceptación (ítems 1, 7, 13, 19, 25, y 31), relaciones positivas (ítems 2, 8, 14, 20, 26, y 32), propósito para la vida (ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29), crecimiento personal (ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38), autonomía (ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33), y dominio del entorno (ítems 5, 11, 16, 22, 28, y 39). Las respuestas se muestran en forma de escala de Likert con seis opciones de respuesta que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, mientras más alta sean los promedios de las puntuaciones mayor bienestar psicológico. En este estudio la escala completa tuvo una confiabilidad satisfactoria con un valor $\alpha = 0.89$.

- *Escala de Soledad (UCLA-3)*: Se ha utilizado la versión de Hughes et al. (2004). Diseñada para medir la percepción de soledad entendida como la experiencia subjetiva de falta de contacto social o sentirse parte de un grupo. Está compuesta por tres ítems con formato de respuesta en *escala de Likert* de 3 opciones que van desde nunca, a veces y a menudo. La calificación se realiza sumando las respuestas de los tres ítems. En este estudio la escala tuvo una confiabilidad satisfactoria con un valor $\alpha = 0.85$

Procedimiento

En primera instancia se realizó un acercamiento con los posibles evaluados para explicar los objetivos de estudio, además de resaltar que su participación en el mismo es de carácter anónimo, y voluntario, también se indicó que no se encuentran obligados a dar respuesta a todas las preguntas y que en caso de desistir de su participación podían retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia, luego se presentó un consentimiento informado y únicamente las personas que aceptaron el mismo pudieron acceder a la batería de instrumentos en línea a través de la plataforma ArcGis.

Análisis de datos

Una vez descargados los datos de la plataforma ArcGis se utilizó el *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) de IBM*. Para el análisis descriptivo de las variables de estudio se utilizó la media, mínimo, máximo y desviación estándar mientras que para el análisis correlacional se aplicó el *estadístico de Pearson*.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados descriptivos y correlacionales obtenidos en el estudio

Tabla 1. Percepción de bienestar psicológico

	Mín.	Máx.	M	DT
Autoaceptación	6,00	36,00	22,06	5,12
Relaciones positivas	9,00	36,00	22,24	5,03
Autonomía	16,00	48,00	28,76	4,20
Dominio del entorno	11,00	36,00	22,81	4,52
Crecimiento personal	14,00	42,00	28,12	5,48
Propósito en la vida	10,00	36,00	23,19	5,88

Nota: Max= máximo; Mín.= Mínimo; M= media; Dt= desviación estándar

En la tabla 1 se evidencia los estadísticos descriptivos de los resultados obtenidos del bienestar psicológico en la muestra de estudio, donde se evidencia que en general los estudiantes presentan niveles moderados en esta variable, siendo las dimensiones de autonomía y crecimiento personal las presentan los valores de la media más altos, seguidos del propósito en la vida, dominio del entorno, relaciones positivas y la autoaceptación la que presenta la media más baja.

Tabla 2. Percepción de soledad

	Mín.	Máx.	M	DT
Soledad	0,00	9,00	4,29	2,35

En la tabla 2, considerando el punto medio de la escala se puede observar que los estudiantes universitarios presentan una percepción moderada de soledad; sin embargo, considerando la dispersión de los datos existen evaluados que pueden experimentar niveles muy altos o por el contrario la ausencia de esta variable.

Tabla 3. Relación entre las variables de bienestar psicológico y la soledad

	Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito en la vida
Soledad	-,388**	-,511**	-,107	-,279**	-,209**	-,192**

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

En la tabla 3 se muestran los resultados de las correlaciones entre las dimensiones de bienestar psicológico y la soledad. Se encontró que todas las dimensiones del bienestar psicológico se correlacionan de manera negativa y significativa con la soledad, siendo las relaciones positivas y la autoaceptación las dimensiones con las que la relación negativa es más fuerte.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En este estudio se encontró que los estudiantes presentan niveles moderados en la variable de bienestar psicológico, siendo las dimensiones de autonomía y crecimiento personal las que presentan los valores de la media más altos, seguidos del propósito en la vida, dominio del entorno, relaciones positivas y la autoaceptación la que presenta la media más baja; datos similares con el estudio de Osorio et al. (2020) realizado en estudiantes Mexicanos donde la mayoría puntuaron con niveles altos de bienestar psicológico, en donde el crecimiento personal y el propósito en la vida fueron las dimensiones más altas seguido de la autoaceptación, autonomía y las menor puntuadas el dominio del entorno y las relaciones positivas. Así también, con el estudio de Araque-Castellanos et al. (2020) realizado en estudiantes universitarios colombianos donde la mayoría de los evaluados mostraron niveles medios de bienestar psicológico con mejores niveles en las dimensiones propósito de vida, crecimiento personal y autoaceptación y niveles más bajos en las relaciones positivas u autonomía. Como punto en común, tanto en Ecuador como en México y Colombia los estudiantes presentan una media más alta en el crecimiento personal, probablemente debido a que al ser estudiantes universitarios están en una etapa donde cuentan con metas claras establecidas como la obtención de su título universitario y posterior a ello un trabajo en donde puedan desarrollar y explotar sus habilidades y potencial; en el caso de los estudiantes ecuatorianos, la dimensión menos puntuada es la aceptación, sugiriendo que presentan inconvenientes en aceptarse con sus propias limitaciones mientras que en el caso de los estudiantes mexicanos y colombianos la dimensión menor puntuada fue las relaciones positivas indicando dificultades en encontrar una red de apoyo con personas en las que puedan confiar.

Por otra parte, en esta investigación, los estudiantes universitarios presentan una percepción moderada de soledad; esta información es similar a la encontrada en el estudio de Angulo (2023) realizada en estudiantes peruanos donde los participantes presentaron también niveles moderados de esta variable, por el contrario, difiere de los hallazgos del estudio de Sánchez-Puertas et al. (2022) donde se reportó una baja percepción de soledad, esta diferencia podría deberse a que en el estudio de Sánchez- Puertas se evaluó a trabajadores con una media de edad superior a la de este estudio (36 años), lo que sugiere que personas de mayor edad y con una

estabilidad laboral podrían presentar menores niveles de soledad en relación a los estudiantes.

En cuanto a la parte correlacional, se encontró que todas las dimensiones del bienestar psicológico se relacionan de manera negativa y significativa con la soledad, es decir que a mayor percepción de soledad menor será el bienestar psicológico y viceversa, a mayor bienestar psicológico menor será la soledad; además, las relaciones positivas y la autoaceptación fueron las dimensiones con las que la relación negativa y significativa es más fuerte; este hallazgo es consistente con la investigación de Lukács (2021) que encontró que en los estudiantes que han percibido soledad de manera consistente durante un periodo de 4 a 6 semanas se disminuye también su bienestar psicológico y por tanto se influye de manera negativa en su salud mental; así también, el estudio de Bucosky y Zubieta (2023) reportó que los niveles de bienestar psicológico son altos y los de soledad bajos cuando las personas forman parte de un grupo de amigos con un promedio de al menos 4 integrantes, lo que sugiere que sentirse parte de un grupo y contar con el apoyo de sus integrantes puede disminuir los niveles de soledad percibidos, de igual manera en el estudio de Córdova (2004) se encontró que los universitarios que presentaron altos índices en los indicadores negativos de salud mental, principalmente en depresión, ansiedad y estrés mostraron niveles moderados de soledad y bajos en bienestar psicológico. Esta información sustenta la relación negativa entre las variables de estudio de bienestar psicológico y la soledad lo cual permite identificar una arista o un elemento más que debería trabajarse en esta población para que se desempeñe de manera eficaz no solo en sus estudios sino también en la vida, además se abre la puerta para futuras investigaciones en donde se profundice aún más esta relación incluyendo el análisis de otras variables psicosociales asociadas al bienestar con el objeto de trabajar con intervenciones tempranas diseñadas para mitigar el efecto negativo de la soledad y mejorar y potenciar el bienestar psicológico.

REFERENCIAS

Angulo, S. (2023). *Influencia de la soledad en la ansiedad de adolescentes de una institución educativa privada en Tarapoto*. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/126510/Angulo_RSM-SD.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Araque-Castellanos, F., González-Gutiérrez, O., López-Jaimes, R., Nuván-Hurtado, I., y Medina-Ortiz, O. (2021). Bienestar psicológico y características sociodemográficas en estudiantes universitarios durante la cuarentena por SARS-CoV-2 (Covid-19). *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 998-1004. doi: 10.5281/zenodo.4544052

Bojórquez, C., Quintana, V., y Coronado, A. (2020). El sentimiento de soledad y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Inclusiones*, 8(Esp.), 80-94. Recuperado de: <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/247>

Bucosky, M. y Zubieta, E. (2023). Los patrones de amistad: Estructura, bienestar psicológico y soledad social y emocional. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 23(1), 35-47. Recuperado de: <https://www.scielo.org.ar/pdf/sideba/v23n1/2451-6600-sideba-23-1-35.pdf>

Cansoy, R., Parlar, H., y Turkoglu, M. (2020). A Predictor of Teachers' Psychological Well-Being: Teacher Self-Efficacy. *International Online Journal of Educational Sciences*, 12(4), 41-55. doi: 10.15345/iojes.2020.04.003

Córdoba, D.C., Arcos, M.J.R., y Arévalo, M.T.V. (2024). Actividades de ocio y su relación con la salud mental en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 59, 1018-1025. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9702627>

Delhom, I., Satorres, E., y Meléndez, J.C. (2019). ¿Están los rasgos de personalidad asociados al bienestar psicológico? *Escritos de Psicología*, 12(1), 1-10. doi: 10.5231/psy.writ.2019.0107

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>

González-Aguilar, D. (2021). Bienestar psicológico, resiliencia y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Guatemalteca de Educación Superior*, 4(1). Recuperado de: <https://revistages.com/index.php/revista/article/view/53>

Heinrich, L. y Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 695-718. Recuperado de: europepmc.org/publication/6836772_Heinrich_LM_Gullone_E_The_clinical_significance_of_loneliness_a_literature_review_Clin_Psychol_Rev_26_695-718

Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkey, L.C., y Cacioppo, J.T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655-672. doi: 10.1177/0164027504268574

Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

Lukács, A. (2021). Mental Well-Being of University Students in Social Isolation. *European Journal of Health Psychology*, 28(1), 22-29. Recuperado de: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000623331700003>

Orozco-Vargas, A. (2022). Soledad y ansiedad durante el confinamiento por COVID-19. El efecto mediador de la regulación emocional. *Interdisciplinaria*, 39(2), 335-354. doi: 10.16888/interd.2022.39.2.21

Ortiz, A., Beatriz, J., y Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31. doi: 10.4067/S0717-95532009000100004

Osorio, M., Prado, C., Bazán, G., y Parrello, S. (2020). Análisis descriptivo del bienestar psicológico en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Educación Creadora*, 1(1). Recuperado de: <https://www.iris.unina.it>

Prasath, P., Xiong, Y., Zhang, Q., y Jeon, L. (2022). Psychological Capital, Well-being, and Distress of International Students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 44, 529–549. doi: 10.1007/s10447-022-09473-1

Ryff, C. y Keyes, L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *New York: Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.71

Ryff, C. y Singer, B. (1998). *The contours of positive health*. New York: Psychological Inquiry.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069

Sánchez-Puertas, R., Ramírez, M., Paladines, B., y Ortega, D. (2002). *Prevalencia de la salud mental y variables psicológicas de protección en trabajadores sanitarios en Ecuador*. Smart Land, Gestión Inteligente de Territorio. Recuperado de: <https://vinculacion.utpl.edu.ec/sites/default/files/inline-files/Informe%20prevalencia%20de%20la%20salud%20mental%20y%20variables%20psicol%C3%B3gicas%20de%20protecci%C3%B3n%20en%20trabajadores%20sanitarios%20en%20Ecuador.pdf>

Shafaei, A., Nejadi, M., y Abd Razak, N. (2017). A model of psychological well-being among international students. *Educational Psychology*, 38(1), 17–37. doi: 10.1080/01443410.2017.1356447

Yüksel, A. y Bahadır-Yılmaz, E. (2019). Relationship between depression, anxiety, cognitive distortions, and psychological well-being among nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4), 690-696. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppc.12404>

Zubietta, E.M., Fernández, O.D., y Cejas, L.A. (2012). Bienestar y soledad social emocional. En *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-072/672>

CAPÍTULO 21

REALIDAD VIRTUAL EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA: FOMENTO DE LA INCLUSIÓN Y EL AUTOCONCEPTO EN FUTUROS DOCENTES DE EDUCACIÓN FÍSICA

MARÍA JESÚS LIROLA MANZANO*, CRISTINA MÉNDEZ AGUADO**,
DÉBORAH NEGRÍN PERAZA**, VANESA JIMÉNEZ FÁBREGA**,
Y JUAN LEANDRO CEREZUELA RUIZ**
**Universidad de Almería y UNIR; **Universidad de Almería*

INTRODUCCIÓN

En el campo de la educación, la incorporación de tecnologías emergentes como la realidad virtual (VR, por sus siglas en inglés) está transformando las prácticas pedagógicas y brindando oportunidades significativas para promover la inclusión y el desarrollo del autoconcepto en los estudiantes universitarios. La realidad virtual permite experiencias inmersivas que pueden simular una variedad de escenarios y situaciones, lo que la convierte en una herramienta educativa poderosa para fomentar la interacción y la comprensión en entornos controlados y adaptativos (Bailenson, 2018). Esto resulta particularmente relevante en la formación de futuros docentes de Educación Física, quienes no solo enfrentan el reto de enseñar habilidades motoras, sino también el de fomentar un ambiente inclusivo y motivador que permita a todos los estudiantes participar de manera efectiva (García-Castejón et al., 2021).

La Realidad Virtual como Herramienta Inclusiva

El uso de la realidad virtual en entornos educativos ha sido explorado en múltiples disciplinas, y una de sus principales ventajas es su capacidad para ofrecer experiencias accesibles y adaptadas a diversas capacidades y necesidades de los estudiantes (Rizzo y Koenig, 2017). En el contexto de la Educación Física, la inclusión es un objetivo prioritario, ya que la actividad física tradicional puede suponer desafíos para algunos estudiantes debido a limitaciones físicas o psicosociales (Carson, Castelli, Beighle, y Erwin, 2014). En este sentido, la realidad virtual ofrece una solución prometedora al proporcionar un entorno controlado donde los estudiantes pueden experimentar actividades físicas de forma segura y sin barreras físicas evidentes. Por ejemplo, a través de la VR, los futuros docentes pueden aprender a adaptar ejercicios y actividades para que sean inclusivos, experimentando de manera virtual las limitaciones y habilidades de personas con discapacidades físicas, lo que fomenta la empatía y una comprensión más profunda de las adaptaciones necesarias en la práctica educativa (Koutromanos, Mikropoulos, Mavridis, y Christogiannis, 2024).

Además, investigaciones previas han demostrado que la VR tiene el potencial de mejorar la accesibilidad a la actividad física y deportiva, creando escenarios en los que los estudiantes pueden interactuar sin el temor a fallar, lo cual promueve una participación más activa y voluntaria (Mystakidis, 2022). Estas características resultan esenciales para los futuros docentes de Educación Física, ya que su formación debe incluir el desarrollo de actitudes inclusivas y comprensivas hacia todos los estudiantes, independientemente de sus habilidades o limitaciones (Haegele y Sutherland, 2015). En esta investigación, se ha empleado la VR como una herramienta innovadora en la formación de docentes, permitiendo no solo un aprendizaje más inclusivo, sino también un ambiente de aprendizaje más seguro y enriquecedor que beneficia tanto a los participantes como a sus futuros alumnos.

Realidad Virtual y Autoconcepto en la Formación Docente

El autoconcepto, entendido como la percepción que cada individuo tiene de sí mismo, es un factor esencial en el desarrollo académico y personal, especialmente para futuros docentes cuya labor implica ser modelos a seguir y guías en el proceso educativo (Marsh y Shavelson, 1985). La evidencia sugiere que un autoconcepto positivo puede mejorar significativamente la motivación y el compromiso hacia la profesión docente, aspectos clave para enfrentar los desafíos de la educación moderna (Valentine et al., 2004). En el contexto de la formación en Educación Física, la realidad virtual tiene el potencial de fortalecer el autoconcepto de los estudiantes, permitiéndoles experimentar situaciones de éxito en actividades físicas que, de otro modo, podrían ser desafiantes o inaccesibles en un entorno tradicional.

La naturaleza inmersiva de la VR permite a los estudiantes participar en actividades físicas simuladas en las que pueden superar barreras físicas y experimentar logros, lo cual fortalece su autopercepción y la seguridad en sus habilidades (Bailenson, 2018). Estudios recientes destacan que la VR puede influir positivamente en el autoconcepto de los estudiantes al facilitar experiencias de aprendizaje en las que perciben sus capacidades y habilidades de manera positiva (Cudo, Kopiś, y Zabielska-Mendyk, 2019). Este aspecto es especialmente relevante en el desarrollo de los futuros docentes de Educación Física, quienes, al ganar confianza en sus propias habilidades, pueden transmitir seguridad y motivación a sus alumnos, promoviendo un ambiente de aprendizaje más dinámico y estimulante.

Inclusión y Motivación en Educación Física a través de la VR

La motivación es otro factor crucial en el aprendizaje y la práctica de la Educación Física, y su fomento es fundamental en la formación de futuros docentes, ya que influye en la disposición de los estudiantes a involucrarse activamente en las actividades (Deci y Ryan, 2000). La VR ha mostrado un alto potencial para

incrementar la motivación de los estudiantes al hacer que el aprendizaje sea más dinámico y atractivo, generando entusiasmo y curiosidad hacia el contenido (Makransky y Lilleholt, 2018). En el ámbito de la Educación Física, este aumento de la motivación puede ser especialmente beneficioso, dado que las actividades físicas tradicionales pueden no resultar atractivas para todos los estudiantes, en particular para aquellos que enfrentan barreras físicas o sociales.

La posibilidad de participar en simulaciones de VR en la Educación Física permite a los futuros docentes experimentar cómo se pueden diseñar actividades que incrementen la motivación y el compromiso de los estudiantes en entornos inclusivos. Esto concuerda con investigaciones que señalan que la motivación intrínseca se ve fortalecida en contextos donde los estudiantes perciben un alto grado de autonomía y competencia (Deci y Ryan, 2000; García-Castejón et al., 2021). En esta investigación, los estudiantes de primer curso del Grado de Educación Primaria con mención en Educación Física valoraron positivamente la VR como una herramienta que facilita tanto la inclusión como la motivación, lo cual apoya la hipótesis de que esta tecnología puede contribuir a un aprendizaje físico más accesible y dinámico.

Retos y Potencial de la Realidad Virtual en el Currículo Universitario

Aunque la realidad virtual ofrece numerosos beneficios en la formación de futuros docentes de Educación Física, su implementación en el currículo universitario presenta ciertos desafíos. Algunos estudios han identificado limitaciones técnicas y de accesibilidad como obstáculos para una integración efectiva de la VR en entornos educativos (Merchant et al., 2014). El coste de los equipos y la necesidad de personal capacitado para su utilización son factores que limitan su accesibilidad y plantean desafíos logísticos en su implementación a gran escala en instituciones educativas. Sin embargo, estos desafíos pueden ser superados mediante una planificación adecuada y el desarrollo de políticas educativas que promuevan la inversión en tecnologías emergentes y la capacitación docente (Cudo, Kopiś, y Zabielska-Mendyk, 2019).

En cuanto a los aspectos pedagógicos, la integración de la VR en el currículo universitario de Educación Física requiere una adaptación de los objetivos y estrategias de enseñanza para maximizar los beneficios de esta tecnología. La VR no debe reemplazar las actividades físicas tradicionales, sino complementarlas, ofreciendo experiencias que permitan a los estudiantes explorar nuevas habilidades y competencias en un entorno seguro y accesible. La combinación de actividades físicas tradicionales con simulaciones de VR, como se propone en esta investigación, ha mostrado resultados positivos al mejorar el autoconcepto y la motivación de los estudiantes, destacando el valor de un enfoque híbrido en la formación docente.

Objetivos de la Investigación

Este estudio se plantea tres objetivos fundamentales: en primer lugar, explorar las percepciones de los estudiantes universitarios sobre la aplicación de la VR en la educación física inclusiva, centrándose en cómo esta tecnología puede fomentar un entorno de enseñanza más accesible y empoderador. En segundo lugar, se busca evaluar el impacto de la VR en la motivación, el autoconcepto y el compromiso de los futuros profesionales de la Educación Física, atendiendo a la manera en que estas experiencias pueden influir en su desarrollo personal y profesional. Finalmente, la investigación pretende identificar tanto las ventajas como los desafíos de implementar la VR en el currículo universitario de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (CAFD), considerando su viabilidad y efectividad como herramienta educativa en la formación de futuros docentes.

A través de la combinación de actividades físicas tradicionales y simulaciones inmersivas mediante gafas de realidad virtual, esta investigación pretende proporcionar una perspectiva integral sobre el uso de la VR en la formación docente universitaria, contribuyendo a un aprendizaje más inclusivo y dinámico. Los resultados preliminares indican una alta valoración de la VR por parte de los estudiantes, quienes perciben esta tecnología como una herramienta eficaz para superar barreras físicas y facilitar un aprendizaje más atractivo y motivador. Sin embargo, es fundamental continuar investigando en la integración de la VR en la educación física universitaria, optimizando su uso para que sea accesible, equitativo y emocionalmente positivo para todos los estudiantes.

MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio estuvo compuesta por 25 estudiantes de primer curso del Grado de Educación Primaria con mención en Educación Física de una universidad pública española. De estos participantes, 15 eran hombres (60%) y 10 mujeres (40%), con una media de edad de 20.3 años y una desviación típica de 1.2 años. Los estudiantes fueron seleccionados voluntariamente para participar en la investigación, cumpliendo con el criterio de no haber tenido experiencias previas con tecnologías de realidad virtual aplicadas al contexto educativo.

Instrumentos

Para evaluar el impacto de la realidad virtual en la percepción de inclusión, autoconcepto y motivación de los estudiantes, se emplearon los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Autoconcepto (CA)

Este cuestionario, adaptado de Marsh y Shavelson (1985), consta de 25 ítems distribuidos en cuatro dimensiones principales: Autopercepción Física, Autoeficacia Académica, Aceptación Social y Confianza en la Expresión de Habilidades Motrices. Cada ítem se responde en una escala Likert de 5 puntos (1 = “Muy en desacuerdo” a 5 = “Muy de acuerdo”), con una fiabilidad general reportada de $\alpha = .88$. Este cuestionario permitió evaluar cómo la realidad virtual afecta el autoconcepto de los estudiantes en estas dimensiones clave.

Cuestionario de Motivación en Educación Física (CMEF)

Este instrumento, adaptado y validado en el contexto deportivo por Pulido et al. (2015), evalúa la motivación de los estudiantes hacia la actividad física, siguiendo el marco de la Teoría de la Autodeterminación (Deci y Ryan, 1985, 2000). El CMEF está compuesto por 20 ítems distribuidos en diferentes dimensiones de motivación: Motivación Intrínseca, Motivación Extrínseca y Amotivación. Cada ítem se responde en una escala Likert de 5 puntos (1 = “Totalmente en desacuerdo” a 5 = “Totalmente de acuerdo”), con una fiabilidad general reportada de $\alpha = .85$ en el contexto universitario. Este cuestionario permite explorar cómo la realidad virtual puede influir en la motivación de los estudiantes hacia la actividad física y en su disposición para participar en actividades inclusivas.

Entrevistas Semiestructuradas

Para profundizar en las percepciones y experiencias de los estudiantes, se realizaron entrevistas semiestructuradas al finalizar la intervención. Las entrevistas se centraron en explorar el impacto de la VR en la inclusión, el autoconcepto y la motivación, así como en identificar ventajas y desafíos de su aplicación en la formación docente. Las respuestas de las entrevistas fueron analizadas de forma cualitativa mediante un análisis temático, permitiendo extraer categorías emergentes.

Entre las categorías emergentes, se destacaron aspectos clave de la percepción de inclusión tales como sentido de pertenencia, accesibilidad percibida y adaptabilidad de las actividades. Estas categorías fueron identificadas como temas recurrentes que reflejan las experiencias y percepciones de los estudiantes sobre la inclusión y accesibilidad de las actividades de realidad virtual. La información recogida en estas categorías permitió obtener una comprensión más profunda de la inclusión percibida en el contexto de la realidad virtual.

Procedimiento

La intervención se llevó a cabo durante el segundo semestre del curso académico en una asignatura de la mención en Educación Física. En una sesión informativa

inicial, se explicó a los estudiantes la naturaleza y objetivos del estudio, y se les solicitó firmar un consentimiento informado que garantizaba la confidencialidad de sus respuestas y el uso exclusivo de los datos con fines de investigación.

El procedimiento de la intervención constó de tres etapas principales:

Etapas Pretest

En la primera sesión, los estudiantes completaron el Cuestionario de Autoconcepto (CA) y el Cuestionario de Motivación en Educación Física (CMEF) para evaluar sus percepciones iniciales sobre el autoconcepto y la motivación en el contexto de la actividad física. Estos cuestionarios sirvieron para obtener una medida de referencia de estas variables antes de la intervención con realidad virtual.

Etapas de Intervención

Durante cuatro sesiones, los estudiantes participaron en actividades que integraban prácticas físicas tradicionales junto con simulaciones inmersivas mediante gafas de realidad virtual. Las simulaciones incluían escenarios de actividad física diseñados para promover la inclusión y ofrecer una experiencia adaptada y accesible para todos. Los estudiantes tuvieron la oportunidad de experimentar actividades como juegos de equipo y ejercicios de coordinación en un entorno de realidad virtual, con la posibilidad de ajustar la dificultad de las actividades de acuerdo con sus habilidades personales.

Etapas Posttest y Entrevistas

Al finalizar la intervención, los estudiantes completaron nuevamente los cuestionarios de Autoconcepto (CA) y Motivación (CMEF) para evaluar cualquier cambio en sus percepciones de autoconcepto y motivación después de la experiencia con realidad virtual. Posteriormente, se realizaron entrevistas semiestructuradas para profundizar en sus percepciones sobre el impacto de la VR en la inclusión, el autoconcepto y la motivación, así como para identificar ventajas y desafíos percibidos en la implementación de la VR en su formación docente.

Análisis

Se realizaron análisis cuantitativos y cualitativos para examinar los datos recogidos en esta investigación:

Análisis Cuantitativo

Para evaluar el impacto de la intervención, se compararon las puntuaciones pretest y posttest de los cuestionarios de Autoconcepto (CA) y Motivación en Educación Física (CMEF) mediante la prueba t de muestras relacionadas. Este análisis

permitió determinar si hubo cambios significativos en el autoconcepto y la motivación tras la intervención. Además, se calcularon los tamaños del efecto (Cohen's d) para interpretar la magnitud de los cambios observados.

Análisis Cualitativo

Las respuestas obtenidas en las entrevistas semiestructuradas fueron transcritas y analizadas mediante análisis temático. Este método permitió identificar categorías emergentes en relación con la percepción de inclusión, el autoconcepto y la motivación en el contexto de la realidad virtual. Entre las categorías emergentes se incluyeron temas como sentido de pertenencia, accesibilidad percibida, adaptabilidad de las actividades, aumento de la confianza en habilidades físicas, y desafíos técnicos. Este análisis cualitativo complementó los hallazgos cuantitativos, proporcionando una visión más completa de las experiencias y percepciones de los estudiantes en torno al uso de la VR en su formación.

Este enfoque mixto permitió obtener tanto una evaluación cuantitativa de los cambios en autoconcepto y motivación, como una exploración cualitativa en profundidad de las experiencias de los estudiantes respecto al uso de la realidad virtual en el contexto educativo.

RESULTADOS

Se analizaron los cambios en las variables de autoconcepto y motivación mediante la comparación de las puntuaciones pretest y postest en el Cuestionario de Autoconcepto (CA) y el Cuestionario de Motivación en Educación Física (CMEF). Adicionalmente, se realizó un análisis cualitativo de las categorías emergentes a partir de las entrevistas semiestructuradas.

Resultados Cuantitativos

La comparación de las medidas pretest y postest reveló diferencias significativas en ambas variables de estudio, sugiriendo que la intervención con realidad virtual tuvo un impacto positivo en el autoconcepto y la motivación de los estudiantes.

Tabla 1. Resultados de la Comparación de Medias Pre y Postest en Autoconcepto

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Pretest	3.56	0.58			
Postest	4.08	0.54	5.32	<.001	0.96

En la variable de autoconcepto, la media aumentó de 3.56 ($DT = 0.58$) en el pretest a 4.08 ($DT = 0.54$) en el postest, $t(24) = 5.32$, $p < .001$, con un tamaño del efecto grande ($d = 0.96$). Estos resultados indican que la intervención en realidad

virtual contribuyó a una mejora significativa en la percepción de autoconcepto de los estudiantes.

Tabla 2. Resultados de la Comparación de Medias Pre y Postest en Motivación

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Pretest	3.61	0.63			
Postest	4.22	0.59	5.89	<.001	1.12

En la variable de motivación, la *M* aumentó de 3.61 (*DT* = 0.63) en el pretest a 4.22 (*DT* = 0.59) en el postest, $t(24) = 5.89$, $p < .001$, con un tamaño del efecto grande ($d = 1.12$). Estos resultados sugieren que la experiencia en realidad virtual incrementó la motivación de los estudiantes hacia la actividad física.

Resultados Cualitativos

El análisis temático de las entrevistas semiestructuradas permitió identificar varias categorías emergentes que proporcionan una comprensión más profunda del impacto de la VR en la inclusión, el autoconcepto y la motivación de los estudiantes. A continuación, se describen las principales categorías:

Sentido de Pertenencia

La mayoría de los estudiantes expresaron que las actividades en VR les permitieron sentirse parte de un grupo inclusivo y accesible. Los participantes mencionaron que el entorno virtual eliminaba barreras físicas y les permitía participar sin temor a ser juzgados.

Accesibilidad Percibida

Los estudiantes destacaron la facilidad con la que pudieron adaptarse a las actividades de realidad virtual. Varios mencionaron que la posibilidad de ajustar el nivel de dificultad en las simulaciones les permitió sentirse más cómodos y confiados en su desempeño, lo cual influyó positivamente en su motivación y autoconfianza.

Adaptabilidad de las Actividades

Muchos estudiantes consideraron que la VR ofrece una ventaja al permitir que las actividades físicas sean personalizables y adaptables a distintas capacidades. Este aspecto fue mencionado como un factor que podría favorecer la inclusión en entornos educativos diversos.

Aumento de la Confianza en Habilidades Físicas

Varios participantes reportaron un aumento en la confianza en sus habilidades motrices y de coordinación tras las sesiones de VR. La posibilidad de experimentar

éxitos en el entorno virtual les ayudó a mejorar su autopercepción y les motivó a enfrentarse con mayor seguridad a las actividades físicas.

Desafíos Técnicos

Aunque la mayoría de los estudiantes valoraron positivamente la experiencia en VR, algunos señalaron desafíos técnicos, como el peso de las gafas de VR o la necesidad de una mejor orientación inicial. Estos comentarios sugieren áreas de mejora para futuras implementaciones de esta tecnología en la educación.

Estas categorías cualitativas complementan los hallazgos cuantitativos, proporcionando una visión integral del impacto de la realidad virtual en el fomento de la inclusión, el autoconcepto y la motivación en futuros docentes de Educación Física.

DISCUSIÓN

El presente estudio se planteó como objetivo principal explorar el impacto de la realidad virtual en el autoconcepto, la motivación y la inclusión percibida de estudiantes universitarios de primer curso del Grado en Educación Primaria con mención en Educación Física. Además, se buscó analizar las percepciones de los estudiantes en cuanto a las ventajas y los desafíos de implementar la VR en la formación docente, evaluando su potencial para ofrecer experiencias educativas más inclusivas y motivadoras. Los resultados obtenidos ofrecen una visión clara del impacto positivo de la VR, no solo en la mejora del autoconcepto y la motivación, sino también en la creación de un entorno educativo inclusivo.

Los hallazgos de este estudio indican una mejora significativa en el autoconcepto de los estudiantes tras la intervención, reflejada en el aumento de la media de 3.56 en el pretest a 4.08 en el postest, con un tamaño del efecto grande ($d = 0.96$). Este resultado es consistente con estudios previos que han mostrado cómo la VR puede fortalecer el autoconcepto en estudiantes al permitirles experimentar logros y habilidades en entornos seguros y controlados. Según Bailenson (2018), la naturaleza inmersiva de la VR ayuda a los estudiantes a superar barreras físicas y percibir sus capacidades de manera positiva, lo cual puede incrementar su seguridad y confianza. Yuan e Ip (2018) también destacan que la VR influye en el autoconcepto al facilitar experiencias donde los estudiantes pueden percibir sus habilidades físicas y académicas sin la presión de un entorno físico tradicional. La mejora observada en este estudio respalda esta perspectiva, sugiriendo que la VR podría ser una herramienta valiosa en la formación de futuros docentes de Educación Física para fortalecer su autoconcepto y su confianza en sus habilidades profesionales.

En cuanto a la motivación, los resultados mostraron un incremento significativo en las puntuaciones, con una media que pasó de 3.61 en el pretest a 4.22 en el postest,

y un tamaño del efecto grande ($d = 1.12$). Estos hallazgos son consistentes con los resultados de Makransky y Lilleholt (2018), quienes encontraron que la VR aumenta la motivación de los estudiantes al hacer el aprendizaje más dinámico y atractivo. En el ámbito de la Educación Física, esta tecnología facilita el diseño de actividades que promuevan la motivación intrínseca, un aspecto fundamental para lograr un aprendizaje efectivo y una mayor disposición a participar en las actividades físicas (Deci y Ryan, 2000). La VR permite que los estudiantes se sientan motivados no solo por el contenido, sino también por la oportunidad de experimentar escenarios interactivos, atractivos y desafiantes. Esto es especialmente relevante para aquellos estudiantes que, en un contexto tradicional, podrían no sentirse motivados debido a barreras físicas o sociales (García-Castejón et al., 2021).

Desde un enfoque cualitativo, el análisis temático de las entrevistas reveló varias categorías relacionadas con la percepción de inclusión y la adaptabilidad de la VR. La categoría “sentido de pertenencia” fue un tema recurrente, ya que los estudiantes destacaron que el entorno virtual elimina barreras físicas y les permite participar sin temor a ser juzgados. Este hallazgo coincide con estudios como el de Mystakidis (2022), que señalan que la VR ofrece un ambiente donde los estudiantes pueden interactuar de manera segura, fomentando un sentido de inclusión que puede ser difícil de lograr en entornos físicos convencionales. Asimismo, la “accesibilidad percibida” y la “adaptabilidad de las actividades” fueron otras categorías importantes, ya que los participantes valoraron la posibilidad de ajustar las simulaciones de VR según sus habilidades personales, lo cual les permitió desarrollar una mayor autoconfianza y confort en sus desempeños.

Por otro lado, la categoría de “desafíos técnicos” señala ciertas limitaciones de la VR en el ámbito educativo. Aunque la mayoría de los estudiantes valoraron positivamente la experiencia, algunos señalaron problemas técnicos, como el peso de las gafas de VR y la necesidad de una mejor orientación inicial. Estas dificultades, reportadas también en estudios como el de Merchant et al. (2014), resaltan la necesidad de optimizar los aspectos técnicos de la VR para asegurar una experiencia fluida y accesible. La implementación efectiva de la VR en el ámbito universitario depende de la disponibilidad de equipos adecuados y de personal capacitado, factores que pueden ser limitantes en algunos contextos educativos.

Los resultados de este estudio sugieren que la realidad virtual tiene un gran potencial en la formación de futuros docentes de Educación Física, ya que no solo promueve la inclusión y el autoconcepto, sino que también incrementa la motivación de los estudiantes hacia el aprendizaje. En términos prácticos, la VR podría ser incorporada en los programas de Educación Física como una herramienta complementaria a las actividades físicas tradicionales, permitiendo a los estudiantes experimentar un aprendizaje más accesible y adaptado a sus necesidades. La

posibilidad de personalizar las actividades de VR podría ayudar a los docentes en formación a adquirir competencias en el diseño de actividades inclusivas y adaptativas, preparándolos para enfrentar las necesidades de estudiantes con diversas habilidades y limitaciones en sus futuras prácticas profesionales.

A pesar de los resultados positivos, este estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño ($N = 25$), lo cual limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Además, todos los participantes pertenecían a una universidad específica, lo que reduce la variabilidad de la muestra y limita la aplicabilidad de los hallazgos a otros contextos educativos. Otra limitación es la duración de la intervención; dado que el estudio se realizó en un periodo corto, no se puede afirmar si los efectos observados se mantendrían a largo plazo.

Desde un punto de vista técnico, los desafíos mencionados por los estudiantes, como el peso de las gafas y la necesidad de orientación en el uso de la VR, sugieren que se requiere un mayor apoyo tecnológico y pedagógico para optimizar su uso en el ámbito educativo. Futuras investigaciones podrían explorar estrategias para abordar estos problemas y asegurar una implementación de la VR que maximice sus beneficios educativos y minimice sus limitaciones.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación destacan el potencial de la realidad virtual para transformar la formación de futuros docentes de Educación Física, al ofrecer un entorno inclusivo, motivador y adaptativo. La mejora significativa en el autoconcepto y la motivación observada en los estudiantes, así como las percepciones positivas sobre la inclusión, sugieren que la VR puede ser una herramienta educativa poderosa cuando se implementa adecuadamente. Aunque existen desafíos técnicos que requieren atención, los beneficios de la VR para promover un aprendizaje inclusivo y positivo son evidentes, y este estudio sienta las bases para seguir investigando su aplicación en el ámbito educativo.

REFERENCIAS

- Bailenson, J. N. (2018). *Experience on demand: What virtual reality is, how it works, and what it can do*. W.W. Norton y Company.
- Carson, R. L., Castelli, D. M., Beighle, A., y Erwin, H. (2014). School-based physical activity promotion: A conceptual framework for research and practice. *Childhood Obesity, 10*(2), 100–106. doi: 10.1089/chi.2013.0134
- Cudo, A., Kopiś, N., y Zabielska-Mendyk, E. (2019). Personal distress as a mediator between self-esteem, self-efficacy, loneliness and problematic video gaming in female and male emerging adult gamers. *PLOS One, 14*(12), e0226213. doi: 10.1371/journal.pone.0226213

Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer.

Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01

García-Castejón, G., Camerino, O., Castañer, M., Manzano-Sánchez, D., Jiménez-Parra, J. F., y Valero-Valenzuela, A. (2021). Implementation of a hybrid educational program between the model of personal and social responsibility (TPSR) and the teaching games for understanding (TGfU) in physical education and its effects on health: An approach based on mixed methods. *Children*, 8(7), 573. doi: 10.3390/children8070573

Haegele, J. A., y Sutherland, S. (2015). Perspectives of students with disabilities toward physical education: A qualitative inquiry review. *Quest*, 67(3), 255–273. doi: 10.1080/00336297.2015.1050118

Koutromanos, G., Mikropoulos, A. T., Mavridis, D., y Christogiannis, C. (2024). The mobile augmented reality acceptance model for teachers and future teachers. *Education and Information Technologies*, 29(7), 7855–7893. doi: 10.1007/s10639-023-12417-w

Makransky, G., y Lilleholt, L. (2018). A structural equation modeling investigation of the emotional value of immersive virtual reality in education. *Educational Technology Research and Development*, 66(5), 1141–1164. doi: 10.1007/s11423-018-9581-2

Marsh, H. W., y Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20(3), 107–123. doi: 10.1207/s15326985ep2003_1

Merchant, Z., Goetz, E. T., Cifuentes, L., Keeney-Kennicutt, W., y Davis, T. J. (2014). Effectiveness of virtual reality-based instruction on students' learning outcomes in K-12 and higher education: A meta-analysis. *Computers y Education*, 70, 29–40. doi: 10.1016/j.compedu.2013.07.033

Mystakidis, S. (2022). Sustainable engagement in open and distance learning with play and games in virtual reality: Playful and gameful distance education in VR. En *Handbook of Research on Gamification Dynamics and User Experience Design* (pp. 409–424). IGI Global.

Pulido, J. J., Sánchez-Oliva, D., González-Ponce, I., Amado, D., Montero, C., y García, T. (2015). Adaptación y validación de un cuestionario para valorar la motivación en el contexto deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(1), 139–146. Recuperado de <https://revistas.um.es/cpd/article/view/244441>

Rizzo, A. S., y Koenig, S. T. (2017). Is clinical virtual reality ready for primetime? *Neuropsychology*, 31(8), 877–899. doi: 10.1037/neu0000405

Valentine, J. C., DuBois, D. L., y Cooper, H. (2004). The relation between self-beliefs and academic achievement: A meta-analytic review. *Educational Psychologist*, 39(2), 111–133. doi: 10.1207/s15326985ep3902_3

CAPÍTULO 22

LA INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL, LA SATISFACCIÓN CON EL BARRIO, LA PARTICIPACIÓN Y LA AGRESIVIDAD EN LA SATISFACCIÓN VITAL DE LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES

GIANLUIGI MOSCATO*, MARINA ALBA CABELLO GARCÍA*, Y DANA AHITUV GEZ**

**Universidad de Málaga; **Trabajadora social Freelance*

INTRODUCCIÓN

El creciente malestar psicológico de los jóvenes y adolescentes que, lamentablemente se refleja también indirectamente en los casos de suicidio, motiva esta investigación que se apoya sobre los beneficios de la satisfacción vital en la protección de la salud mental de los jóvenes y adolescentes (Cavioni et al., 2021; McKnight et al., 2012). Partiendo de estos supuestos, se pretende avanzar en la comprobación de otros factores menos estudiados que a su vez pueden tener un impacto sobre la misma satisfacción vital. En este sentido se exploran diferentes variables psicosociales (apoyo social de la familia y de los amigos), comunitarias (satisfacción con el barrio y participación comunitaria) y conductuales, como es el caso de la agresividad en sus cuatro tipos de manifestaciones (ira, hostilidad, física y verbal).

La satisfacción vital (SV) se ha revelado como un constructo clave en la investigación sobre la salud mental de jóvenes y adolescentes, actuando como un factor de protección y moderador significativo frente a diversas formas de malestar psicológico y trastornos mentales. En general la SV se define como una evaluación cognitiva global de la calidad de vida de una persona, basada en sus propios criterios y estándares (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985). En los últimos años, la atención de los investigadores ha girado hacia la comprensión de cómo esta dimensión del bienestar subjetivo puede influir positivamente en la salud mental de la población juvenil.

Numerosos estudios han evidenciado que altos niveles de satisfacción vital están asociados con una menor prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad y conductas de riesgo en adolescentes (Cavioni, 2021; Pikó, 2023; Proctor, Linley, y Maltby, 2009). La satisfacción vital no solo actúa como un amortiguador contra los efectos negativos del estrés y las adversidades, sino que también promueve el desarrollo de habilidades socioemocionales y estrategias de afrontamiento adaptativas (Gilman y Huebner, 2006). Estos factores son esenciales durante la adolescencia, en cuanto se trata de un período crítico de transición caracterizado por cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Otros estudios han reforzado la importancia de la satisfacción vital en la promoción de la resiliencia y el bienestar psicológico entre los jóvenes. Por ejemplo, McKnight et al. (2012) encontraron que los adolescentes con niveles más altos de satisfacción vital reportaron menores niveles de estrés y mayores índices de felicidad y bienestar emocional. De manera similar, Antaramian et al. (2010) sugieren que la satisfacción vital puede servir como un indicador útil para identificar a aquellos jóvenes que están en riesgo de desarrollar problemas de salud mental, permitiendo así intervenciones preventivas más efectivas.

Una vez comentado el papel central que juega la satisfacción vital de los jóvenes y adolescentes como factor de protección sobre su salud mental y emocional, a continuación, se reportarán algunos estudios que demuestran la estricta relación de las variables utilizadas en la presente investigación (apoyo social de los amigos y la familia, satisfacción con el barrio, participación comunitaria y agresividad) con la promoción de la satisfacción vital.

Apoyo social

Lin (1986) define el apoyo social como un conjunto de provisiones expresivas o instrumentales -percibidas o recibidas-, proporcionadas por las redes sociales, la comunidad y las personas de confianza. Dicho apoyo se puede originar tanto en situaciones cotidianas como de crisis y, desde los años 70 del siglo pasado, numerosas investigaciones han demostrado los efectos positivos sobre la salud mental y la calidad de vida en general, con numerosos colectivos, así como con inmigrantes (Novara et al., 2023), con personas mayores (Yeung y Fung, 2007), con parejas interculturales (Moscato, 2012), así como con pacientes con cáncer (Ruiz-Rodríguez et al., 2021), entre otros colectivos.

También hay bastantes evidencias acerca de los beneficios del apoyo social sobre la satisfacción vital y el bienestar en general de los jóvenes y adolescentes. En modo particular el apoyo social procedente por la familia y los amigos tiene importantes beneficios sobre la mejora de la satisfacción vital y sobre la disminución del estrés. En este sentido son números los estudios que avalan el beneficio del apoyo social con jóvenes y adolescentes (Azpiazu et al., 2023; Brannan et al., 2013; Mahanta y Aggarwal, 2013; Pikó, 2023; Xinyi, 2024).

Satisfacción con el barrio y participación comunitaria

Entre los elementos comunitarios que según la literatura podrían impactar sobre la satisfacción vital se contemplan la satisfacción con el barrio y la participación comunitaria.

La satisfacción con el barrio o satisfacción residencial se puede definir como la valoración del barrio y que genera una cierta sensación de bienestar cuando la

necesidad o deseos se encuentran cubiertos (Cortés, 2019). En este sentido la satisfacción con el entorno físico del barrio se ha revelado un importante predictor de la satisfacción vital (Hombrados-Mendieta y López-Espigares, 2014). En la misma línea, es importante subrayar que no solamente el espacio físico y la satisfacción con los servicios incide sobre la satisfacción vital, sino que ésta estaría vinculada a las dimensiones sociales y relacionales más que a las condiciones físicas del territorio (Aragón y Amérigo, 1987).

En este sentido son numerosos los efectos beneficiosos sobre el bienestar y la satisfacción vital cuando se trata de satisfacción con el vecindario y con la percepción de ciertas características físicas del barrio (Sadeghi et al., 2022). Más concretamente la satisfacción con los servicios del barrio (seguridad, transporte, infraestructura comunitaria, etc.) también tiene un impacto en la satisfacción vital de los residentes (Ghose y Etowa, 2022; Mouratidis, 2020), y en particular sobre los jóvenes y adolescentes (Dias et al., 2020).

Otro elemento que está íntimamente ligado con la vida en el barrio es la participación comunitaria, que se ha definido como “un proceso en el que las personas participan en la toma de decisiones en las instituciones, programas y entornos que les afectan” (Heller et al., 1984, p. 339). Pudiéndose considerar como uno de los elementos más importantes de la acción comunitaria (Hombrados-Mendieta et al., 2005).

La estricta relación entre los diferentes individuos de una comunidad con otros grupos y asociaciones, son el motor de la participación (Marchioni, 1999), y los procesos participativos están íntimamente ligados con la integración, en cuanto se comparte un interés por resolver problemas comunes y por mejorar la comunidad (Moscato, 2022). Igualmente, Sánchez-Vidal (1991) indica que la participación comunitaria genera sentimientos de bienestar, de utilidad y de potencia y, además, ayuda a mitigar los factores estresantes asociados con los sentimientos de aislamiento social, especialmente en el caso de los inmigrantes (Dixon et al., 2018).

Así mismo, los beneficios que juega la participación comunitaria sobre el bienestar han sido ampliamente documentado con diferentes categorías de personas, de manera que mejora los niveles de satisfacción vital en inmigrantes (Moscato, 2022; Ríos y Moreno, 2010), en adultos autóctonos (Moreno-Jiménez et al., 2017) y en personas mayores (Chen et al., 2022; English, 2013). También en el caso de los jóvenes existe una nutrida literatura sobre los beneficios de la participación comunitaria de este colectivo sobre su bienestar y satisfacción vital en general (Cicognani et al., 2015; Laurence, 2021; Martínez-Ferrer et al., 2011).

Agresividad

En cuanto a los aspectos conductuales, en este estudio se ha contemplado la agresividad, entendida como déficit de habilidades interpersonales y emocionales (Cerezo et al., 2016) y como un importante factor que puede condicionar negativamente el bienestar subjetivo. En cuanto a los aspectos conductuales, el bajo control de los impulsos que, a menudo se refleja en la agresividad, es otro elemento que hay que tener en cuenta cuando se habla de calidad vital de los jóvenes.

Aunque la agresividad es un signo de la personalidad, esta se puede activar frente a diferentes contextos o situaciones (Buss, 1961). Hablar del contexto y situaciones puede ser importante si consideramos que recientemente la pandemia generada por el COVID-19 ha supuesto una situación de estrés añadida que ha generado una escalada de conductas agresivas que repercutieron en el bienestar psicológico y físico (OMS, 2020).

En línea con este último punto y con nuestra investigación, la literatura avala la importante relación existente entre la conducta agresiva y el empeoramiento de la satisfacción vital tanto en adultos (Pratibha, 2018), así como con jóvenes y preuniversitarios (Mahamid y Bdier, 2021; Rosas, 2016). Cabe subrayar que probablemente la agresividad, más allá de ser un rasgo de personalidad podría estar condicionada por otros contextos ambientales o socioculturales. En este sentido otros estudios (Moscato et al., 2023) han encontrado una importante relación con los prejuicios étnicos, que incrementan la agresividad de los adolescentes, mientras la satisfacción con su barrio de residencia y participar en actividades sociales modera los niveles de agresividad.

Objetivos generales e hipótesis

El principal objetivo de la investigación es analizar la capacidad predictiva de determinadas variables psicosociales (apoyo social de la familia y de los amigos), comunitarias (satisfacción con el barrio y participación) y conductuales (agresividad) sobre la satisfacción vital de los jóvenes.

H1: Las variables comunitarias predicen la satisfacción vital de los jóvenes

H2: El apoyo social de los amigos y de la familia predice la satisfacción vital

H3: La agresividad empeora la satisfacción vital de los jóvenes

H4: No hay diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres

MÉTODO

Método y procedimiento

La investigación se llevó a cabo utilizando un protocolo que integraba diversas escalas estandarizadas para medir todas las variables. El cuestionario se ha presentado en dos formatos: papel y online a través de Google Forms. Posteriormente,

se usó la técnica de bola de nieve para ampliar la muestra, y en la fase final de la recogida, se ajustó la muestra para equilibrar la distribución de género.

Para medir las variables se utilizaron las siguientes escalas:

Satisfacción con la vida

Escala de 5 ítems de Diener et al. (1985), con respuestas tipo Likert de 7 puntos. Su fiabilidad es $\alpha = .84$.

Sentido de comunidad

Versión reducida de la Sense Community Scale de Peterson et al. (2008), basada en la teoría de McMillan y Chavis. Su fiabilidad es $\alpha = .87$.

Participación comunitaria

Ítems extraídos de la escala AC-90 de Gracia y Musitu (1990), con un $\alpha = .90$.

Agresividad

Versión reducida del AQ de Rodríguez et al. (2002), con fiabilidad de $\alpha = .80$.

Satisfacción con el barrio

Se ha creado una escala ad hoc. que fuera capaz de medir la satisfacción con el barrio considerando los ámbitos sobre seguridad, limpieza, transporte, servicios, instalaciones, etc. y ha arrojado una fiabilidad de $\alpha = .79$.

Apoyo social

se ha utilizado el cuestionario de frecuencia y satisfacción del apoyo social (García et al., 2016) que mide 3 tipos de apoyo (emocional, material e informacional) y el grado de satisfacción con el mismo.

Para la escala de apoyo social y de satisfacción con el barrio, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con método de extracción de máxima verosimilitud, que confirma la saturación en un solo factor. Previamente, para considerar la viabilidad del AFE, se realiza el test de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > .70$) para confirmar la adecuación de la muestra y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < .05$).

Finalmente, también se recogieron datos sociodemográficos como sexo, empleo, edad, estado civil y nivel educativo.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 789 jóvenes residentes en diferentes provincias españolas con una edad comprendida entre 17 y 35 años, siendo la edad media de 23,3 años ($DT = 4,75$), de ellos 52.3% son hombres y el 47,7% mujeres.

En relación con el nivel de estudios más de la mitad de la muestra tiene estudios medios (bachiller, 47,4%; FP, 15,1%), mientras el 9,2% tiene una carrera universitaria.

Con respecto al empleo y al estatus civil, el 34,7% declara tener un empleo y en general el 72,2% se declaran solteros.

Para determinar si hay diferencias estadísticamente entre las variables, atendiendo al sexo, se realiza un análisis de varianza (ANOVA). Los resultados arrojan que existe algunas diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, donde las mujeres presentan puntuaciones significativamente superiores que los varones en cuanto a la satisfacción vital ($M= 5,07$; $p < .01$) y con el apoyo recibido por parte de la familia ($M= 4,32$; $p < .01$). Mientras los varones puntúan significativamente alto en agresividad ($M= 2,69$; $p < .05$).

Para determinar la capacidad predictiva de las diferentes variables se realiza una regresión lineal con método step wise. Como se puede ver en la tabla 1, el sistema de apoyo, sobre todo de la familia ($\beta = .339$; $p < .01$) y de los amigos ($\beta = .154$; $p < .01$) incrementa notablemente la satisfacción de los jóvenes entrevistados. De la misma manera la satisfacción con el barrio ($\beta = .382$; $p < .01$) y la participación ($\beta = .221$; $p < .01$) determinan su satisfacción vital. Mientras a medida que los jóvenes muestran un comportamiento agresivo, se reduce la satisfacción con la propia vida ($\beta = -.22$; $p < .01$).

En su conjunto el modelo explica el 26,4% de la varianza de la satisfacción vital de los jóvenes.

Tabla 1. Regresión lineal con la satisfacción vital como variable dependiente

	β	t	R^2	R^2 corregido	F
			.264	.259	54.62
Apoyo familia	.339	8.28**			
Satis. barrio	.382	6.86**			
Apoyo amigos	.154	3.36**			
Agresividad	-.121	-2.22*			
Participación	.084	2.21*			

Variable dependiente: Satisfacción vital

* $p < .01$; ** $p < .05$

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Este trabajo, coherentemente con otros estudios sobre los mecanismos psicosociales, comunitarios y conductuales subyacente a la satisfacción vital, ha podido demostrar también con la población juvenil residente en España los efectos beneficiosos del apoyo social, especialmente cuando la fuente es la familia y los amigos. También, la satisfacción con el barrio, entendida como el agrado con los diferentes elementos del mismo (seguridad, equipamientos, servicio, etc.) tiene un

impacto en la satisfacción vital de los jóvenes. De la misma manera la participación en diferentes actividades comunitarias también incrementa esa calidad de vida percibida. Mientras, unas actitudes orientadas a la agresividad, entendida como la suma de las 4 principales dimensiones que la componen (ira, hostilidad, agresividad verbal y física) empeoran la satisfacción vital de los jóvenes.

No obstante la investigación presenta algunas limitaciones en relación con el muestreo, tanto en la procedencia de los sujetos así como en relación al amplio rango de edad, que no permiten la generalización de los resultados, estos, en general, contribuyen no solo confirman la capacidad predictiva del sistema de apoyo social y del contexto comunitario sobre la satisfacción vital de los jóvenes y adolescentes, sino que también contribuye a una reflexión sobre futuras investigaciones e intervenciones.

En cuanto a las futuras investigaciones, y la línea con otros estudios que consideran la satisfacción vital como un importante componente moderador de la salud mental de los jóvenes, posteriores trabajos empíricos deberán evaluar la capacidad de la satisfacción vital de moderar la relación entre las variables predictoras analizadas aquí (satisfacción con el barrio, apoyo social, participación comunitaria y agresividad) con la salud mental de los jóvenes y adolescentes.

Mientras, en relación con la intervención, los resultados de la investigación permiten diseñar programas de prevención centrados en mejorar la satisfacción vital de los jóvenes y adolescentes actuando selectivamente sobre los aspectos psicosociales, comunitarios y conductuales estudiados.

REFERENCIAS

Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., y Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 462–472. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x

Aragónés, J., y Amérigo, M. (1987). Satisfacción residencial: Un concepto de calidad de vida. *Revista de estudios sociales y sociología aplicada*, 67, 133–154.

Azpiazu, L., Antonio-Agirre, I., Fernández-Zabala, A., y Escalante, N. (2023). How does social support and emotional intelligence enhance life satisfaction among adolescents? A mediational analysis study. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 2341–2351. doi: 10.2147/PRBM.S413068

Brannan, D., Biswas-Diener, R., Mohr, C. D., Mortazavi, S., y Stein, N. (2013). Friends and family: A cross-cultural investigation of social support and subjective well-being among college students. *The Journal of Positive Psychology*, 8(1), 65–75. doi: 10.1080/17439760.2012.743573

Buss, A. (1961). *La agresividad y la hostilidad*. Editorial Amat.

Cavioni, V., Grazzani, I., Ornaghi, V., Agliati, A., y Pepe, A. (2021). Adolescents' mental health at school: The mediating role of life satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 12, 720628. doi: 10.3389/fpsyg.2021.720628

Cerezo, M. T., Carpio, M. D. L. V., García, M. D. L. C., y Casanova, P. F. (2016). Relaciones entre inteligencia emocional, agresividad y satisfacción vital en universitarios. En J. L. Castejón-Costa (Ed.), *Psicología y Educación: Presente y futuro* (pp. 1311–1319). ACIPE.

Chen, L., Zhang, J., y Zhang, Z. (2022). Organizational participation in community and life satisfaction of retirees: The mediating roles of positive and negative affect and moderating role of family relation. *PsyCh Journal*, *11*(1), 65–76. doi: 10.1002/pchj.489

Cicognani, E., Mazzoni, D., Albanesi, C., y Zani, B. (2015). Sense of community and empowerment among young people: Understanding pathways from civic participation to social well-being. *Voluntas*, *26*, 24–44. doi: 10.1007/s11266-014-9481-y

Cortés, S. (2019). Satisfacción del espacio barrial: La perspectiva de habitantes en barrios intervenidos en Programas de Regeneración Urbana. *Seminario Internacional de Investigación en Urbanismo*. doi:10.5821/siiu.6936

Dias, A. F., Gaya, A. R., Santos, M. P., Brand, C., Pizarro, A. N., Fochesatto, C. F., Mendes, T. M., Mota, J., y Gaya, A. C. A. (2020). Neighborhood environmental factors associated with leisure walking in adolescents. *Revista de Saúde Pública*, *54*, 61. doi: 10.11606/s1518-8787.202005400222

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71–75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

Dixon, Z., Bessaha, M. L., y Post, M. (2018). Beyond the ballot: Immigrant integration through civic engagement and advocacy. *Race and Social Problems*, *10*(4), 366–375.

English, E. (2013). The effect of community participation on subjective well-being in community-dwelling elders. *Honors Projects*, *161*.

Ferrer, B. M., Muñoz, L. V. A., Ruiz, D. M., y Ochoa, G. M. (2011). Implicación y participación comunitarias y ajuste psicosocial en adolescentes. *Psicología y Salud*, *21*(2), 205–214.

Ghose, B., y Etowa, J. (2022). Relationship between self-reported neighborhood safety and happiness and life satisfaction among women in low-middle income countries. *Safety*, *8*(2), 31.

Gilman, R., y Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(3), 293–301. doi: 10.1007/s10964-006-9036-7

Gracia, E., y Musitu, G. (1990). Integración y participación en la comunidad: Una conceptualización empírica del apoyo social comunitario. En G. Musitu, E. Berjano y J. R. Bueno (Eds.), *Psicología Comunitaria*. Valencia: Nau Libres.

Heller, K., Price, R. H., Reinhartz, S., Riger, S., Wandersman, A., y D'Aunno, T. A. (1984). *Psychology and community change: Challenges of the future*. Brooks/Cole.

Hombrados-Mendieta, M. I., y López-Espigares, T. (2014). Dimensiones del sentido de comunidad que predicen la calidad de vida residencial en barrios con diferentes posiciones socioeconómicas. *Psychosocial Intervention*, *23*(3), 159–167. doi: 10.1016/j.psi.2014.08.001

Hombrados, M. I., García, M. A., y Moscato, G. (2005). Senso di comunità e partecipazione sociale nei consigli comunali per minori. *Psicología di Comunità*, *2*, 101–117.

Laurence, J. (2021). The impact of youth engagement on life satisfaction: A quasi-experimental field study of a UK National Youth Engagement Scheme. *European Sociological Review*, *37*(2), 305–329.

- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, y W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression* (pp. 17–30). Academic Press.
- Mahamid, F., y Bdier, D. (2021). Aggressiveness and life satisfaction as predictors for video game addiction among Palestinian adolescents. *Journal of Concurrent Disorders*, 3(2). doi: 10.54127/houf6963
- Mahanta, D., y Aggarwal, M. (2013). Effect of perceived social support on life satisfaction of university students. *European Academic Research*, 1(6), 1083–1094.
- Mandak-Arjona, A., Moscato, G., Del Pino-Brunet, N., y Salas-Rodríguez, J. (2023). Entre sombras y cifras: Un análisis demográfico de los suicidios en España. En A. Martos-Martínez, M. Simón-Márquez, J. Gázquez-Linares, P. Molina-Moreno, y M. Sisto (Eds.), *Investigación y desarrollo de recursos de intervención en contextos clínicos y de la salud* (pp. 271–281). Dykinson.
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo*. Popular.
- Martínez-Ferrer, B., Amador-Muñoz, L. V., Moreno-Ruiz, D., y Musitu-Ochoa, G. (2011). Implicación y participación comunitaria y ajuste psicosocial en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(2), 205–214.
- Martos-Méndez, M. J. (2021). The association of sources of support, types of support and satisfaction with support received on perceived stress and quality of life of cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 20, 1534735421994905.
- McKnight, C. G., Huebner, E. S., y Suldo, S. M. (2012). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools*, 39(6), 677–687. doi: 10.1002/pits.10062
- Moscato, G. (2012). Familias interculturales en España: análisis de la satisfacción vital. *Portularia*, 12, 35–43. doi: 10.5218/prts.2012.0004
- Moscato, G., Mandak-Arjona, A., Del Pino-Brunet, N., y García-Cabello, M. (2023). Agresividad y bullying: Análisis de algunos factores psicosociales relacionados con la agresividad de los adolescentes. En A. S. Hernández, C. J. Ramírez, M. V. Arboleda, y R. S. Pinilla (Eds.), *La escuela promotora de derechos, buen trato y participación: Revisiones, estudios y experiencias* (pp. 731–737). Octaedro.
- Mouratidis, K. (2020). Commute satisfaction, neighborhood satisfaction, and housing satisfaction as predictors of subjective well-being and indicators of urban livability. *Travel Behaviour and Society*, 21, 265–278. doi:10.1016/j.tbs.2020.07.006
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25–31.
- Novara, C., Moscato, G., Gomez-Jacinto, L., Hombrados-Mendieta, I., Varveri, L., Rochira, A., y Garro, M. (2021). Life satisfaction and psychological distress of African immigrants in Italy and Spain: The protective role of social support and sense of community. *Journal of Immigrant y Refugee Studies*. doi:10.1080/15562948.2021.1995923
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 25–39. doi: 10.1177/0002716203260078

Peterson, N. A., Speer, P. W., y McMillan, D. W. (2008). Validation of a brief sense of community scale: Confirmation of the principal theory of sense of community. *Journal of Community Psychology*, 36(1), 61–73.

Pikó, B. (2023). Adolescent life satisfaction: Association with psychological, school-related, religious and socially supportive factors. *Children*. doi:10.3390/children10071176

Proctor, C. L., Linley, P. A., y Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 583–630. doi: 10.1007/s10902-008-9110-9

Ríos, M. L., y Moreno, M. P. (2010). Influencia de la participación comunitaria y la identidad con el lugar en la satisfacción vital en inmigrantes. *Escritos de Psicología*, 3(2), 8–16.

Rodríguez, J. M., Peña, E., y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14(2), 476–482.

Rosas, F. (2016). Satisfacción con la vida y agresividad en estudiantes de una academia preuniversitaria privada de Lima en el periodo 2016. (Tesis de licenciatura). *Universidad Cesar Vallejo*. Recuperado de <https://n9.cl/z1j96>

Sánchez, A. (1991). *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona.

Sánchez, E. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de Psicología*, 15, 251–260.

Varela, J. J., Alfaro, J., Melipillán, R. (2020). Perceptions of safety, satisfaction with neighborhood and life satisfaction among Chilean adolescents. *Child Indicators Research*, 13, 1489–1502. doi: 10.1007/s12187-019-09649-z

Xinyi, M., Min, H., Dong, Y., Li, H., y Hui, W. (2024). Social support, academic burnout, and life satisfaction of international students. *International Journal of Higher Education*. doi:10.5430/ijhe.v13n1p14

Yeung, G. T., y Fung, H. H. (2007). Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults: Family first? *European Journal of Ageing*, 4, 219–227.

CAPÍTULO 23

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EXPERIENCIAS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN HOMBRES QUE VIVEN CON VIH

CONSUELO RUBI ROSALES PIÑA, RICARDO SÁNCHEZ MEDINA,
DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE, Y SANDRA IVONNE MUÑOZ MALDONADO
Universidad Nacional Autónoma de México

INTRODUCCIÓN

El estigma y la discriminación asociados con el VIH constituyen dos de los mayores obstáculos que enfrentan las personas que viven con el virus, especialmente los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), quienes históricamente han sido uno de los grupos más vulnerables (ONUSIDA, 2024). A pesar de que, gracias a los avances médicos en los tratamientos, ya no se le considera una enfermedad mortal, el vivir con VIH sigue siendo altamente estigmatizado, afectando a las personas que viven con él.

En este contexto, de acuerdo con Campilla y Monárdez (2019), el estigma y la discriminación hacia los HSH que viven con VIH no solo es un problema de derechos humanos, sino también un factor de riesgo que impacta negativamente en su salud física, mental, sexual y social. La intersección entre la discriminación por orientación sexual y el estigma por vivir con VIH exacerba las barreras para acceder a servicios de salud, apoyo social y otras oportunidades, mermando así su calidad de vida (Moussa et al., 2021).

La discriminación se manifiesta en diversas áreas de la vida cotidiana, incluyendo el ámbito laboral, los servicios de salud, las relaciones personales y el entorno social en general. Muchos de estos hombres enfrentan el rechazo, la violencia verbal y física, y la exclusión, experiencias que pueden llevarlos a aislarse y reducir su participación en actividades sociales y familiares (Bhutada et al., 2023). Además, la discriminación institucional y el trato desigual en los servicios de salud pueden limitar el acceso a tratamientos oportunos y de calidad, afectando directamente el manejo de su condición. Estas experiencias no solo impactan en la salud física de los individuos, sino que también incrementan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental, tales como depresión, ansiedad, estrés crónico, así como conductas de riesgo (Rasoolinajad et al., 2018).

Las experiencias de rechazo, discriminación y estigmatización pueden provocar importantes desafíos emocionales y psicológicos, por lo que es necesario desarrollar estrategias de afrontamiento para sobrellevar estas situaciones. Las estrategias de afrontamiento son mecanismos y respuestas que las personas adoptan para manejar

las demandas emocionales, cognitivas y conductuales que surgen ante situaciones de estrés o adversidad.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) existen diversas estrategias de afrontamiento, que se pueden clasificar en adaptativas y desadaptativas; las primeras se enfocan en la búsqueda de apoyo social, la aceptación del diagnóstico y la regulación emocional, que han demostrado efectos positivos en la salud mental y el bienestar general. Por otro lado, las estrategias desadaptativas, como el aislamiento social, la negación o el ocultamiento, aunque pueden brindar alivio temporal, tienden a exacerbar el malestar emocional y dificultan la adaptación a largo plazo (Zeballos, Ruíz, y Pérez, 2022). En el contexto de los hombres que viven con VIH, estas estrategias pueden abarcar una amplia gama de enfoques, desde los más proactivos, como la búsqueda de apoyo social o la participación en grupos de activismo, hasta los más problemáticos, como la evitación o la negación del diagnóstico (Agroia y Sen, 2023).

La investigación sobre el afrontamiento ante el estigma y discriminación resulta relevante no solo para entender mejor las dinámicas de estigmatización que enfrentan, sino también para desarrollar intervenciones que promuevan su salud y bienestar (Stangl et al., 2019). Estudiar las estrategias de afrontamiento permite identificar los recursos y habilidades que utilizan para enfrentar las situaciones de discriminación y rechazo. Además, comprender cómo estos hombres enfrentan el estigma y la discriminación puede contribuir a reducir el impacto negativo del VIH en su vida cotidiana, fortaleciendo sus redes de apoyo, que pueden brindar un espacio seguro donde los HSH que viven con VIH comparten sus experiencias, reciben comprensión y consejo, y encuentran modelos de afrontamiento positivo.

Sin embargo, en contextos donde la homofobia y el estigma hacia el VIH están arraigados, estas redes de apoyo pueden ser limitadas o incluso ausentes, lo que lleva a muchos individuos a enfrentar sus problemas en soledad (Zukoski y Thorburn, 2009). Por ello, es esencial explorar cómo los HSH con VIH en estos entornos encuentran redes de apoyo y qué estrategias de afrontamiento utilizan en ausencia de redes. Identificar y analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan ofrecerá una comprensión de las formas en que esta población maneja las experiencias de rechazo y exclusión, proporcionando una base para intervenciones que promuevan su salud mental y bienestar.

El análisis de estas estrategias es fundamental para entender cómo las personas gestionan las experiencias de estigma y discriminación, y cómo estas respuestas pueden impactar en su bienestar psicológico, su adherencia al tratamiento y su integración social.

Objetivo

Conocer las estrategias de afrontamiento que emplean hombres que tienen sexo con hombres y viven con VIH ante situaciones de estigma y discriminación.

MÉTODO

Participaron 18 hombres que tienen sexo con hombres y viven con VIH, con una edad comprendida entre los 18 y 31 años, en promedio 25 años, con un diagnóstico de 23 meses en promedio. Dos de los participantes mencionan que el resultado de su última prueba es No Reactivo/Negativo, 83% son solteros, 66% tienen estudios de preparatoria, 33% estudios universitarios, 72% son homosexuales, 16% bisexuales, 11% heterosexuales, 5% no lo sabe. Actualmente, todos se encuentran con tratamiento antirretroviral y son atendidos en una clínica especializada en VIH.

Instrumentos

Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada con nueve categorías: la primera parte en experiencias de estigma y discriminación 1. Pensamientos 2. Situaciones, 3. Lugares, 4. por quiénes. La segunda referente a las estrategias de afrontamiento 5. Emociones, 6. Pensamientos, 7. Apoyo, 8. Otros 9. Prevención. Las entrevistas tuvieron una duración de 78 minutos en promedio.

Procedimiento

La invitación a participar se realizó en la sala de espera de la clínica especializada, donde se les compartieron los objetivos de la entrevista, se les dio el consentimiento informado haciendo énfasis en la participación voluntaria, confidencialidad de la información y que la participación no estaba condicionada a los servicios de salud, una vez que se resolvieron dudas, se pasó al cubículo donde se llevaron a cabo las entrevistas de manera individual y fueron grabadas y posteriormente fueron transcritas en un procesador de textos.

Análisis de datos

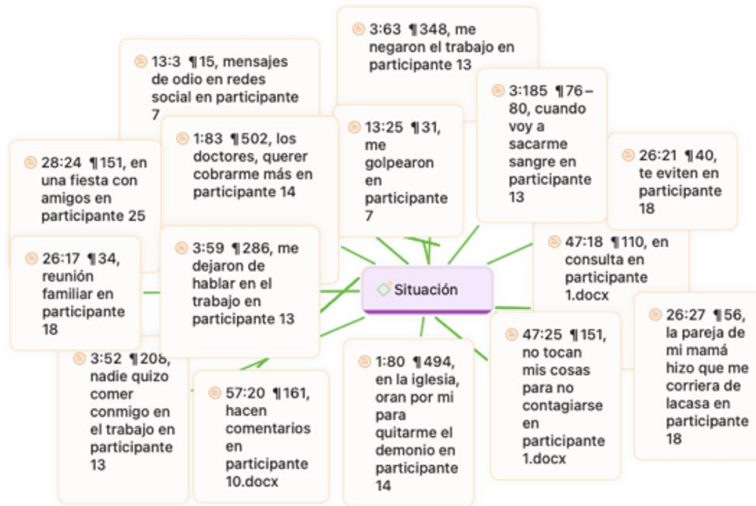
Para la codificación y análisis se utilizó el software Atlas ti en su versión 24, se asignaron los códigos con base en las categorías orientadoras, permitiendo organizar y estructurar la información, identificando las redes y patrones en las percepciones y experiencias relacionadas a vivir con VIH de los participantes.

RESULTADOS

Con base a la primera parte de las categorías referente a la percepción de estigma y discriminación asociados a vivir con VIH, como se puede ver en la figura 1, las situaciones son diversas en el área laboral, académica, servicios de salud, recreativos

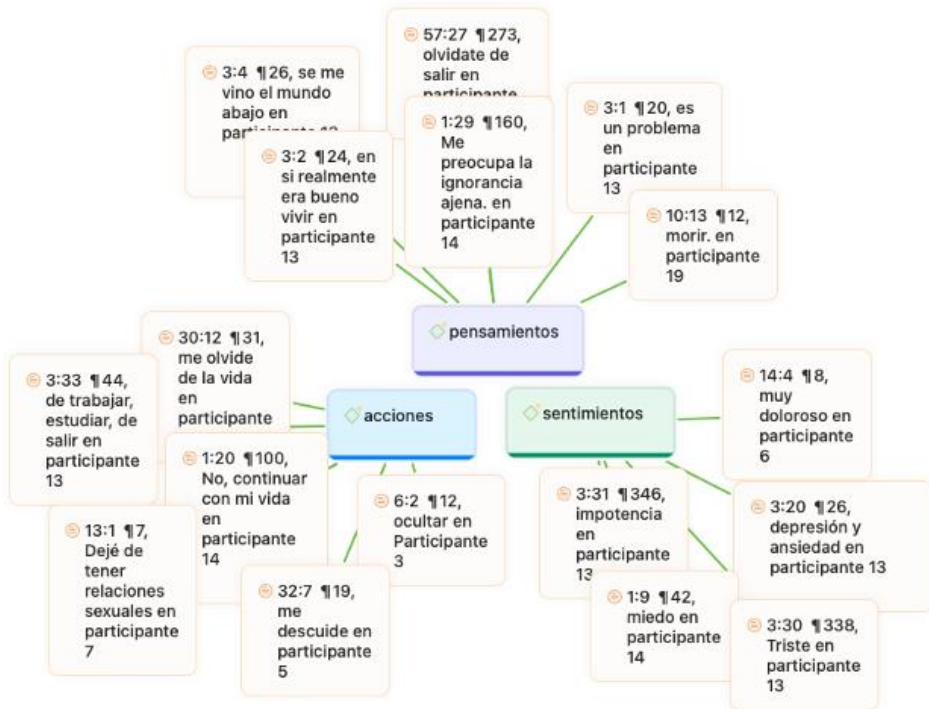
y han tenido experiencias de rechazo, señalamientos negación de servicios de salud, dejar de hablar y convivir, que los corran de lugares, golpes, insultos, que violen su privacidad al registrar sus pertenencias, les cobren más en los servicios de salud entre otros.

Figura 1. Situaciones de estigma y discriminación que han vivido



Si bien las experiencias son variadas, los pensamientos y sentimientos son similares y con una connotación negativa, pensar que se van a morir, que la vida termina, dejar de socializar por los prejuicios de las personas, es un gran problema y que no hay solución. Teniendo sentimientos de enojo, odio, dolor, culpa, tristeza, miedo, impotencia entre otros, lo que se relaciona con que las personas prefieran ocultar su estado serológico, abandonen sus trabajos, estudios, su vida social, no acudan a los servicios de salud por su tratamiento, se descuiden e incluso intenten quitarse la vida (ver figura 2).

Figura 2. Pensamientos, acciones y sentimientos ante las experiencias de estigma y discriminación



Estas experiencias requieren que las personas implementen estrategias de afrontamiento ante las situaciones de estigma y discriminación, ya sean adaptativas o desadaptativas.

La mayoría de los participantes comentan que en un primer momento la forma en que afrontaban estas situaciones era evitando el contacto con otras personas, incluyendo a su pareja, en el ámbito familiar, laboral, y recreativo. Todos los participantes preferían ocultar su diagnóstico, 12 de los participantes terminaron su relación de pareja una vez que conocieron el diagnóstico. En algunos casos decidieron cambiarse de casa (Juan, 49 años), renunciar a su trabajo (Luis, 35 años), o dejar de estudiar (Ali, 31 años).

Ante el señalamiento implícito o explícito por vivir con VIH, los participantes mostraban enojo que podrían expresar o no, pero les generaba una sensación incómoda. Tres de los participantes comentan que la situación escaló llegando a los golpes. Seis de los participantes afirman que creían que se merecían estas acciones por parte de los otros, ya que era su culpa.

Respecto a las estrategias adaptativas como se muestra en la figura 3 los participantes resaltan el mantenerse informado, sobre la infección, tratamiento y

prevención de la infección, buscar apoyo y ayuda a nivel médico y emocional, construir redes de apoyo con pares, familia, destaca el trabajo personal que permite la aceptación del diagnóstico y la regulación emocional, para poner límites ante la situación y actuar con calma.

Figura 3. Conceptos relacionados con las estrategias de afrontamiento ante el estigma y discriminación



DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El análisis de las entrevistas evidencian que las personas que viven con VIH enfrentan diversas formas de estigmatización en ámbitos laborales, académicos, de salud y en espacios recreativos. Esto confirma lo postulado por Goffman (2006), quien señala que el estigma es una característica socialmente construida que genera desacreditación en el individuo y una serie de consecuencias psicológicas y sociales, tales como el aislamiento y la discriminación implícita o explícita.

Estas experiencias abarcan desde el rechazo explícito hasta formas más sutiles de exclusión, como la negación de servicios o el cobro excesivo por atención médica. Como lo señalan Bach et al. (2019), el impacto de estas situaciones va más allá del contexto inmediato, generando una profunda afectación en la vida emocional y social de los participantes afectando negativamente su autopercepción, lo cual se observa en pensamientos y emociones como tristeza, culpa y odio, además de sentimientos de impotencia y miedo. La respuesta emocional concuerda con la teoría de Lazarus y Folkman (1984), que establece que el estrés surge cuando una persona percibe una amenaza para su bienestar y duda de su capacidad para enfrentarlo efectivamente.

En términos de afrontamiento, los participantes manifestaron una tendencia inicial a utilizar estrategias desadaptativas, tales como el aislamiento y el ocultamiento de su diagnóstico. En situaciones de discriminación, algunos optaron

por evitar el contacto social, incluyendo la ruptura de relaciones afectivas y el abandono de actividades sociales o laborales. Estas estrategias parecen ser reacciones inmediatas ante el dolor y el miedo al rechazo, y reflejan una respuesta defensiva ante la amenaza de estigmatización. Sin embargo, estas estrategias a menudo agravan el problema a largo plazo, intensificando la soledad y la desconexión social (Anima-Korang, Gere, y Salimi, 2018).

Los sentimientos de culpa expresados por algunos participantes sugieren que atribuyen la causa de sus experiencias negativas a sí mismos. En este caso, el estigma internalizado lleva a algunos HSH con VIH a creer que merecen el trato discriminatorio (Batchelder et al., 2020). Esta autoinculpación puede convertirse en un obstáculo para la búsqueda de apoyo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas, lo cual enfatiza la necesidad de intervenciones psicológicas que aborden el estigma internalizado.

El análisis refleja que, frente a la discriminación, los participantes optaron inicialmente por estrategias de evitación y ocultamiento de su diagnóstico, una respuesta congruente con las estrategias de afrontamiento que Lazarus y Folkman (1984) clasifican como desadaptativas. En situaciones de estrés estigmatizante, las personas pueden emplear estrategias de evasión para reducir el impacto psicológico inmediato, aunque estas no resultan efectivas a largo plazo. Sin embargo, algunos participantes han transitado hacia estrategias adaptativas, como la búsqueda de apoyo médico y emocional, la creación de redes de apoyo, y el trabajo personal para aceptar su diagnóstico y regular sus emociones.

Estas estrategias representan un afrontamiento positivo y adaptativo que contribuye a la resiliencia, permitiéndoles establecer límites y enfrentar la discriminación con una respuesta más equilibrada y consciente, lo cual puede reducir sus efectos negativos en la salud mental y social del individuo.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto la compleja interacción entre el estigma social, la discriminación y las estrategias de afrontamiento en HSH que viven con VIH. Inicialmente, el estigma lleva a estos individuos a adoptar estrategias de evitación y ocultamiento, en un intento de protegerse de la desaprobación social. Sin embargo, a medida que enfrentan esta situación de forma continua, algunos logran desarrollar formas de afrontamiento adaptativas que mejoran su salud mental y su calidad de vida. Este cambio en las estrategias de afrontamiento es esencial, ya que muestra la capacidad de adaptación y resistencia frente a un entorno hostil.

A través del análisis se visibiliza la importancia de la sensibilización ante el VIH y la necesidad de diseñar programas de intervención que permitan el desarrollo de estrategias para reducir el autoestigma y de afrontamiento; además los programas deben contemplar la creación de redes de apoyo, regulación emocional y la importancia de contar información clara y confiable, estas estrategias permitirán a los

HSH con VIH enfrentar el estigma de manera constructiva, reduciendo la carga emocional y facilitando la integración social, tal y como lo señalan Stangl et l. (2019).

Aunado a lo anterior, es importante que los programas de intervención consideren que las estrategias de afrontamiento pueden variar según factores individuales como la edad, el nivel educativo, el contexto social y la etapa de la infección por VIH. Por ejemplo, estudios como los de Dake et al. (2023) han señalado que las personas más jóvenes tienden a recurrir a estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el ocultamiento o el abandono de redes sociales, mientras que los adultos mayores pueden desarrollar métodos más constructivos, como la aceptación y la búsqueda de información sobre su condición. Estos factores pueden influir en la efectividad de las estrategias de afrontamiento y en el nivel de bienestar de los individuos, por lo que es fundamental entender cómo se combinan para generar respuestas adaptativas en contextos de alto estigma.

Por último, aunque el estigma y la discriminación siguen siendo barreras significativas, los HSH que viven con VIH tienen el potencial de desarrollar respuestas que promueven su bienestar. La transición hacia estrategias de afrontamiento adaptativas refleja la capacidad de resiliencia y adaptación de esta población frente a una adversidad constante, lo cual es un aspecto valioso que debe ser promovido y apoyado a través de políticas inclusivas y prácticas de salud mental. Siendo necesario explorar a fondo los factores que facilitan o limitan la adopción de estrategias adaptativas en contextos de estigmatización extrema, y evaluar el impacto a largo plazo de estas estrategias en la calidad de vida y el bienestar de los HSH que viven con VIH.

REFERENCIAS

Agroia, H., y Sen, S. (2023). Manifestation of HIV stigma and stigma-reducing interventions among service providers: A literature review. *International Journal of Social Sciences*, 6(2), 94-117.

Bach, T., Hai, P., Latkin, C. A., Huong Thi, N., Hoang, C. L., Cyrus, S. H. H., y Ho, R. C. M. (2019). Understanding global HIV stigma and discrimination: Are contextual factors sufficiently studied? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11). doi: 10.3390/ijerph16111988

Batchelder, A. W., Moskowitz, J. T., Jain, J., Cohn, M., Earle, M. A., y Carrico, A. W. (2020). A novel technology-enhanced internalized stigma and shame intervention for HIV-positive persons with substance use disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1), 55-69. doi: 10.1016/j.cbpra.2019.01.006

Bhutada, K., Chakrapani, V., Gulfam, F. R., Ross, J., Golub, S. A., Safren, S. A., Prasad, R., y Patel, V. V. (2023). Pathways between intersectional stigma and HIV treatment engagement among men who have sex with men (MSM) in India. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 22. doi: 10.1177/23259582231184863

- Campillay, M., y Monárdez, M. (2019). Stigma and discrimination in people with HIV/AIDS, an ethical challenge for health professionals. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. doi: 10.1344/rbd2019.47.27417
- Dake, S., Bonful, H. A., Ganu, V., Puplampu, P., Asamoah, A., Arthur, H., ... Anum, A. (2023). Coping strategies among adolescents and young adults living with HIV/AIDS in Accra-Ghana. *BMC Public Health*, 23, 2350. doi: 10.1186/s12889-023-17093-x
- Fuster, M. J., Molero, F., Holgado, F. P., y Mayordomo, S. (2014). Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: The role of group identity. *Quality of Life Research*, 23(7), 1967-1975. doi: 10.1007/s11136-014-0635-5
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *El proceso de afrontamiento: Una alternativa a las formulaciones tradicionales*. Nueva York: Martínez Roca.
- Moussa, A., Delabre, R. M., Villes, V., Elkhammas, M., Bennani, A., Ouarsas, L., ... Rojas, C. D. (2021). Determinants and effects or consequences of internal HIV-related stigma among people living with HIV in Morocco. *BMC Public Health*, 21, 1-11. doi: 10.1186/s12889-021-11166-y
- ONUSIDA. (2024). *Hoja informativa 2024: Estimaciones epidemiológicas preliminares de ONUSIDA para 2024*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Rasoolinajad, M., Abedinia, N., Ahmad Ali, N., Mohraz, M., Moradmand, B. B., Hamad, A., y Sahebi, L. (2018). Relationship among HIV-related stigma, mental health and quality of life for HIV-positive patients in Tehran. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3773-3782. doi: 10.1007/s10461-018-2206-8
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., y Dovidio, J. F. (2019). The health stigma and discrimination framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17, 1-13. doi: 10.1186/s12916-019-1271-3
- Zeballos, Y., Ruíz, B., y Pérez, S. (2022). Estigma y discriminación en personas con VIH-SIDA y sus efectos en la salud mental. *Las Enfermeras de Hoy*, 1(2), 13-23. doi: 10.5281/zenodo.7435565
- Zukoski, A. P., y Thorburn, S. (2009). Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV-prevalence context: A qualitative analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(4), 267-276. doi: 10.1089/apc.2008.0168

CAPÍTULO 24

PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE DIABETES EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL

DÉBORAH NEGRÍN PERAZA*, CRISTINA MÉNDEZ AGUADO*,
MARÍA JESÚS LIROLA MANZANO**, JUAN LEANDRO CEREZUELA RUIZ*,
Y VANESA JIMÉNEZ FÁBREGA*

**Universidad de Almería; **Universidad de Almería y
Universidad Internacional de La Rioja*

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la sociedad en la que vivimos se caracteriza por la existencia de un alto nivel de competitividad a la hora de acceder a un trabajo, algo que afecta a la relación que mantienen las familias. Los adultos pasan cada vez más horas fuera de casa, por lo que apenas tienen tiempo para disfrutar de sus hijos, y mucho menos aún para preocuparse por las pautas de alimentación y de ejercicio físico que siguen los más pequeños. En la actualidad las cifras de sobrepeso infantil se sitúan en unos niveles muy alarmantes, aproximadamente el 30% de la población infantil tiene sobrepeso (Padilla-Vinueza et al., 2022).

A la vez que aumentan las tasas de sobrepeso en la población infantil, los diagnósticos de diabetes también han aumentado rápidamente, tanto en el caso de la diabetes tipo 2 como también de la tipo 1, siendo esta última la que afecta en mayor medida a los niños y niñas.

Por todo lo descrito, la presente investigación se basa en la elaboración y ejecución de un programa de sensibilización sobre la diabetes tipo 1 y la prevención de la diabetes tipo 2 gracias al seguimiento de hábitos de vida saludables, que combinen el ejercicio físico con una dieta saludable. Dicha investigación se centra en la etapa de Educación Infantil porque los estudiantes de estas edades tienen un conocimiento más limitado sobre diabetes, constituyendo un buen punto de partida para que tomen conciencia sobre la educación para la salud lo antes posible.

Marín (2021) señala que la diabetes constituye una enfermedad que se caracteriza principalmente por la presencia de unos niveles de azúcar en sangre superiores a los niveles considerados como óptimos. Dicha anomalía recibe el nombre de hiperglucemia y se produce predominantemente porque la acción de la insulina, i.e., hormona producida por el páncreas, no es eficaz para controlar los niveles de azúcar en la sangre (Campos et al., 2020). Los 4 síntomas más comunes de la enfermedad son: poliuria (mayores necesidades urinarias), polidipsia (incremento

del consumo de agua), polifagia (mayor consumo de alimentos) y pérdida de peso (Álvarez, 2021).

El incremento de diagnósticos ha conllevado que se realicen diferentes clasificaciones de la enfermedad, siendo la más utilizada la llevada a cabo por la ADA (2018), en la que se diferencian 4 tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2, diabetes originada durante el embarazo y la que surge como consecuencia de trasplantes y/o uso de fármacos). A continuación, se explican con mayor profundidad los dos primeros tipos de diabetes mencionados, ya que son los que se diagnostican con mayor frecuencia durante la etapa escolar, sobre todo, la diabetes tipo 1.

Los autores Díaz-Martínez et al. (2021), afirman que la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) se caracteriza principalmente porque la edad del diagnóstico suele ser muy temprana, generalmente durante la niñez o adolescencia. Además, cabe destacar que este tipo de diabetes no está asociada a seguir hábitos de vida poco saludables ya que no se puede prevenir, aunque seguir una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico contribuye a conseguir un buen control de la enfermedad.

Por el contrario, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se diagnostica generalmente durante la adultez, siendo la diabetes más diagnosticada (Marín, 2021). A diferencia de la diabetes tipo 1, en la diabetes tipo 2 el páncreas produce insulina pero se genera una resistencia a su acción como consecuencia de mantener estilos de vida no saludables. La DM2 si se puede prevenir gracias a la realización de ejercicio físico y el seguimiento de una dieta equilibrada.

Centrándonos en el ámbito escolar, el sistema educativo debe garantizar una educación adaptada a los ritmos de aprendizaje, características y necesidades de cada estudiante, proporcionándoles a todos las mismas oportunidades de aprendizaje y cumpliendo, a su vez, con el principio de inclusión. Pese a la necesidad de conseguir desarrollar una educación de calidad, esta inclusión no se realiza en todos los centros educativos, siendo aún más difícil en los casos en el que los estudiantes presentan diversas problemáticas de salud, como ocurre en el caso de la diabetes (Iglesias et al., 2022).

En la actualidad, las intervenciones de educación en diabetes son muy escasas, destacando la realizada en Perú por Jara y Arellano (2017), en la que se puso en práctica un programa de educación en diabetes tipo 2 que obtuvo muy buenos resultados, pues el conocimiento de los estudiantes sobre la enfermedad aumentó exponencialmente.

En esta misma línea, alrededor del mundo se han realizado programas de educación diabetológica dirigidos a padres y docentes con el objetivo de incrementar su conocimiento sobre la enfermedad, aprendiendo pautas de actuación para que, en caso de que se presente alguna complicación, sepan actuar correctamente. Uno de estos programas es el llamado “KiDS and Diabetes in schools”, en el que se han

obtenido buenos resultados al mejorar la confianza docente sobre el tratamiento de la diabetes (Bechara et al., 2018).

Por lo anteriormente mencionado, este estudio nace con el objetivo de desarrollar un programa de sensibilización sobre la diabetes tipo 1 y 2 en educación infantil. A partir de este objetivo general se fijan diversos objetivos específicos: ampliar el conocimiento de los estudiantes sobre la diabetes, identificar los síntomas asociados a la enfermedad, enseñar pautas de actuación a los estudiantes y concienciar al alumnado sobre la importancia de seguir hábitos saludables para mejorar el control de la diabetes. Una vez fijados los objetivos se plantea como hipótesis que el conocimiento sobre la diabetes de los estudiantes mejora después de realizar la intervención.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio de educación diabetológica estuvo formada por 43 estudiantes, 24 alumnas y 18 alumnos. Todos los participantes estaban cursando el último curso de la etapa de educación infantil en dos líneas (A y B), estando sus edades comprendidas entre los 5 y los 6 años. El estudio se realizó en un centro educativo situado en la provincia de Almería. A continuación, se presenta la Tabla 1, en la que se muestra la información sociodemográfica de los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

	Línea A (n=22)	Línea B (n=20)
Sexo [n(%)]		
Hombre	10 (45.5%)	8 (40%)
Mujer	12 (57.14%)	12 (60%)
Edad [media (dt)]	5.32 (.47)	5.35 (.48)
Diagnóstico de diabetes [n(%)]		
Sí	-	-
No	22 (100%)	20 (100%)
Realización de ejercicio físico		
Sí	17 (77.3 %)	14 (70 %)
No	5 (22.7%)	(30%)

Diseño del estudio

Esta investigación tiene un carácter de tipo longitudinal, pues en ella se mide el conocimiento de los escolares sobre la diabetes antes y después de realizar la intervención. La finalidad de medir el conocimiento sobre la enfermedad en dos ocasiones reside en poder observar cómo evoluciona el mismo después de realizar la intervención.

Instrumentos

Con el objetivo de recoger la información sociodemográfica de los participantes se diseñaron 3 ítems “ad hoc” que recopilaban los datos relacionados con el sexo, la edad y los hábitos de vida saludables de los estudiantes.

Después de haber llevado a cabo la intervención, también se realizó una breve encuesta de satisfacción a los estudiantes en la cual debían elegir, a través de una *escala Likert*, en qué medida les había gustado el taller desarrollado sobre la diabetes, siendo 1 “no me ha gustado nada” y 5 “me ha gustado mucho”.

Procedimiento

Primeramente se realizó una revisión de la literatura sobre diabetes, incluyendo diversos aspectos relacionados con esta enfermedad como pueden ser sus síntomas, su tratamiento, su diagnóstico, etc. En esta revisión bibliográfica también se incluyeron diversas investigaciones de educación en diabetes que se habían realizado en diferentes escuelas alrededor del mundo.

En segundo lugar, una vez acabó la recogida de información, se fijaron los objetivos que se querían conseguir. Posteriormente, se realizó el diseño de la intervención, basada en una metodología de aprendizaje activa, llamada Break-Out, en la cual los estudiantes tenían que ir superando diversas pruebas para poder abrir un cofre del tesoro, resolviendo el código numérico que se les iba proporcionando a través de vídeos grabados con anterioridad. Después de haber planificado la intervención, se diseñaron los materiales necesarios.

A continuación, se realizó la intervención. Para ello, a través de la asamblea, se midieron los conocimientos iniciales del alumnado utilizando una lista de cotejo como instrumento de evaluación. Después se realizó el Break-Out en el que se trabajaron diferentes aspectos relacionados con la diabetes. Por último, se realizó una segunda asamblea para observar cómo había evolucionado el conocimiento sobre diabetes del alumnado.

Diseño de la intervención

El Break-Out se compuso de 4 retos, en cada uno de ellos se trabajaba diferentes aspectos de la diabetes. Los contenidos que se trabajaron en los retos fueron las diferencias entre la diabetes tipo 1 y 2, los síntomas asociados a esta patología, su tratamiento y la prevención de la enfermedad a través de hábitos de vida saludables.

En el primer reto se trabaja la definición de diabetes y las diferencias entre la diabetes tipo 1 y 2. Para ello, se diseñó un cuento en el que un papá y su hija tienen distintos tipos de diabetes (la niña tipo 1 y su papá tipo 2). A lo largo de la lectura del cuento se les iban presentando preguntas a los alumnos que debían ir resolviendo gracias a la comprensión del cuento, para comprobar si estaban entendiendo

correctamente su significado. A continuación, se presenta la Tabla 2, que recoge la concreción curricular del primer reto.

Tabla 2. Concreción curricular: Primer reto

Crecimiento en armonía				
Competencias clave	Perfil de salida	Competencias específicas	Criterios de evaluación	Saberes básicos
Competencia personal, social y de aprender a aprender	CPSAA3. Participa en actividades colectivas de su entorno .	4. Establecer interacciones sociales en condiciones de igualdad, valorando la importancia de la amistad.	4.1 Participar con iniciativa en juegos y actividades colectivas relacionándose con otras personas.	A. El cuerpo y el control progresivo del mismo El juego como actividad placentera y fuente de aprendizaje. D. Interacción socioemocional en el entorno. La respuesta empática a la diversidad debida a distintas formas de discapacidad.
Descubrimiento y exploración del entorno				
Competencia en comunicación lingüística.	CCL2. Comprende e interpreta mensajes orales y audiovisuales sencillos del ámbito educativo.	2. Desarrollar, de manera progresiva, los procedimientos del método científico.	2.6 Participar en proyectos utilizando dinámicas cooperativas, valorando opiniones propias y ajenas.	B. Experimentación en el entorno. Curiosidad, pensamiento científico y creatividad. Estrategias de construcción de nuevos conocimientos.
Comunicación y representación de la realidad				
Competencia digital.	CD1. Comienza a familiarizarse con el uso de diferentes medios digitales.	1. Manifestar interés por interactuar en situaciones cotidianas a través de la exploración.	1.4 Interactuar con distintos recursos digitales, familiarizándose con diferentes herramientas.	I. Alfabetización digital. Aplicaciones y herramientas digitales: creación, comunicación, aprendizaje y disfrute.

El segundo reto tiene por objetivo que los estudiantes de infantil aprendan los 4 síntomas más característicos de la diabetes. Para descubrir esos síntomas, tenían que construir 4 puzles por equipos. Cada equipo construyó un puzle que representaba un síntoma de la diabetes. Una vez todos los puzles quedaron resueltos, cada grupo le enseñaba a los demás compañeros el síntoma que les había tocado para que todos

podrían identificar todos los síntomas. Seguidamente se expone la Tabla 3, que expone la concreción curricular del segundo reto.

Tabla 3. Concreción curricular: Segundo reto

Crecimiento en armonía				
Competencias clave	Perfil de salida	Competencias específicas	Criterios de evaluación	Saberes básicos
Competencia personal, social y de aprender a aprender	CPSAA1. Manifiesta sus emociones y sentimientos y afronta situaciones que no puede resolver solicitando ayuda.	2. Reconocer, manifestar y regular progresivamente sus emociones, expresando necesidades	2.2 Ofrecer y pedir ayuda en situaciones cotidianas, valorando los beneficios de la cooperación.	D. Interacción socioemocional en el entorno. -Estrategias de autorregulación de la conducta. -Resolución de conflictos surgidos en interacciones con los otros.
	Descubrimiento y exploración del entorno			
Competencia emprendedora.	CE1. Explora, investiga y propone, de manera guiada, soluciones creativas a problemas sencillos.	2. Desarrollar, de manera progresiva, los procedimientos del método científico.	2.1 Gestionar situaciones, dificultades, retos o problemas mediante la planificación de secuencias de actividades.	B. Experimentación en el entorno. Curiosidad, pensamiento científico y creatividad. Pautas para la indagación en el entorno: interés, respeto y curiosidad.
			Comunicación y representación de la realidad	
Competencia en comunicación lingüística Competencia digital.	CCL2. Comprende e interpreta, de manera guiada, mensajes orales y audiovisuales sencillos del ámbito personal, social y educativo.	1. Manifestar interés por interactuar en situaciones cotidianas a través de la exploración y el uso de su repertorio comunicativo, para expresar sus necesidades.	1.1 Participar de manera activa, espontánea y respetuosa en diversas situaciones comunicativas.	C. Comunicación verbal oral: expresión, comprensión y diálogo. El lenguaje oral en situaciones cotidianas.
	CD1. Comienza a familiarizarse con el uso de diferentes medios digitales.		1.4 Interactuar con distintos recursos digitales, familiarizándose con diferentes herramientas.	I. Alfabetización digital. Aplicaciones y herramientas digitales: creación, comunicación, aprendizaje y disfrute.

Tabla 4. Concreción curricular: Tercer y Cuarto reto

Crecimiento en armonía				
Competencias clave	Perfil de salida	Competencias específicas	Criterios de evaluación	Saberes básicos
Competencia personal, social y de aprender a aprender.	CPSAA4. Muestra iniciativa por participar en actividades y mejorar su aprendizaje.	1. Progresar en el conocimiento y control de su cuerpo. 3. Adoptar modelos, normas y hábitos,	1.4 Participar en contextos de juego dirigido y espontáneo, ajustándose a sus posibilidades personales. 3.1 Realizar actividades relacionadas con el autocuidado con una actitud respetuosa.	B. Desarrollo y equilibrio afectivos. Valoración del trabajo bien hecho: desarrollo inicial de hábitos. C. Hábitos de vida saludable para el autocuidado y el cuidado del entorno. - Hábitos sostenibles relacionados con la alimentación. - Actividad física estructurada.
	CPSAA2. Comienza a utilizar estrategias básicas y hábitos de vida saludable relacionados con la alimentación.	desarrollando la confianza en sus posibilidades y sentimientos de logro, para promover un estilo de vida saludable.		
Descubrimiento y exploración del entorno				
Competencia ciudadana.	CC2. Participa en actividades comunitarias y se inicia en la resolución de conflictos a través de pequeños diálogos con sus iguales.	2. Desarrollar, de manera progresiva, los procedimientos del método científico y las destrezas del pensamiento computacional.	2.4 Utilizar diferentes estrategias para la toma de decisiones con progresiva autonomía.	B. Experimentación en el entorno. Curiosidad, pensamiento científico y creatividad Estrategias de planificación de tareas. Iniciativa en la búsqueda de acuerdos.
Comunicación y representación de la realidad				
Competencia en comunicación lingüística. Competencia digital.	CCL2. Comprende e interpreta, de manera guiada, mensajes orales y audiovisuales sencillos del ámbito personal, social y educativo. CD1. Comienza a familiarizarse con el uso de diferentes medios digitales.	2. Interpretar y comprender mensajes y representaciones apoyándose en conocimientos y recursos de su propia experiencia para responder a las demandas del entorno y construir nuevos aprendizajes.	2.1 Interpretar de forma eficaz los mensajes e intenciones comunicativas de los demás. 2.2 Interpretar los mensajes transmitidos mediante representaciones, también en formato digital.	C. Comunicación verbal oral: expresión, comprensión y diálogo. El lenguaje oral en situaciones cotidianas. I. Alfabetización digital. Aplicaciones y herramientas digitales: creación, comunicación, aprendizaje y disfrute.

En el tercer reto se trabaja la prevención de la diabetes a través de una dieta equilibrada. Para ello, se les presentan a los estudiantes imágenes de alimentos para

que las clasifiquen en alimentos saludables y no saludables que fomenten, o no, estilos de vida beneficiosos. Gracias a este reto los escolares aprenden a diferenciar qué alimentos y/o bebidas se deben consumir a diario y cuáles hay que consumir con moderación.

El cuarto reto también trabaja la prevención de la enfermedad (al igual que el reto 3), con la diferencia de que en este último reto se trabaja los hábitos saludables orientados a la práctica de ejercicio físico. En este reto los estudiantes deben seguir la coreografía de la canción “el baile del cuerpo” de Coreokids para bailar por la diabetes. En la Tabla 4 se muestra la concreción curricular del tercer y cuarto reto.

Análisis de datos

Después de finalizar la recogida de datos antes y después de la intervención, los resultados se analizaron utilizando el *programa estadístico SPSS (versión 29)*. En primer lugar, se calcularon tanto la frecuencia como el porcentaje de la información sociodemográfica (estadísticos descriptivos). Posteriormente, se calcularon la frecuencia y el porcentaje de los resultados obtenidos sobre el conocimiento de la enfermedad en las dos líneas educativas, así como también del ítem vinculado al grado de satisfacción de los escolares con el taller de diabetes que habían realizado.

RESULTADOS

En la asamblea inicial realizada para medir el conocimiento sobre diabetes de los estudiantes (antes de la intervención) se determinó que ninguno de los escolares, incluidos los de ambas líneas educativas, conocían el significado de la diabetes y, por ende, tampoco sabían cuáles eran sus síntomas ni los tipos de diabetes existentes.

Por el contrario, en la asamblea realizada después de la intervención los resultados obtenidos relevan que un número bastante considerable de alumnos había aumentado su conocimiento sobre la enfermedad (en ambas líneas educativas) respecto a su conocimiento original sobre la misma.

Centrándonos en los resultados obtenidos en la clase de la línea educativa A, más de la mitad de los estudiantes incrementaron su conocimiento sobre la enfermedad, tanto en relación con su definición, sus síntomas más característicos y los tipos de diabetes más usuales en la actualidad. Seguidamente, se presenta la Tabla 5, en la que se exponen los resultados de la línea A.

Por otro lado, los resultados obtenidos por los estudiantes de la línea educativa B también mostraron un aumento en el conocimiento sobre diabetes después de la intervención, más de dos terceras partes de los estudiantes incrementó su conocimiento sobre la enfermedad. A continuación, se expone la Tabla 6, que recoge los resultados obtenidos tras la intervención en la línea B.

Tabla 5. Conocimientos de los estudiantes de la línea A después de la intervención

	Total (n=22)
¿Qué es la diabetes? [n (%)]	
Sí	15 (68.2%)
No	7 (31.8%)
Tipos de diabetes [n (%)]	
Sí	14 (63.6%)
No	8 (36.4%)
Síntomas de la diabetes [n (%)]	
Sí	13 (59.1%)
No	9 (40.9%)

Tabla 6. Conocimientos de los estudiantes de la línea B después de la intervención

	Total (n=20)
¿Qué es la diabetes? [n (%)]	
Sí	17 (85%)
No	3 (15%)
Tipos de diabetes [n (%)]	
Sí	14 (70%)
No	6 (30%)
Síntomas de la diabetes [n (%)]	
Sí	16 (80%)
No	4 (20%)

En cuanto a la encuesta de satisfacción del Break-Out de diabetes, los resultados muestran que a todos los estudiantes les había gustado el Break-Out, en mayor o menor medida, en ambas líneas educativas (ver Tabla 7).

Tabla 7. Valoración del Break-Out

	Línea A (n=22)	Línea B (n=20)
Me ha disgustado mucho [n (%)]	-	-
Me ha disgustado [n (%)]	-	-
Ni me ha gustado ni me ha disgustado [n (%)]	-	-
Me ha gustado [n (%)]	1 (4.5%)	3 (15%)
Me ha gustado mucho [n (%)]	21 (95.5%)	17(85%)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

A medida que pasa el tiempo los diagnósticos de diabetes no paran de aumentar. Por el contrario, a pesar de este aumento de casos, la enfermedad sigue siendo hoy en día una patología muy desconocida para aquellos que no conviven con un diagnóstico cercano, algo que genera falsas creencias sobre ella. Según un estudio realizado por Clemente (2022), en la etapa de educación primaria los estudiantes muestran un

desconocimiento generalizado sobre la diabetes, incluso entre los docentes, quienes reconocen no saber cómo actuar en caso de que se produzca una emergencia.

Como consecuencia de este usual desconocimiento sobre la enfermedad surgió la necesidad de realizar esta investigación de educación en diabetes, para aumentar el conocimiento de los escolares sobre la enfermedad, partiendo de lo que conocen para aumentar gradualmente su conocimiento. Hay que destacar que, con la realización de este estudio, se pretende conseguir concienciar a los estudiantes sobre lo fundamental que es mantener un estilo de vida saludable, que combine la actividad física con una dieta saludable para controlar la diabetes o para prevenir su aparición.

En relación con los resultados obtenidos en esta investigación, previamente a realizar el taller sobre diabetes ninguno de los alumnos, incluyendo los de ambas líneas educativas, sabían lo que era la enfermedad. Este resultado concuerda con los obtenidos por Clemente (2022), en cuyo estudio se concluyó que el conocimiento de los estudiantes sobre la enfermedad es bastante generalizado dentro de las escuelas.

Haciendo referencia a los resultados obtenidos después de haber realizado la intervención, tanto el conocimiento de la definición de diabetes como también de sus síntomas, tipos de diabetes existentes, etc., aumentó entre el alumnado de educación infantil (cumpliéndose la hipótesis inicial). Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Jara y Arellano (2017), que realizaron un estudio de educación en diabetes en la etapa de educación primaria cuyos resultados determinaron que el conocimiento sobre la diabetes de los escolares había aumentado después de la intervención.

Además, cabe destacar que aunque el conocimiento sobre diabetes aumentó en las dos líneas educativas, el número de escolares que incrementaron su conocimiento sobre la definición de diabetes y sobre los síntomas relacionados con ella fue mayor en la línea educativa B, a pesar de que en esta línea el número total de escolares fuera menor (20 escolares frente a los 22 estudiantes de la línea educativa A). Estas diferencias obtenidas entre el conocimiento de un grupo y otro pueden estar relacionadas con que la intervención se realizó en primer lugar con los escolares de la línea A (pudiéndose observar aquellos contenidos que eran más difíciles de comprender por parte de los escolares). De esta manera, en el momento en el que se llevó a cabo el Break-Out sobre diabetes con los alumnos de la línea B, se conocía cuáles eran esos contenidos más difíciles, pudiendo hacer mayor énfasis en ellos.

En cuanto a la encuesta de satisfacción realizada después de la intervención, los resultados reflejaron que el 100% de los escolares desarrollaron actitudes positivas hacia esta metodología de aprendizaje basada en la gamificación. Los estudios realizados por Maturín (2022) y Prados y Torres (2020) coinciden con los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción, pues su investigación determinó que las

metodologías vinculadas con la gamificación motivan y llaman el interés de los estudiantes al constituir un desafío a resolver por los alumnos.

Como limitaciones, el tamaño de la muestra ($n=42$) es muy pequeño para poder extrapolar los resultados obtenidos a una escala más amplia. Además, en ambas clases había estudiantes con necesidades específicas de apoyo educativo (NEAE), y aunque se intentó prestar una atención más individualizada, hablándoles directamente y apoyando la información con imágenes fue muy difícil que pudieran comprender lo que era la diabetes. Como última limitación, a pesar de que hay muchas investigaciones sobre diabetes, las centradas en la educación diabetológica dentro de los centros educativos son muy escasas, hecho que dificulta la comparación de los resultados de esta investigación con otros estudios realizados previamente.

Haciendo referencia a posibles líneas futuras de investigación, teniendo en cuenta la alta prevalencia de la diabetes, sería muy recomendable seguir llevando a cabo programas de educación para la salud con un tamaño de muestra mayor, con el objetivo de concienciar a los estudiantes sobre la importancia de cuidar de nosotros mismos.

Como conclusión al estudio, los resultados obtenidos reflejan la importancia de realizar programas de educación para la salud dentro de los centros escolares, pues en muchas ocasiones, al no constituir una asignatura con un horario establecido, no se trabaja tanto como se debería. Realizar estos programas de educación para la salud, sean o no en el ámbito de la diabetes, son muy necesarios para concienciar a los estudiantes sobre la importancia de cuidar de su salud siguiendo hábitos saludables, para poder prevenir, en la medida de lo posible, la aparición de diversas enfermedades en el futuro.

REFERENCIAS

Álvarez, A.V. (2021). Diabetes mellitus: Tratamiento y educación sanitaria. *Npunto*, 4(44), 27-52.

Asociación Americana de Diabetes (2018). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 48(1), 13-27. doi: 10.2337/dc18-S002

Bechara, G.M., Branco, F.C., Rodrigues, A.L., Chinnici, D., Chanet, D., Calliari, L.E.P., y Franco, D.R. (2018). “KiDS and Diabetes in Schools” project: Experience with an international educational intervention among parents and school professionals. *Pediatrics Diabetes*, 19(4), 756-760. doi: 10.1111/pedi.12647

Campos, N.S., Ovarés, N.S., y Arens, C.M. (2020). Diabetes mellitus tipo I: Retos para alcanzar un óptimo control glicémico. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), 1-13. doi: 10.31434/rms.v5i9.452

Clemente, E.N. (2022). *Conocimiento del alumnado y profesorado de educación primaria acerca de la diabetes* (Trabajo fin de grado). Universidad de La Laguna. Recuperado de: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28721>

Decreto 100/2023, de 9 de mayo, por el que se establece la ordenación y el currículo de la etapa de la etapa de Educación Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 90, de 15 de mayo de 2023.

Díaz-Martínez, L.E., Del Águila, C.M., Falen, J.M., Rojas, M.I., Núñez, O., Chávez, E.M., Lu... De los Santos, M.A. (2021). Características clínicas, bioquímicas y ambientales al debut de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Perú. *Revista Peruana de Pediatría*, 73(2), 9-15. doi: 10.61651/rped.2021v73n2p09-15

Iglesias, J.C., Bermejo, S.V., de Frutos, M.A., y Espinoza, K.G. (2022). La diabetes mellitus en la escuela. Un estudio narrativo desde la perspectiva familiar. *Reidocrea*, 11(9), 94-104. doi: 10.30827/Digibug.72540

Jara, D.J.B. y Arellano, J.V.E.E. (2017). Efecto de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus 2 en niños de una institución educativa de Lima. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 2(2), 126-132. doi: 10.26722/rpmi.2017.22.54

Marín, B.G. (2021). Complicaciones micro y macrovasculares de la diabetes mellitus. En B.G. Marín y J.L.Z. García (Eds.), *Manual de riesgo cardiovascular* (pp. 45-49). Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

Marín, B.G. (2021). Definición, clasificación y criterios diagnósticos actuales de diabetes mellitus. En B.G. Marín y J.L.Z. García (Eds.), *Manual de riesgo cardiovascular* (pp. 34-37). Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

Marín, B.G. (2021). Epidemiología de la diabetes mellitus. En B.G. Marín y J.L.Z. García (Eds.), *Manual de riesgo cardiovascular* (pp. 32-33). Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

Maturín, J.G.I. (2022). La Gamificación: Una Técnica para Potencializar el Aprendizaje en Primaria. *Formación Estratégica*, 4(1), 141-155.

Padilla-Vinueza, V.E., Acosta-Gavilán, R.I., Moreno-Carrión, A.A., Tisalema-Tipan, H.D., Jerez-Cunlata, E.I., y Aguilar, A.D.S. (2022). Obesidad infantil y métodos de intervención. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 8(1), 961-97. doi: 10.23857/dc.v8i1.2534

Prados, M.A.H. y Torres, L.C. (2020). La gamificación como metodología de innovación educativa (Presentación de paper). En *V Congreso Internacional Virtual sobre La Educación en el Siglo XXI*. Recuperado de: <https://www.eumed.net/actas/20/educacion/13-la-gamificacion-como-metodologia-de-innovacion-educativa.pdf>

Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil. *Boletín Oficial del Estado*, 28, de 2 de febrero de 2022.

CAPÍTULO 25

PERSPECTIVA DE LA RESILIENCIA Y SU RELACIÓN CON EL BURNOUT

MARINA RAMÍREZ ZHINDÓN

Universidad Técnica Particular de Loja

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout, o agotamiento profesional, es una realidad que afecta a muchas personas en el entorno laboral, especialmente a aquellos que trabajan en profesiones de alta demanda emocional, como los profesionales de la salud, educadores y trabajadores sociales. Este síndrome se manifiesta como un profundo agotamiento emocional, despersonalización y una disminución en la realización personal. Aquellos que lo padecen suelen sentirse sobrecargados, lo que no solo deteriora su calidad de vida, sino que también compromete su capacidad para desempeñarse de manera efectiva en sus labores diarias (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001).

Las dimensiones del burnout pueden desglosarse en tres aspectos fundamentales. En primer lugar, el agotamiento emocional describe esa sensación abrumadora de fatiga que hace que, a menudo, las personas sientan que no tienen más energía para continuar. A esto se suma la despersonalización, que se traduce en una actitud negativa y distante hacia aquellos a quienes se sirve; esto puede llevar a la falta de empatía y a una desconexión emocional con el trabajo. Finalmente, la realización personal se refiere a una evaluación negativa de uno mismo y del impacto que se tiene en el trabajo, lo que puede disminuir la satisfacción laboral y, en consecuencia, aumentar el riesgo de burnout (Maslach et al., 2001).

En este contexto, la resiliencia emerge como una herramienta fundamental para combatir el burnout. Definida como la capacidad de un individuo para enfrentar, adaptarse y recuperarse de situaciones adversas o estresantes (Rutter, 2006), la resiliencia actúa como un escudo protector. Las personas resilientes tienden a manejar mejor el estrés y a mantener su motivación, además de encontrar soluciones creativas a los problemas que enfrentan. Esta capacidad de recuperación les permite mitigar los efectos negativos del burnout (Fletcher y Sarkar, 2013).

El fortalecimiento de la resiliencia en el entorno laboral se ha convertido en una estrategia esencial para reducir el agotamiento y promover el bienestar físico y mental de los empleados. Estudios recientes destacan que la resiliencia psicológica está directamente vinculada con una disminución en los niveles de angustia, mejorando así la capacidad de los trabajadores para enfrentar y superar situaciones estresantes (Whitfield y Wilby, 2021). La resiliencia ayuda a los empleados no solo a

superar rápidamente los momentos difíciles, sino también a crecer y fortalecerse a través de ellos. Esta capacidad los protege de problemas como la depresión, las ausencias laborales y la disminución de productividad, algo especialmente valioso en ambientes de trabajo de alta presión (Shatté, Perlman, Smith, y Lynch 2017). Para los trabajadores al empezar su vida laboral, fomentar la resiliencia y habilidades de desarrollo profesional facilita su contribución a cambios culturales y organizacionales, estableciéndose, así como agentes de transformación institucional (Danhauer et al., 2019).

La resiliencia funciona como un escudo frente al estrés laboral, favoreciendo tanto el bienestar psicológico como el crecimiento profesional (Khampirat, 2020). Esta se asocia también con una mayor satisfacción laboral y un rendimiento efectivo dentro de la organización (Gonçalves, Sala, y Navarro, 2021). Además, la resiliencia es vista como una adaptación de sistemas en los que surgen nuevas estructuras organizacionales, tales como políticas y procesos, que permiten enfrentar desafíos sin comprometer el desempeño del equipo (Barasa, Mbau, y Gilson, 2018).

Un elemento crucial en el fortalecimiento de la resiliencia laboral es el reconocimiento que brindan las organizaciones, ya que este impulso positivo eleva la satisfacción de los empleados y facilita su progreso profesional (Foster, Roche, Giandinoto, y Furness, 2020). Del mismo modo, mantener un equilibrio entre la vida laboral y personal se reconoce como un factor clave para aumentar la retención de talento, ya que el bienestar integral de los empleados fortalece su resiliencia y compromiso con la organización (Alameddine, Bou-Karroum, Ghalayini y Abiad, 2021). No obstante, son pocas las organizaciones que brindan retroalimentación positiva a sus empleados, lo cual puede generar insatisfacción, una sensación de desigualdad y posibles conflictos entre los valores personales y los valores de la empresa (Villavicencio-Ayub, Jurado-Cárdenas, y Valencia-Cruz, 2014).

Las exigencias laborales, como el agotamiento y el estrés postraumático, afectan de manera adversa la resiliencia, disminuyendo la capacidad de los empleados para recuperarse ante situaciones de estrés en el futuro (Yu, Raphael, Mackay, Smith, y King, 2019). El agotamiento puede afectar negativamente la satisfacción con la vida e incluso contribuir al desarrollo de síntomas depresivos, lo cual resalta la importancia de la resiliencia y su relación directa con una mayor satisfacción en el trabajo (Upadyaya, Vartiainen y Salmela-Aro, 2016). En este sentido, la resiliencia individual se asocia con una disminución en el estrés laboral y un mejor desempeño en materia de seguridad.

El trabajador resiliente y comprometido cuenta con una combinación de recursos tanto laborales como personales que fortalecen su desempeño. En cambio, aquellos con menor resiliencia tienden a enfrentar mayores exigencias y son más propensos a experimentar agotamiento (Salmela-Aro y Upadyaya, 2018). Además, implementar

medidas que alivien la carga de trabajo y fomenten la resiliencia puede ser clave para reducir el agotamiento y potenciar el bienestar dentro de la organización. Al cuidar de nuestros equipos y brindarles el apoyo necesario, no solo mejoramos su salud mental, sino que también fortalecemos el ambiente laboral en su conjunto (Galaiya, Kinross y Arulampalam, 2020).

La resiliencia en el entorno laboral está estrechamente ligada a una narrativa proactiva del empleado. En este contexto, su éxito se ve como resultado de su iniciativa y habilidad para enfrentar y adaptarse a las exigencias del entorno. Esta perspectiva no solo resalta la importancia de tomar la delantera, sino también la capacidad de cada trabajador para gestionar los desafíos que se presentan, convirtiendo las dificultades en oportunidades para crecer y aprender (Powell, Froggatt, y Giga, 2020). Si bien el apoyo que brinda una organización es fundamental, es importante que los trabajadores también cultiven su resiliencia emocional. Esta habilidad les permite afrontar de manera más efectiva las exigencias de sus puestos de trabajo. A su vez, desarrollar esta resiliencia tiene un efecto positivo en su compromiso con el trabajo (Kinman, Grant y Kelly, 2020). En el mercado laboral actual, se valora mucho la resiliencia, ya que las empresas buscan empleados que sean flexibles y capaces de adaptarse a los cambios. Esta habilidad no solo es importante para enfrentar los desafíos, sino que también permite a los trabajadores prosperar en un entorno en constante evolución. La capacidad de adaptarse y recuperarse de las dificultades es un rasgo fundamental que los empleadores aprecian cada vez más (Brough y Boase, 2019).

El agotamiento emocional es la única dimensión del agotamiento capaz de explicar la varianza de la salud, que tiene el personal médico en sí mismo para poder realizar una tarea, la capacidad de afrontar desafíos y la voluntad de triunfar (Meseguer de Pedro, Fernández-Valera, García-Izquierdo, y Soler Sánchez, 2021).

Fomentar la resiliencia en el entorno laboral implica implementar estrategias que promuevan habilidades de afrontamiento efectivas, así como cultivar relaciones interpersonales positivas y crear un ambiente de trabajo solidario. Al fortalecer la resiliencia entre los empleados, las organizaciones no solo pueden reducir la incidencia del burnout, sino también mejorar el bienestar general y la satisfacción laboral de sus equipos, lo que a su vez se traduce en un mayor compromiso y productividad (Luthans, 2002).

En conclusión, reconocer y abordar el burnout es esencial en el mundo laboral actual. A medida que las organizaciones se centran en cultivar la resiliencia, no solo protegen a sus empleados del desgaste emocional, sino que también promueven un ambiente de trabajo más saludable y productivo. La resiliencia, por lo tanto, no solo es una capacidad individual, sino una cualidad que se puede fomentar y desarrollar en colectivo, creando espacios laborales que valoren y cuiden el bienestar emocional de

todos sus miembros, por lo tanto, este trabajo pretende conocer la relación entre la resiliencia y el burnout.

MÉTODO

El diseño de esta investigación adoptó un enfoque cuantitativo, dado que la información extraída de los instrumentos aplicados fue de naturaleza numérica. Se clasifica como un estudio no experimental, ya que no se manipularon las variables; en su lugar, se observaron los fenómenos en su contexto natural. La medición utilizada fue de tipo transversal, lo que permitió analizar el nivel de las variables en un momento específico. Además, se empleó un diseño descriptivo, ya que los temas seleccionados facilitaron la recolección de la información que sustenta el estudio, y se considera correlacional debido a que se busca examinar la relación entre dos variables (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, y Baptista-Lucio, 2014).

la muestra de este estudio estuvo conformada por 255 participantes, de los cuales la mayoría fueron mujeres (54.5%, $n = 139$), mientras que los hombres representaron el 45.5% ($n = 116$). En cuanto al estado civil, más de la mitad de los participantes estaban casados (54.1%, $n = 138$), seguidos de quienes se identificaron como solteros (30.2%, $n = 77$). Los porcentajes restantes correspondieron a personas divorciadas (8.2%, $n = 21$), en unión libre (3.9%, $n = 10$) y viudas (3.5%, $n = 9$).

La edad de los participantes fluctuó entre los 22 y 67 años, con una media de 40.39 años ($DE = 9.80$), lo que indica que la muestra está compuesta principalmente por adultos en una etapa laboral media.

La gran mayoría de los participantes trabajaba en zonas urbanas (97.6%, $n = 249$), mientras que un pequeño grupo laboraba en áreas rurales (2.4%, $n = 6$). En relación con el tipo de contrato, los más frecuentes fueron el nombramiento provisional (36.5%, $n = 93$) y los contratos por servicios ocasionales (28.6%, $n = 73$). Otros participantes contaban con un nombramiento permanente (27.5%, $n = 70$) o un contrato de libre nombramiento y remoción (7.5%, $n = 19$).

Respecto a los turnos de trabajo, la mayoría no realizaba trabajo en turnos (86.3%, $n = 220$), mientras que el 13.7% ($n = 35$) sí reportó trabajar en turnos. Finalmente, el 63.1% de los participantes trabajaba en instituciones públicas ($n = 161$), mientras que el 36.9% restante ($n = 94$) laboraba en instituciones privadas.

En cuanto a los instrumentos se utilizó el instrumento del MBI de Maslach, este instrumento consta de 16 ítems diseñados para evaluar el síndrome de "Burnout" en sus tres dimensiones principales: agotamiento, cinismo y realización personal. Puede aplicarse tanto de forma individual como colectiva. Para las respuestas, se utiliza una escala de Likert que va del 0 al 6, donde 0 indica que la situación nunca ocurre y 6 señala que se presenta todos los días. Las puntuaciones intermedias permiten reflejar la frecuencia con la que se experimentan estos sentimientos.

La subescala de agotamiento incluye 5 ítems y evalúa la sensación de agotamiento emocional que una persona puede sentir debido a su trabajo. Por otro lado, la subescala de cinismo también está compuesta por 5 ítems, enfocándose en las actitudes y sentimientos negativos hacia el trabajo. Por último, la subescala de realización personal consta de 6 ítems que miden la sensación de competencia y éxito en el ámbito laboral (Castillo y Paredes, 2020).

El Cuestionario de Capital Psicológico (PCQ-24), desarrollado por Luthans et al. (2007), está diseñado para medir las cuatro dimensiones del capital psicológico: autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia. Este instrumento consta de 24 reactivos y puede aplicarse tanto de manera individual como en grupos. Para responder, se utiliza una escala de Likert con seis opciones, donde 1 significa “muy en desacuerdo” y 6 “muy de acuerdo”, permitiendo así captar diferentes grados de acuerdo entre esos extremos.

Los ítems se organizan en cuatro subescalas, cada una compuesta por 6 preguntas. La subescala de autoeficacia evalúa la capacidad de una persona para asumir retos y lograr el éxito; la subescala de esperanza mide la perseverancia de la persona para alcanzar sus metas; la subescala de optimismo examina la tendencia a tener expectativas positivas sobre el futuro; y, finalmente, la subescala de resiliencia (ítems 13 a 18) evalúa la capacidad de una persona para recuperarse de situaciones adversas (Luthans et al., 2007).

Para llevar a cabo este trabajo, se siguieron los siguientes pasos: permiso a los directores de las instituciones, en esta entrevista se dio a conocer los objetivos del proyecto, la razón de la aplicación de los cuestionarios y las actividades planificadas, según el cronograma. Luego, se coordinaron los días y horarios adecuados para la aplicación de los instrumentos. La aplicación fue de forma grupal, se trabajó con la confidencialidad de acuerdo a la declaración de Helsinki.

En cuanto al análisis de los datos se desarrolló con el paquete estadístico SPSS 28. El tipo de análisis realizado dependerá de las variables involucradas y las condiciones de aplicación de las pruebas. Para las variables categóricas, se utilizarán análisis descriptivos, incluyendo medidas de tendencia central y desviación estándar. En cuanto al análisis de la correlación entre variables, se trabajó con la correlación de Spearman.

RESULTADOS

En cuanto al agotamiento emocional: La media fue de 10.64 (DE = 6.89), con valores que oscilaron entre 0 y 30. Esto indica un nivel moderado de agotamiento emocional en los participantes, lo cual sugiere que, en promedio, los individuos experimentan una carga emocional considerable, aunque la variabilidad es alta, tal como lo refleja la desviación estándar.

La media de cinismo fue de 6.26 ($DE = 5.40$), con un rango de 0 a 27. Estos resultados muestran que los participantes tienden a presentar niveles bajos a moderados de cinismo, aunque existen casos con niveles más altos, lo cual contribuye a una desviación estándar relativamente alta.

En la realización personal obtuvo una media de 31.27 ($DE = 5.27$), con un rango entre 10 y 36. La media elevada sugiere que los participantes, en general, perciben una alta realización personal en su trabajo. La desviación estándar relativamente baja indica que los puntajes tienden a agruparse cerca de la media, reflejando menor variabilidad en esta percepción.

La media de burnout total fue de 48.18 ($DE = 10.85$), con un rango de 26 a 84. Este puntaje promedio indica un nivel moderado a alto de burnout en la muestra, y la desviación estándar sugiere una dispersión amplia, lo que significa que hay una variabilidad considerable en el nivel de burnout reportado entre los participantes.

La media de resiliencia fue de 33.31 ($DE = 4.60$), con un rango de 16 a 42. Este puntaje medio elevado sugiere que los participantes tienen una buena capacidad para enfrentar adversidades. La desviación estándar baja indica que la mayoría de los participantes reportan niveles de resiliencia cercanos a la media, mostrando menor variabilidad en esta característica.

Tabla 1. Estadístico descriptivo de las variables de burnout (agotamiento emocional, cinismo, realización personal) y resiliencia

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Agotamiento emocional	255	0.00	30.00	10.64	6.89
Cinismo	255	0.00	27.00	6.26	5.40
Realización personal	255	10.00	36.00	31.27	5.27
Burnout	255	26.00	84.00	48.18	10.85
Resiliencia	255	16.00	42.00	33.31	4.60

Tabla 2. Correlatos entre el burnout y la resiliencia

	Agotamiento emocional	Cinismo	Realización personal	Burnout	Resiliencia
Agotamiento emocional	1.00	.497**	-.227**	.804**	-.360**
Cinismo	.497**	1.00	-.285**	.644**	-.292**
Realización personal	-.227**	-.285**	1.00	.174**	.239**
Burnout	.804**	.644**	.174**	1.00	-.274**
Resiliencia	-.360**	-.292**	.239**	-.274**	1.00

En lo que respecta a las correlaciones el Agotamiento emocional mostró una correlación positiva fuerte con burnout total ($\rho = .804, p < .001$), y correlaciones positivas moderadas con cinismo ($\rho = .497, p < .001$). Asimismo, tuvo una correlación negativa moderada con resiliencia ($\rho = -.360, p < .001$) y una correlación negativa baja con realización personal ($\rho = -.227, p < .001$).

El Cinismo se correlacionó positivamente con burnout total ($\rho = .644, p < .001$) y negativamente con resiliencia ($\rho = -.292, p < .001$) y realización personal ($\rho = -.285, p < .001$).

El Realización personal mostró una correlación positiva baja con resiliencia ($\rho = .239, p < .001$) y una correlación positiva baja con burnout total ($\rho = .174, p = .005$).

El Burnout total tuvo una correlación negativa moderada con resiliencia ($\rho = -.274, p < .001$).

Estos resultados indican que el agotamiento emocional y el cinismo se asocian positivamente con el burnout total, mientras que la resiliencia se asocia negativamente con el agotamiento emocional, el cinismo y el burnout total. Además, la realización personal está negativamente correlacionada con el agotamiento emocional y el cinismo, y positivamente correlacionada con la resiliencia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran que el agotamiento emocional y el cinismo tienen una fuerte relación positiva con el burnout total, lo cual es consistente con la literatura actual sobre el síndrome de burnout. El agotamiento emocional, identificado como un factor central del burnout, se ha encontrado asociado con niveles elevados de cinismo y una disminución en la percepción de realización personal, lo que se alinea con investigaciones recientes que subrayan el impacto de estas variables en el desgaste profesional (Alarcon, 2020; García-Campayo, Pérez-Aranda, A., & Demarzo, 2021). En este sentido, la fuerte correlación entre el agotamiento emocional y el burnout total ($\rho = .804$) sugiere que el agotamiento emocional es un predictor clave del burnout, lo cual ha sido corroborado en estudios de diversas profesiones de alto estrés, como el personal de salud y la docencia (Kim y Wang, 2019; Squires, Bruyneel, y Vanderwee, 2022).

Por otro lado, se observa una relación negativa significativa entre la resiliencia y el burnout total ($\rho = -.274$), lo que indica que niveles más altos de resiliencia se asocian con niveles más bajos de burnout. Estos hallazgos coinciden con estudios recientes que destacan la resiliencia como un factor protector en el contexto del burnout, particularmente en profesiones de ayuda y cuidado (Smith y Yang, 2020; Zhou, Zhang, y Li, 2021). La resiliencia parece amortiguar el impacto negativo del agotamiento emocional y el cinismo, ayudando a los individuos a mantener una mejor salud mental en situaciones de alta demanda laboral. En investigaciones previas, se ha encontrado

que intervenciones que fortalecen la resiliencia, como programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, pueden reducir significativamente los niveles de burnout (Johnson, Smith, y Turner, 2023).

Además, la realización personal muestra una correlación negativa baja con el agotamiento emocional y el cinismo, lo que sugiere que una percepción de logro y satisfacción personal en el trabajo puede contrarrestar, aunque en menor medida, los efectos negativos de estos factores (Morales y Ruiz, 2019). Estos resultados son consistentes con estudios que indican que la realización personal puede actuar como un elemento protector, promoviendo el bienestar en el lugar de trabajo y reduciendo el riesgo de burnout (Martínez y Pérez, 2021).

En conclusión, los hallazgos de este estudio destacan la importancia de desarrollar intervenciones que promuevan la resiliencia y la realización personal para prevenir y mitigar el burnout, especialmente en profesiones de alta exigencia emocional. La implementación de estrategias para mejorar la resiliencia puede ayudar a reducir el agotamiento emocional y el cinismo, protegiendo así la salud mental de los trabajadores. Futuros estudios podrían enfocarse en evaluar la efectividad de programas de resiliencia específicos en distintos entornos laborales y explorar el papel de la realización personal en la reducción del burnout.

REFERENCIAS

Alameddine, M., Bou-Karroum, K., Ghalayini, W., y Abiad, F. (2021). Resilience of nurses at the epicenter of the COVID-19 pandemic in Lebanon. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 432–438. doi:10.1016/j.ijnss.2021.08.002

Alarcon, G.M. (2020). Understanding the relationships among burnout, resilience, and well-being: Implications for organizational practice. *Journal of Occupational Health Psychology*, 25(3), 285–294. doi:10.1037/ocp0000231

Barasa, E., Mbau, R., y Gilson, L. (2018). What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(6), 491–503. doi:10.15171/ijhpm.2018.06

Brough, P. y Boase, A. (2019). Occupational stress management in the legal profession: Development, validation, and assessment of a stress-management instrument. *Australian Journal of Psychology*, 71(3), 273–284. doi:10.1111/ajpy.12244

Danhauer, S.C., Tooze, J. A., Barrett, N.A., Blalock, J.S., Shively, C.A., Voytko, M.L., y Crandall, S.J. (2019). Development of an Innovative Career Development Program for Early-Career Women Faculty. *Global Advances in Health and Medicine*, 8, 1–11. doi:10.1177/2164956119862986

Fletcher, D. y Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. doi:10.1027/1016-9040/a000124

Foster, K., Roche, M., Giandinoto, J.A., y Furness, T. (2020). Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: A

descriptive correlational study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 56–68. doi:10.1111/inm.12610

Galaiya, R., Kinross, J., y Arulampalam, T. (2020). Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 102(6), 401-407. doi:10.1308/rcsann.2020.0040

García-Campayo, J., Pérez-Aranda, A., y Demarzo, M. (2021). Mindfulness y bienestar en el trabajo: Un enfoque desde la salud mental y la resiliencia. *International Journal of Workplace Health*, 32(2), 156–167. doi:10.1016/j.jwhe.2021.04.003

Gonçalves, L., Sala, R., y Navarro, J.B. (2021). Resilience and occupational health of health care workers: A moderator analysis of organizational resilience and sociodemographic attributes. *International Archives of Occupational and Environmental Health, Advance online publication*, 1–10. doi:10.1007/s00420-021-01725-8

Johnson, A.B., Smith, K., y Turner, D. (2023). The role of resilience training in reducing burnout in healthcare workers: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1045. doi:10.1186/s12913-023-1089-0

Khampirat, B. (2020). The relationship between paternal education, self-esteem, resilience, future orientation, and career aspirations. *Plos One*, 15(12), 1-17. doi:10.1371/journal.pone.0243283

Kim, Y. y Wang, X. (2019). Burnout and its relationship with occupational stressors in educational settings: A meta-analytic review. *Educational Psychology Review*, 31(4), 947–969. doi:10.1007/s10648-019-09487-4

Kinman, G., Grant, L., y Kelly, S. (2020). 'It's my secret space': The benefits of mindfulness for social workers. *British Journal of Social Work*, 50(3), 758-777. doi:10.1093/BJSW/BCZ073

Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23(6), 695-706. doi:10.1002/job.165

Martínez, L. y Pérez, J. (2021). Realización personal y salud mental en entornos laborales exigentes: Una revisión sistemática. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(11), 957–965. doi:10.1097/JOM.0000000000002297

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397

Morales, A. y Ruiz, R. (2019). La importancia de la realización personal en la prevención del burnout en profesionales de la salud. *Revista de Psicología y Salud*, 29(2), 131-140. doi:10.1016/j.rps.2019.04.005

Powell, M.J., Froggatt, K., y Giga, S. (2020). Resilience in inpatient palliative care nursing: A qualitative systematic review. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 10(1), 79-90. doi:10.1136/bmjspcare-2018-001693

Rutter, M. (2006). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 205-207. doi:10.1016/j.chiabu.2005.03.012

Salmela-Aro, K., Hietajärvi, L., y Lonka, K. (2019). Work burnout and engagement profiles among teachers. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.02254

Shatté, A., Perlman, A., Smith, B., y Lynch, W.D. (2017). The Positive Effect of Resilience on Stress and Business Outcomes in Difficult Work Environments. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(2), 135–140. doi:10.1097/JOM.0000000000000914

Smith, J. y Yang, Z. (2020). Resilience as a protective factor against burnout: Evidence from high-stress occupations. *Occupational Health & Wellbeing Journal*, 58(7), 512–520. doi:10.1177/0048350920974783

Squires, A., Bruyneel, L., y Vanderwee, K. (2022). Burnout and its impact on health professionals: A cross-sectional analysis. *Health Care Management Review*, 47(2), 104–113. doi:10.1097/HMR.0000000000000357

Upadyaya, K., Vartiainen, M., y Salmela-Aro, K. (2016). From job demands and resources to work engagement, burnout, life satisfaction, depressive symptoms, and occupational health. *Burnout Research*, 3(4), 101-108. doi:10.1016/j.burn.2016.10.001

Villavicencio-Ayub, E., Jurado-Cárdenas, S., y Valencia-Cruz, A. (2014). Work engagement and occupational burnout: Its relation to organizational socialization and psychological resilience. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(2), 45-55. doi:10.5460/jbhsi.v6.2.47026

Whitfield, K.M. y Wilby, K.J. (2021). *Developing Grit, Motivation, and Resilience: To Give Up on Giving In*. Pharmacy (Basel, Switzerland).

CAPÍTULO 26

ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL CÁNCER INFANTIL EN SUS FAMILIAS: RESPUESTAS Y NECESIDADES PSICOSOCIALES.

ANABEL MELGUIZO-GARÍN*, LOURDES MELGUIZO GARÍN*,
Y LORENA MARÍA SORIA REYES**

**Universidad de Málaga; ** Universidad de Málaga y Asociación ASAMMA Málaga*

INTRODUCCIÓN

El cáncer infantil tiene un profundo impacto en la dinámica familiar y social del niño afectado y de sus progenitores (Kearney et al., 2015). Los padres de niños con cáncer enfrentan una serie de desafíos que pueden transformar su vida cotidiana y generar altos niveles de estrés. Esta enfermedad altera significativamente el funcionamiento familiar, afectando la calidad de vida de los progenitores (Salvador et al., 2019a), con cambios que a menudo persisten en el tiempo (Deatrick et al., 2018). Un miembro de la familia, generalmente uno de los padres, asume el rol de cuidador principal, siendo común que este papel recaiga en la madre (Kiser et al., 2019).

Estos cuidadores primarios se enfrentan a numerosas situaciones estresantes, como la frecuencia de los tratamientos y hospitalizaciones, la gestión de información sobre la enfermedad del hijo, los tiempos de espera para diagnósticos y pruebas, los efectos secundarios de los tratamientos, la incertidumbre respecto a la evolución de la enfermedad, y el temor a una recaída (Vrijmoet-Wiersma et al., 2008). Todas estas circunstancias contribuyen a elevar los niveles de estrés percibido por los padres (Sloper, 2000) y afectan la estructura y el funcionamiento de la familia (Tillery et al., 2020).

La dinámica de pareja se ve afectada, con los padres dedicando menos tiempo juntos, enfrentándose a nuevas responsabilidades y decisiones complejas respecto al hijo enfermo, mientras intentan mantener un equilibrio para los demás hijos (Samson et al., 2016). La prolongada ausencia del cuidador principal puede causar desajustes en otros miembros de la familia, particularmente en los hermanos del niño enfermo, quienes pueden experimentar consecuencias psicosociales (Pariseau et al., 2019).

En muchos casos, los miembros de la familia extensa, como abuelos y tíos, asumen un papel más activo en el cuidado y la toma de decisiones, lo que puede generar tensiones adicionales dentro de la familia (Kelada et al., 2019; Vrijmoet-Wiersma et al., 2008). Asimismo, las relaciones sociales de los padres suelen pasar a un segundo plano, aunque estos momentos de interacción y apoyo social son fundamentales para su bienestar. Sin embargo, encontrar tiempo para relajarse y socializar se vuelve complicado.

Además, la dedicación exclusiva al cuidado del hijo enfermo frecuentemente implica ausencias laborales prolongadas o la pérdida del empleo, lo que agrava la situación económica de la familia (Frederiksen et al., 2019). Todo esto repercute en la satisfacción vital de los padres (Marsland et al., 2013), siendo la calidad de vida una de las áreas más afectadas (Salvador et al., 2019b).

Los cambios mencionados influyen en la percepción del estrés y la satisfacción vital de los padres, aunque no todas las familias se ven afectadas de la misma manera. Factores como el apoyo social juegan un papel crucial en la adaptación a la enfermedad del hijo (Sloper, 2000). El apoyo social, definido como la ayuda emocional, material e informativa que se intercambia en contextos específicos, es fundamental para mejorar la capacidad de afrontamiento y el bienestar de los padres (Harper et al., 2016).

Este capítulo tiene como objetivo principal explorar cómo la satisfacción con el apoyo social recibido influye en el estrés, los cambios familiares y la satisfacción vital de los padres de niños con cáncer. También se examina el impacto del apoyo social proporcionado en estas variables. Este enfoque multidimensional y ecológico es relevante para comprender mejor las necesidades y recursos de los padres en contextos de psicooncología, siguiendo los modelos de Bronfenbrenner (1979, 2005) y su aplicación en este ámbito (Torrice et al., 2002). Además, se plantea la importancia del equilibrio en el intercambio de apoyo social, ya que un desajuste puede generar sobrecarga o sensación de deuda (Jaekel et al., 2012).

Finalmente, las hipótesis del estudio se centran en cómo la satisfacción con el apoyo social, tanto recibido como proporcionado, afecta el estrés, los cambios familiares y la satisfacción vital, ofreciendo una contribución significativa al análisis de las dinámicas de apoyo social en familias afectadas por el cáncer infantil.

MÉTODO

Participantes

Este estudio incluyó a 112 padres de niños con diagnóstico de cáncer que estaban recibiendo tratamiento en el Hospital Infantil de Málaga (España). La participación fue voluntaria, con todos los padres que expresaron su disposición a formar parte del estudio. Los participantes se encontraban en distintas etapas tanto de la enfermedad como del tratamiento de sus hijos. La muestra estuvo compuesta por un 33,9 % de hombres y un 66,1 % de mujeres, con una edad promedio de 41 años ($DT=6,93$). La mayoría de los padres estaban casados o vivían en pareja (88,5 %), mientras que el 11,5 % eran solteros, divorciados o viudos.

En cuanto al sexo de los niños, el 58 % eran varones y el 42 % eran niñas, con una edad media de 8 años ($DT=5,02$). Respecto al tipo de cáncer, el 54,5 % de los niños padecía leucemia, el 9 % sarcoma de Ewing, el 8 % linfoma, el 4,5 % meduloblastoma,

el 4,5 % neuroblastoma, y el resto presentaba otras patologías oncológicas. En términos del tiempo desde el diagnóstico, el 62,1 % de los niños había sido diagnosticado hace menos de dos años, el 22,5 % entre tres y cuatro años, y el 15,3 % había recibido el diagnóstico hacía cinco años o más.

Procedimiento

Los padres participantes asistían regularmente al Hospital, donde fueron contactados en diversas áreas designadas para el tratamiento de sus hijos, como consultas de seguimiento, hospitalización de día y la planta de hospitalización de oncohematología pediátrica. Además, se estableció contacto con ellos en una sala ludoteca ubicada en la misma planta, gestionada por una ONG local que brinda apoyo psicosocial a las familias con hijos enfermos de cáncer. A todos los participantes se les proporcionó un consentimiento informado detallando el procedimiento del estudio.

El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigaciones Científicas de la Junta de Andalucía (España), bajo el código CEI 2017. Una vez firmado el consentimiento, los padres pudieron elegir entre dos modalidades para completar el instrumento de recolección de datos: en formato papel, directamente en las instalaciones del Hospital, o en formato online mediante una herramienta digital. Los datos recogidos a través de esta última opción se integraban de forma anónima y automática en una base de datos.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario compuesto por las siguientes escalas:

Cuestionario de Evaluación de los Cambios Familiares

Este instrumento, desarrollado por Hombrados-Mendieta y Martos-Méndez (2013), mide los cambios en diversas áreas familiares: la relación de pareja (ítems 1 a 8), interacciones con otros hijos (ítems 9 a 16), la relación con la familia extensa (ítems 17 a 22), relaciones sociales (ítems 23 a 27) y la esfera económico-laboral (ítems 28 a 30). El cuestionario consta de 30 ítems en total. Cada ítem se responde en una escala de cinco puntos, donde "1" representa totalmente en desacuerdo y "5" totalmente de acuerdo. En este estudio, se utilizó la puntuación media de cada dimensión. Una puntuación más alta indica una peor adaptación y mayores cambios negativos en la familia, mientras que una puntuación más baja refleja un mejor ajuste y menos cambios negativos.

Cuestionario de Frecuencia y Satisfacción con el Apoyo Social (QFSSS)

El QFSSS, desarrollado por García-Martín, Hombrados-Mendieta y Gómez-Jacinto (2016), evalúa la satisfacción con el apoyo social recibido y proporcionado por los padres. Este cuestionario mide tres tipos de apoyo: emocional, instrumental e informativo, provenientes de diversas fuentes como la pareja, familia, amigos y miembros de la comunidad y asociaciones. Está compuesto por 12 ítems sobre apoyo recibido y 12 sobre apoyo proporcionado. Las respuestas se registran en una escala de cinco puntos, donde "1" es insatisfecho y "5" muy satisfecho. Se obtuvo la puntuación media de cada tipo de apoyo y de cada fuente tanto para el apoyo recibido como para el proporcionado.

Inventario Pediátrico para Padres (PIP)

El PIP, versión española del Pediatric Inventory for Parents (Streisand et al., 2001), adaptada y validada por Del Rincón et al. (2007), mide el estrés diario de los padres de niños con cáncer. Consta de dos escalas: frecuencia y esfuerzo, cada una con 42 ítems. Los padres califican la frecuencia con la que enfrentan diversas situaciones, en una escala de cinco puntos ("1" nunca a "5" muy a menudo), y el esfuerzo que les supone, también en una escala de cinco puntos ("1" nada a "5" muchísimo).

Escala de Satisfacción con la Vida

Desarrollada por Pavot y Diener (2008), esta escala unidimensional mide la satisfacción global con la vida, vista como un componente del bienestar subjetivo. Consiste en 5 ítems que se responden en una escala de Likert de siete puntos, donde "1" es completamente en desacuerdo y "7" completamente de acuerdo.

RESULTADOS

En este estudio se ha optado por la modelización de ecuaciones estructurales (SEM) basada en la varianza, utilizando el método de mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM) (Chin, 1998). Este enfoque se centra en la predicción y explicación de la varianza del constructo endógeno, satisfacción vital, mediante variables latentes predictoras como los cambios familiares globales, el estrés percibido, y el apoyo social recibido y proporcionado de manera global.

La elección del PLS-SEM se justifica por varias razones: la falta de normalidad en los datos, la inclusión de constructos formativos y el interés en la predicción (Hair-Jr et al., 2014c). En este caso, el análisis descriptivo de los ítems de las escalas de medida reveló que los datos no cumplen con la normalidad, evidenciada por coeficientes de asimetría fuera del rango recomendado de ± 1 (Hair et al., 2014b), lo que hace apropiado el uso de PLS-SEM. Todos los análisis se realizaron utilizando el software SmartPLS, versión 3.3.2 (Ringle et al., 2015).

Figura 1. Modelo conceptual del apoyo social recibido

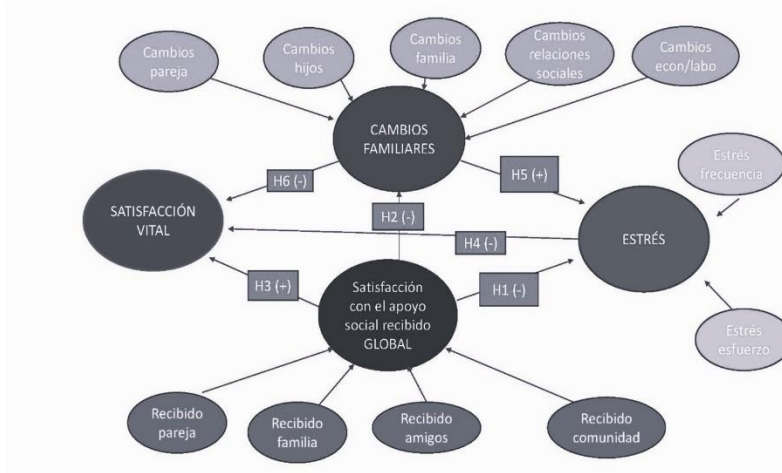
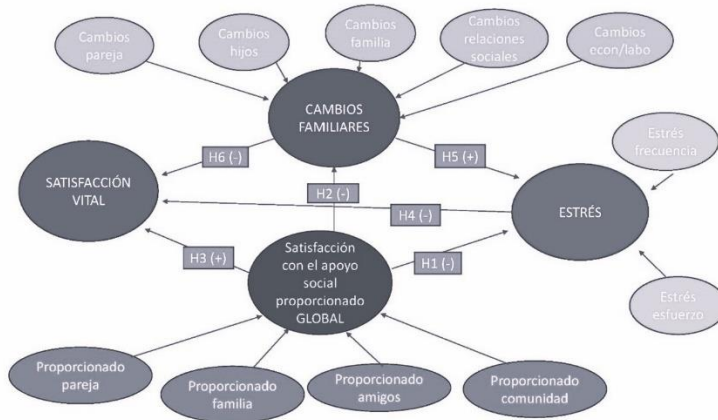


Figura 2. Modelo conceptual del apoyo social proporcionado



Se han propuesto dos modelos confirmatorios basados en la literatura previamente revisada. Los diagramas de recorrido del modelo conceptual (Figura 1 y Figura 2) ilustran visualmente las relaciones entre los constructos, así como la dirección o signo de estas relaciones.

Ambos modelos son de segundo orden y se han estimado utilizando un enfoque disociado en dos etapas. En la primera etapa, se calculan las puntuaciones latentes de los modelos de medida, eliminando los constructos de segundo orden y transfiriendo las relaciones establecidas entre estos constructos y los restantes a los correspondientes de primer orden. En la segunda etapa, se evalúan los modelos estructurales resultantes, incorporando las puntuaciones latentes de los constructos de primer orden como indicadores de los constructos de segundo orden. Esta

evaluación se realiza de manera similar a la evaluación del modelo estructural de primer orden (Sarstedt et al., 2019).

La evaluación de los modelos se realizó en dos etapas: primero se evaluó el modelo de medida y luego el modelo estructural, utilizando el software SmartPLS versión 3.3.2 (Ringle et al., 2015).

Modelo de Medida

Se seleccionó el Modo A para los modelos de medida, dado que las construcciones son factores comunes. La evaluación del modelo reflectivo de los constructos incluyó la fiabilidad del ítem, la fiabilidad de consistencia interna, la validez convergente y la validez discriminante (Cepeda-Carrion et al., 2019).

- Fiabilidad del Ítem: Las cargas externas debían ser $\geq 0,7$ para este modelo confirmatorio.

- Fiabilidad de Consistencia Interna: Evaluada a través de la fiabilidad compuesta y el alfa de Cronbach, ambos con un umbral mínimo de 0,7. Se alcanzaron todos los criterios excepto en el alfa de Cronbach para "cambios en la familia extensa", que fue de 0,554 en ambos modelos (apoyo social recibido y proporcionado).

- Validez Convergente: Medida mediante la Varianza Extraída Media (AVE), con un criterio de $> 0,5$. Este requisito se cumplió.

- Validez Discriminante: Evaluada con el criterio de Fornell y Larcker, comparando las correlaciones entre constructos con la raíz cuadrada del AVE, y el ratio HTMT, que debía ser $< 0,90$. Ambas evaluaciones confirmaron la validez discriminante.

Los resultados indicaron que todos los umbrales establecidos fueron cumplidos, excepto en el caso mencionado del alfa de Cronbach para "cambios en la familia extensa".

Modelo Estructural

Para evaluar los modelos estructurales de segundo orden, se utilizó el método de dos pasos, empleando las puntuaciones latentes de las variables como indicadores de los constructos de segundo orden (Hair Jr et al., 2017). Se siguieron las recomendaciones de diversos autores (Hair-Jr et al., 2014b; Hair et al., 2019a). La evaluación del modelo incluyó los siguientes aspectos:

Colinealidad

La colinealidad se evaluó mediante el factor de inflación de la varianza (VIF). Un VIF superior a 5 (o 3,3 según algunos autores) indica un posible problema de colinealidad. En este estudio, todos los valores de VIF estuvieron por debajo de estos umbrales, descartando problemas de colinealidad entre las variables latentes.

Capacidad predictiva

La capacidad predictiva del modelo se evaluó mediante el coeficiente de determinación R^2 y el criterio Q2 de Stone-Geiser. Para el modelo de apoyo social recibido:

- Cambios familiares globales: $R^2=0,317$ (moderado)
- Estrés global: $R^2=0,162$ (moderado)
- Satisfacción vital: $R^2=0,257$ (moderado)

Para el modelo de apoyo social proporcionado:

- Cambios familiares globales: $R^2=0,117$ (débil)
- Estrés global: $R^2=0,144$ (moderado)
- Satisfacción vital: $R^2=0,362$ (tendente a sustancial)

Tamaño del efecto (f^2)

El f^2 mide el impacto de las variables latentes en los constructos endógenos:

• Apoyo social recibido: f^2 varió entre 0,019 y 0,465. Los cambios familiares globales mostraron un efecto fuerte ($f^2 =0,465$, mientras que el estrés global y la satisfacción vital mostraron efectos débiles.

• Apoyo social proporcionado: f^2 osciló entre 0,022 y 0,168, con un efecto moderado en la satisfacción vital ($f^2 =0,168$) y efectos débiles en otros constructos.

Coefficientes de trayectoria y significación

La significación de los coeficientes de trayectoria beta (β) se evaluó mediante bootstrapping con 5000 muestras. Resultados clave:

- Apoyo social recibido:
 - o Negativamente relacionado con los cambios familiares ($\beta=-0,563$) y el estrés ($\beta=-0,256$).
 - o Cambios familiares negativos reducen la satisfacción vital ($\beta=-0,331$).
- Apoyo social proporcionado:
 - o Negativamente relacionado con los cambios familiares ($\beta=-0,342$).
 - o Positivamente relacionado con la satisfacción vital ($\beta=0,354$).
 - o Cambios familiares aumentan el estrés ($\beta=0,016$) y reducen la satisfacción vital ($\beta=-0,307$).

Los resultados muestran que tanto el apoyo social recibido como proporcionado influyen en la adaptación de los padres a la enfermedad de sus hijos, afectando el estrés, los cambios familiares y la satisfacción vital. Los coeficientes beta significativos se muestran en los nomogramas de las Figuras 3 y 4.

Figura 3. Monograma del apoyo social recibido

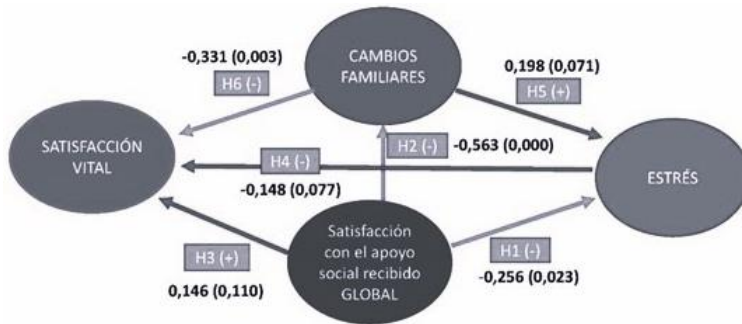
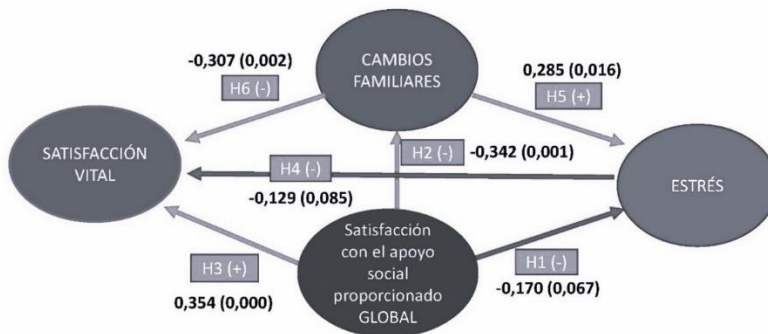


Figura 4. Monograma del apoyo social proporcionado



DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los modelos estimados destacan la importancia de entender cómo el apoyo social, tanto recibido como proporcionado, influye en los cambios familiares, el estrés y la satisfacción vital de los padres de niños con cáncer. Mientras que la mayoría de estudios previos se han enfocado en el apoyo social recibido, este estudio subraya también el papel crucial del apoyo social proporcionado en la calidad de vida de los padres.

Modelo de apoyo social recibido

De las seis hipótesis planteadas, tres fueron confirmadas:

- Reducción del Estrés: El apoyo recibido reduce el estrés, confirmando su papel clave en el manejo de situaciones estresantes (Harper et al., 2016).
- Reducción de Cambios Familiares: El apoyo social recibido ayuda a minimizar los cambios familiares negativos, como los relacionados con la pareja y la familia extensa.

- Satisfacción Vital: No se confirmó que el apoyo recibido tenga un impacto directo significativo en la satisfacción vital, aunque estudios previos indicaron que el apoyo emocional de la pareja puede influir positivamente en este aspecto.

Las hipótesis restantes sobre la relación entre estrés y satisfacción vital, y entre cambios familiares y estrés, no fueron confirmadas, aunque los cambios familiares negativos sí se relacionaron con una menor satisfacción vital.

Modelo de apoyo social proporcionado

Cuatro de las seis hipótesis fueron respaldadas:

- Relación con Estrés: El apoyo proporcionado no reduce el estrés percibido, en línea con estudios previos.

- Reducción de Cambios Familiares: El apoyo proporcionado ayuda a disminuir los cambios familiares negativos, mostrando un efecto similar al del apoyo recibido.

- Aumento de la Satisfacción Vital: Confirmada la relación positiva entre el apoyo proporcionado y la satisfacción vital, destacando su papel en la autorrealización y el bienestar (Zayas et al., 2018).

- Relación entre Cambios Familiares y Estrés: Los cambios familiares aumentan el estrés percibido, mostrando que estos cambios complejos y difíciles elevan la percepción de estrés.

Por último, ambos modelos muestran que ni los cambios económicos ni laborales tienen un impacto significativo en el bienestar de los padres, aunque otros estudios indican lo contrario (Frederiksen et al., 2019).

El estudio subraya la importancia del intercambio bidireccional de apoyo social. Mientras que el apoyo recibido es clave para reducir el estrés, el apoyo proporcionado mejora la satisfacción vital, ambos contribuyendo a disminuir los cambios familiares experimentados. Esto resalta la necesidad de enfoques personalizados en el apoyo social, adaptados a las necesidades específicas de cada familia.

Implicaciones prácticas

Es fundamental desarrollar pautas para que el entorno de los padres pueda brindar el apoyo necesario, ya que este contribuye a reducir el estrés y los cambios familiares negativos. Aunque la red natural de apoyo, compuesta por familiares y amigos, ofrece diversos tipos de apoyo, a menudo no sabe cómo proporcionarlo de manera efectiva. Esto es especialmente crucial en el contexto de enfermedades graves como el cáncer, donde la red de apoyo puede experimentar miedo o evitación, lo que podría generar ansiedad y evitar el contacto con los padres.

Por tanto, es esencial intervenir para evaluar las necesidades de los padres y mejorar las competencias de su red de apoyo. Además, fomentar que los padres participen activamente en asociaciones o ayuden a otros padres puede aumentar su

satisfacción vital y empoderamiento, ayudándoles a enfrentar la enfermedad de sus hijos de manera más activa.

Comprender el impacto del apoyo social recibido y proporcionado sobre el estrés, los cambios familiares y la satisfacción vital tiene importantes implicaciones prácticas. Este conocimiento puede guiar el diseño de intervenciones que mejoren la calidad de vida de las familias afectadas por el cáncer infantil, destacando la necesidad de abordar los aspectos psicosociales (Kedia et al., 2020).

Limitaciones y fortalezas del estudio

Limitaciones

- Muestra Geográfica: Los participantes provienen de Málaga (España) y áreas cercanas, limitando la generalización a otros contextos y culturas. Sería útil replicar el estudio en otros países.

- Desbalance de Género: La muestra incluye más madres que padres, reflejando la realidad social donde las madres son las principales cuidadoras. Futuras investigaciones deberían buscar un equilibrio de género y analizar diferencias en necesidades de apoyo.

- Momentos de la Enfermedad y Tipos de Cáncer: Sería beneficioso considerar estos factores y utilizar diseños longitudinales para entender mejor la adaptación y afrontamiento de los padres.

Fortalezas

- Aportaciones Novedosas: El estudio ofrece nuevos insights sobre las relaciones entre variables psicosociales en el afrontamiento del cáncer infantil, un área poco explorada en la psicooncología pediátrica.

- Mejora de la Práctica Clínica: Los hallazgos pueden ser aplicados para mejorar la adaptación de los padres, los protocolos de intervención y la práctica clínica.

Los profesionales que brindan apoyo psicosocial pueden usar estos hallazgos para fortalecer las redes de apoyo social de los padres, reducir el estrés, minimizar los cambios familiares y aumentar la satisfacción vital, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cepeda-Carrion, G., Cegarra-Navarro, J., y Cillo, V. (2019). Tips to use partial least squares structural equation modelling (PLS-SEM) in knowledge management. *Journal of Knowledge Management*, 23(1), 67-89. doi:10.1108/JKM-05-2018-0322

Chin, W. (1998). The Partial Least Squares approach to Structural Equation Modeling. En G.E. Marcoulides, *Modern Methods for Business Research* (pp. 295-336). Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publisher.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.

Fornell, C. y Larcker, D. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. doi:10.1177/002224378101800104

Frederiksen, L.E., Feychting, M., Mogensen, H., Madanat-Harjuoja, L., Malila, N., Tolkkinen, A., Hasle, H., Falck-Winther, J.F., y Erdmann, F. (2019). Surviving childhood cancer: a systematic review of studies on risk and determinants of adverse socioeconomic outcomes. *International Journal of Cancer*, 144(8), 1796-1823. doi:10.1002/ijc.31789

García-Martín, M.Á., Hombrados-Mendieta, I., y Gómez-Jacinto, L. (2016). A multidimensional approach to social support: the Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Annals of Psychology*, 32(2), 501-515. doi:10.6018/analesps.32.2.201941

Hair Jr, J.F., Sarstedt, M., Ringle, C.M., y Gudergan, S.P. (2017). *Advanced Issues in Partial Least Squares Structural Equation Modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Hair, J., Hult, G., Ringle, C., Sarstedt, M., Castillo-Apráiz, J., Cepeda Carrion, G., y Roldán, J. (2019a). *Manual de Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. Barcelona, España: OmniaScience (Omnia Publisher SL).

Hair-Jr, J., Sarstedt, J., Hopkins, L., y Kuppelwieser, V. (2014c). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). *European Business Review*, 26(2), 106-121. doi:10.1108/EBR-10-2013-0128

Hair-Jr, J.F., Hult, G.T., Ringle, C.M., y Sarstedt, M. (2014b). *A primer on partial least squares equation modeling (PLS-SEM)* (2.^a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc.

Harper, F.W., Peterson, A.M., Albrecht, T.L., Taub, J.W., Phipps, S., y Penner, L.A. (2016). Satisfaction with support versus size of network: Differential effects of social support on psychological distress in parents of pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(5), 551-558. doi:10.1002/pon.3863

Hombrados-Mendieta, I. y Martos-Méndez, M.J. (2013). Cuestionario de Evaluación de los Cambios Familiares. En Hombrados-Mendieta, I., Martos-Méndez, M.J. y Melguizo-Garín, A. *Investigación sobre las necesidades psicosociales, apoyo social y calidad de vida en padres de niños con enfermedad oncológica*. Recuperado de: <https://www.fundacionolivares.org/blog/resultados-del-primer-estudio-de-investigacion-sobre-necesidades-psicosociales-en-pacientes-oncologicos-y-sus-familiares/>

Jaeckel, D., Seiger, C.P., Orth, U., y Wiese, B.S. (2012). Social support reciprocity and occupational self-efficacy beliefs during mothers' organizational re-entry. *Journal of Vocational Behavior*, 80(2), 390-399. doi:10.1016/j.jvb.2011.12.001

Kearney, J.A., Salley, C.G., y Muriel, A.C. (2015). Standards of psychosocial care for parents of children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), S632-S683. doi:10.1002/pbc.25761

Kedia, S.K., Collins, A., Dillon, P.J., Akkus, C., Ward, K.D., y Jackson, B.M. (2020). Psychosocial interventions for informal caregivers of lung cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 29, 251–262. doi:10.1002/pon.5271

Kelada, L., Wakefield, C.E., Carlson, L., Hetherington, K., McGill, B.C., McCarthy, M.C., Miles, G., Cohn, R.J., y Sansom-Daly, U.M. (2019). How parents of childhood cancer survivors perceive support from their extended families. *Journal of Child and Family Studies*, 28(6), 1537-1547. doi:10.1007/s10826-019-01394-9

Kiser, L., Fishbein, D., Gatzke-Kopp, L., Vivrette, R., Creavey, K., Stevenson, J., Medoff, D., y Busuito, A. (2019). Physiological regulation among caregivers and their children: Relations with trauma history, symptoms, and parenting behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11), 3098-3109. doi:10.1007/s10826-019-01487-5

Marsland, A.L., Long, K.A., Howe, C., Thompson, A.L., Tersak, J., y Ewing, L.J. (2013). A pilot trial of a stress management intervention for primary caregivers of children newly diagnosed with cancer: Preliminary evidence that perceived social support moderates the psychosocial benefit of intervention. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(4), 449-461. doi:10.1093/jpepsy/jss173

Pariseau, E.M., Chevalier, L., Muriel, A.C., y Long, K.A. (2019). Parental awareness of sibling adjustment: Perspectives of parents and siblings of children with cancer. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication. doi:10.1037/fam0000615

Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.

Ringle, C., Sarstedt, M., Mitchell, R., y Gudergan, S. (2018). Partial least squares structural equation modeling in HRM research. *The International Journal of Human Resource Management*, 1-27. doi:10.1080/09585192.2017.1416655

Salvador, Á., Crespo, C., y Barros, L. (2019). Parents' psychological well-being when a child has cancer: Contribution of individual and family factors. *Psycho-Oncology*, 28, 1080-1087. doi:10.1002/pon.5057

Salvador, Á., Crespo, C., y Barros, L. (2019). The benefits of family-centered care for parental self-efficacy and psychological well-being in parents of children with cancer. *Journal of Child and Family Studies*, 28(7), 1926-1936. doi:10.1007/s10826-019-01418-4

Samson, K., Rourke, M.T., y Alderfer, M.A. (2016). A qualitative analysis of the impact of childhood cancer on the lives of siblings at school, in extracurricular activities, and with friends. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(4), 362-372. doi:10.1037/cpp0000161

Sarstedt, M., Hair Jr., J.F., Cheah, J.H., Becker, J.M., y Ringle, C.M. (2019). How to specify, estimate, and validate higher-order construct in PLS-SEM. *Australasian Marketing Journal*, 27(3), 197-211. doi:10.1016/j.ausmj.2019.05.003

Sloper, P. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer: A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 225, 79-91. doi:10.1093/jpepsy/25.2.79

Streisand, R., Braniecki, S., Tercyak, K.P., y Kazak, A.E. (2001). Childhood illness-related parenting stress: The pediatric inventory for parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 155-162.

Tillery, R., Willard, V.W., Howard Sharp, K.M., Klages, K.L., Long, A.M., y Phipps, S. (2020). Impact of the parent-child relationship on psychological and social resilience in pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*, 29(2), 339-346. doi:10.1002/pon.5258

Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., y López, M.J. (2002). The Bronfenbrenner's Ecological Model as theoretical framework of the psychooncology. *Annals of Psychology*, 18(1), 45-59. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28601>

Vrijmoet-Wiersma, C.M., Van-Klink, J.M., Kolk, A.M., Koopman, H.M., Ball, L.M., y Maarten-Egeler, R. (2008). Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: A review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 694-706. doi:10.1093/jpepsy/jsn007

Zayas, A., Gómez-Molinero, R., Guil, R., Gil-Olarte, P., y Jiménez, E. (2018). Relación entre la resiliencia y la satisfacción con la vida en una muestra de mujeres con cáncer de mama. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 127-136. doi:10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1233

CAPÍTULO 27

LA OCULTACIÓN DE LA ORIENTACIÓN SEXO-AFECTIVA Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS EMOCIONALES EN PERSONAS LGB

ISAAC LAVI MÁRQUEZ, ANTONIO ZAYAS GARCÍA, ALEJANDRO BUTRÓN PAVÓN,
Y PABLO TERRADA RUIZ
Universidad de Cádiz

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como una dimensión fundamental que forma parte integral de la identidad humana. Esta se manifiesta y evoluciona a lo largo de toda la vida, adoptando características particulares de acuerdo con el ciclo vital en el que se encuentre cada individuo (OMS, 2020). Además, la teoría de la interseccionalidad sugiere que las personas están constituidas por múltiples dimensiones —como género, orientación sexual, clase social, etnicidad, entre otras— que no solo se interrelacionan, sino que interactúan con sistemas y estructuras sociales de manera única (Crenshaw, 1989). Por esta razón, tal como afirma la Asociación Americana de Psicología, no existe una experiencia universal en cuanto a la vivencia de las minorías sexuales. En cambio, se recomienda un enfoque interseccional e ideográfico para comprender mejor la diversidad y complejidad de estas experiencias (APA, 2021).

Uno de los elementos centrales de la sexualidad es la orientación sexo-afectiva, la cual se define como la atracción emocional, romántica y/o sexual hacia otras personas, pudiendo ser hacia personas de otro género (heterosexualidad), hacia personas del mismo género (homosexualidad) o hacia todos los géneros, como es el caso de la bisexualidad (Peris, 2022). En la sociedad actual, sin embargo, predomina un modelo normativo basado en la heterosexualidad, considerada la orientación sexual hegemónica. Esta normatividad refuerza estructuras sociales que contribuyen a la discriminación y a la invisibilización de las personas que pertenecen a minorías sexuales, lo cual impacta de forma negativa en sus vidas y en sus experiencias personales (De Freitas, Silva, y Coimbra, S, 2021). Estas dinámicas perpetúan el estigma y dificultan el reconocimiento y la validación de identidades sexo-afectivas diversas.

Para abordar esta problemática, el modelo de estrés de las minorías (Meyer, 2003; Testa, Habarth, Peta, Balsam, y Bockting, 2015) propone que las personas LGTBIQAP+ experimentan una prevalencia significativamente mayor de problemas psicológicos en comparación con aquellas personas que se ajustan a las normas de la

sociedad. Este estrés adicional proviene de factores externos, conocidos como distales, como son la discriminación y el rechazo social.

Además, influyen factores internos o proximales, tales como la necesidad de ocultar la propia identidad, la presión por encajar en entornos heteronormativos o la homofobia interiorizada. Las investigaciones realizadas a partir de este modelo han encontrado una relación con la alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo, el consumo problemático de sustancias y la ideación suicida en estas poblaciones (Kidd et al., 2022; Pellicane y Ciesla, 2022; Salway et al., 2019). Sin embargo, también se han identificado elementos como el apoyo social percibido, la fortaleza personal y la resiliencia, los cuales operan como factores protectores que median entre la discriminación y el desarrollo de psicopatologías (Buczak-Stec, König, y Hajek, 2023; Orellana, Márquez, Farías, Liempi, y Schnettler, 2022; Suppes, Napier, y Van Der Toorn, 2019). Estos recursos de afrontamiento son esenciales para reducir el impacto negativo del estrés en la salud mental de las personas pertenecientes a minorías sexuales y de género.

Entre los factores proximales mencionados, la ocultación de la orientación sexo-afectiva ha mostrado tener diversas consecuencias, ya que algunos estudios la presentan como un factor de riesgo para la salud mental, mientras que otros la consideran un factor de protección que puede reducir la exposición a experiencias discriminatorias (Pachankis, Mahon, Jackson, Fetzner, y Bränström, 2020). Esta inconsistencia en los resultados se debe en parte a las variaciones en la forma en que los estudios definen y operativizan el concepto de ocultamiento de la orientación. En algunos casos, este ocultamiento se interpreta como la falta de divulgación activa, mientras que en otros se relaciona con la ausencia de comportamientos visibles, la falta de apertura en contextos sociales o la carencia de conocimiento público sobre la identidad de la persona. Además, se observan diferencias significativas en los resultados en función de características específicas de los participantes y del contexto en el que se realizan los estudios. Por ejemplo, la edad de los sujetos influye en cómo perciben y manejan el ocultamiento, al igual que factores como la raza o etnia, el género, o incluso la ubicación geográfica y cultural del estudio. Estas variaciones subrayan la complejidad del ocultamiento como factor y sugieren que sus efectos pueden depender de contextos individuales y socioculturales específicos.

Según Pachankis, Mahon, Jackson, Fetzner, y Bränström (2020), la ocultación de la orientación sexual se relaciona de manera significativa con aspectos de la salud mental y el consumo de sustancias en personas LGBTQ+. En términos específicos, existe una pequeña correlación positiva entre la ocultación de la orientación sexual y la internalización de problemas de salud mental, como la ansiedad, la depresión y otros síntomas emocionales. Esto sugiere que las personas que ocultan su orientación

sexual pueden estar en mayor riesgo de experimentar malestar psicológico debido a la tensión de mantener esta parte de su identidad en secreto.

Sin embargo, se observa una correlación negativa entre la ocultación de la orientación sexual y el consumo de sustancias. Esto implica que quienes mantienen en secreto su orientación sexual podrían tener menos probabilidades de recurrir a sustancias, aunque la razón detrás de este patrón no es completamente clara y podría variar en función de otros factores personales y sociales.

Hipótesis

Partiendo de lo expuesto en la introducción, se plantean las siguientes hipótesis:

H1: Se encontrarán diferencias significativas en las puntuaciones de las distintas emociones

H2: Se encontrará una mayor puntuación en la emoción de alegría.

Objetivo

Realizar un estudio piloto sobre las diferencias entre las distintas emociones que sienten las personas gays, lesbianas y bisexuales que hablan abiertamente de su orientación sexo-afectiva.

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por un total de 109 personas de nacionalidad española, con una edad media de 24,35 años ($DT=5,09$). Se optó como criterios de inclusión que las personas fueran cisgénero.

En relación con el estado civil, se observa que el 7% de los participantes estaba casado, el 1,8% mantenía una relación de pareja de hecho y el 86% era soltero. Finalmente, en lo que respecta al nivel educativo, la mayoría de los encuestados cuenta con estudios universitarios (80,7%), mientras que un 14% posee estudios de nivel secundario.

VARIABLES e INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado en la investigación fue un cuestionario de elaboración propia creado ad hoc en el que se recogieron datos sociodemográficos como el género, el nivel educativo o el estado civil, así como preguntas sobre vivencias relacionadas con la pertenencia a minorías sexuales como si han recibido educación sexo-afectiva o si ha sufrido discriminación.

Con el fin de recoger datos de interés para el estudio también se incluyeron ítems relacionados con el modelo de estrés de las minorías, como si hablaba o no de forma abierta de su orientación sexual.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron administrados a los sujetos junto con el consentimiento informado por vía telemática, a través de un enlace que conducía a una página de Google Forms. Los resultados obtenidos de los distintos participantes fueron volcados en una hoja de Excel para la creación de una base de datos.

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki (2013, Séptima revisión, 64a Reunión, Fortaleza), la legislación vigente en materia de investigación sanitaria y la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales de España.

Análisis de datos

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para observar la media en la puntuación en las distintas emociones con respecto a las personas que sí hablan abiertamente de su orientación sexo-afectiva.

El análisis de datos se llevó a cabo mediante los softwares informáticos IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 29.

RESULTADOS

En primer lugar, se procedió al agrupamiento de los datos en función de dos factores: género y orientación sexual. Los resultados se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la edad en función del género y la orientación sexoafectiva de los participantes

	N	m	mdna	DT	min	max
	53	23	23	3	17	32
Mujeres bisexuales	17	25	23	4	19	35
Mujeres lesbianas	12	25	24	4	21	37
Hombres bisexuales	27	26	24	8	18	53
Hombres homosexuales						

*Nota: N=tamaño muestral; m=media; mdna=mediana; DT=desviación típica; min=mínimo; max=máximo.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la puntuación de las distintas emociones

		Alegría	Miedo	Ira	Tristeza	Vergüenza	Asco	Culpabilidad
Bisexual	m	3,81	2,72	1,96	2,28	1,89	1,57	1,72
	mdna	4	3	2	2	2	1	1
	TD	0,92	1,20	1,09	1,26	1,09	0,96	1,10
	min	1	1	1	1	1	1	1
	max	5	5	5	5	5	4	4
Mujer	m	3,88	3,12	2,12	2,53	2,18	1,12	2,12
	mdna	4	4	2	3	2	1	2
	TD	0,86	1,50	1,50	1,07	1,42	0,33	1,17
	min	2	1	1	1	1	1	1
	max	5	5	5	5	5	2	5
Lesbiana	m	4,42	2,92	2,00	2,17	2,92	1,58	1,75
	mdna	5	3	1,5	2	3	1	1
	TD	0,79	1,00	1,28	1,27	1,44	1,24	1,22
	min	3	1	1	1	1	1	1
	max	5	5	5	5	5	5	5
Hombre	m	3,89	3,26	2,15	2,78	2,89	1,48	2,11
	mdna	4	3	2	2	3	1	2
	TD	1,21	1,32	1,20	1,40	1,37	0,70	1,19
	min	1	1	1	1	1	1	1
	max	5	5	5	5	5	3	5
Gay	m	3,89	3,26	2,15	2,78	2,89	1,48	2,11
	mdna	4	3	2	2	3	1	2
	TD	1,21	1,32	1,20	1,40	1,37	0,70	1,19
	min	1	1	1	1	1	1	1
	max	5	5	5	5	5	3	5

*Nota. m=media; mdna=mediana; DT=desviación típica; min=mínimo; max=máximo

Hipótesis 1

Los resultados corroboran la primera hipótesis en cuanto que las medias de los distintos grupos muestran resultados dispares de alegría y asco sobre el resto de estados emocionales.

Hipótesis 2

Los resultados del estudio indican que la segunda hipótesis se confirma, ya que la emoción de alegría es la que presenta las puntuaciones más altas en comparación con otras emociones evaluadas. En particular, se observa que esta emoción es experimentada con mayor intensidad entre los hombres bisexuales y los hombres gays, en comparación con las mujeres lesbianas y las mujeres bisexuales. Esto podría sugerir diferencias de género en la expresión y el impacto emocional de hablar abiertamente sobre la propia orientación sexual, lo cual merece una mayor exploración para entender las posibles causas de estas diferencias. Además, en todos los grupos de la muestra —hombres bisexuales, hombres gays, mujeres lesbianas y mujeres bisexuales—, el asco es consistentemente la emoción menos experimentada por las personas que son abiertas sobre su orientación sexo-afectiva. Este hallazgo podría indicar que la apertura sobre la orientación sexual reduce la presencia de emociones negativas relacionadas con la autopercepción o la percepción de la sociedad, fomentando una mayor aceptación personal y un entorno emocionalmente

saludable. Es posible que, al hablar abiertamente sobre su orientación, las personas experimenten menos rechazo hacia sí mismas y hacia su identidad, lo cual disminuiría el sentimiento de asco y fortalecería emociones positivas como la alegría. Para comprender mejor estos patrones, se recomienda realizar investigaciones adicionales que aborden cómo estas diferencias emocionales se relacionan con factores sociales, culturales y de apoyo, ofreciendo una perspectiva más completa sobre el bienestar emocional en personas que expresan libremente su identidad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Si bien los resultados se muestran concordantes con los observados en el estudio de Pachankis, Mahon, Jackson, Fetzner, y Bränström (2020), cabe interpretar los resultados con cautela debido al carácter de estudio piloto que se ha llevado a cabo.

Para futuros estudios en esta línea de investigación, es recomendable incrementar el tamaño muestral de los cuatro grupos considerados para lograr una representación más robusta y generalizable de la población. Un tamaño muestral mayor permitiría obtener resultados más fiables y precisos, reduciendo la probabilidad de sesgos estadísticos y aumentando la validez externa de los hallazgos. Además, se sugiere llevar a cabo estudios correlacionales más detallados, los cuales permitirían establecer relaciones claras entre diversas variables asociadas, tales como la orientación sexual, la salud mental y el consumo de sustancias. Igualmente, sería útil aplicar análisis de regresión que puedan proporcionar una visión más profunda sobre la posibilidad de efectos causales entre las variables estudiadas. Esto podría ayudar a identificar los factores específicos que influyen directamente en el bienestar psicológico y los patrones de consumo de sustancias, permitiendo comprender mejor las dinámicas subyacentes en poblaciones LGBTQ+ y desarrollando intervenciones más efectivas.

Además, resulta fundamental adoptar una perspectiva interseccional que permita analizar las múltiples identidades que las personas poseen, considerando no solo el género y la orientación sexual, sino también otras dimensiones importantes, como el nivel socioeconómico, la raza o etnia, y las estructuras sociales que afectan la vida cotidiana. Este enfoque intergrupar e interactivo ayudaría a capturar la complejidad de la experiencia humana, ya que permite ver cómo estas identidades se entrelazan y crean realidades distintas en función de la combinación de factores presentes. Específicamente, integrar variables como el contexto social, económico y cultural del entorno en el que se realiza el estudio podría revelar patrones más precisos y contextualmente relevantes, que no son visibles cuando solo se consideran identidades individuales o aisladas. Para lograr este objetivo, es importante emplear una metodología que esté diseñada para captar estas intersecciones, permitiendo una comprensión más profunda y matizada del bienestar y la salud mental en poblaciones

diversas (Arias-Uriona, Losantos, y Bedoya, 2023). De esta forma, los investigadores podrían desarrollar análisis y recomendaciones más inclusivas y representativas, que reflejen mejor la diversidad de experiencias y necesidades.

Finalmente, se recomienda explorar variables intermedias que puedan actuar como factores protectores en la relación entre los factores distales (como el contexto social y cultural) y proximales (como las experiencias individuales de discriminación) y la salud mental de las personas. Variables como la resiliencia y el apoyo social percibido podrían jugar un papel crucial en la mitigación de los efectos negativos de situaciones adversas y en el fortalecimiento del bienestar psicológico. La resiliencia, por ejemplo, permite a las personas enfrentar y superar adversidades, mientras que el apoyo social percibido proporciona una red de apoyo emocional y práctico que reduce el impacto de factores estresantes (Testa, Habarth, Peta, Balsam, y Bockting, 2015). Estas variables podrían ser clave para entender cómo algunas personas logran mantener una salud mental estable y positiva a pesar de enfrentar contextos difíciles, y su estudio en futuras investigaciones podría ofrecer insights valiosos para intervenciones y políticas de salud mental.

Para concluir, en el presente estudio se ha observado que las personas LGB que hablan abiertamente de su orientación sexual tienden a reportar niveles elevados de alegría en comparación con otras emociones, lo que es consistente con investigaciones previas. Este hallazgo sugiere que la apertura sobre la propia identidad podría estar relacionada con un mayor bienestar emocional. Se recomienda realizar estudios más amplios que permitan profundizar en los procesos subyacentes a esta relación y explorar cómo la expresión de la identidad sexual influye en la experiencia de alegría y en el bienestar general. Comprender estos mecanismos podría contribuir a desarrollar programas de apoyo y entornos sociales que promuevan la apertura y aceptación, favoreciendo así la salud mental en la comunidad LGB.

REFERENCIAS

American Psychological Association [APA]. (2021). *Task Force on Psychological Practice with Sexual Minority Persons. Guidelines for psychological practice with sexual minority persons* [internet]. Recuperado de <https://www.apa.org/about/policy/psychological-sexual-minority-persons.pdf>

Arias-Uriona, A.M., Losantos, M., y Bedoya, P. (2023). La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47(e133), 1-19.

Buczak-Stec, E., König, H.H., y Hajek, A. (2023). Sexual orientation and psychosocial factors in terms of loneliness and subjective well-being in later life. *The Gerontologist*, 63(2), 338-349.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist policies. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.

De Freitas, D.F., Silva, C., y Coimbra, S. (2021). Discrimination and mental health: Mediation effects of coping strategies in LGB and heterosexual youth. *Psykhé*, 30(1), 1–18.

Kidd, J.D., Paschen-Wolff, M.M., Mericle, A.A., Caceres, B.A., Drabble, L.A., y Hughes, T.L. (2022). A scoping review of alcohol, tobacco, and other drug use treatment interventions for sexual and gender minority populations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 130(108539), 1–24.

Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.

Orellana, L., Márquez, C., Fariás, P., Liempi, G., y Schnettler, B. (2022). Social support, attitudes toward sexuality, and life satisfaction based on the sexual orientation of university students. *Actualidades en Psicología*, 36(132), 43–57.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Temas de salud: Salud sexual*. Recuperado de https://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Pachankis, J.E., Mahon, C.P., Jackson, S.D., Fetzner, B.K., y Bränström, R. (2020). Sexual orientation concealment and mental health: A conceptual and meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 146(10), 831–871.

Pellicane, M.J. y Ciesla, J.A. (2022). Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91(102113), 1–17.

Peris, J. (2022). Marco conceptual de la diversidad sexual y de género. En *Experto en Psicología Afirmativa en Diversidad Sexual y de Género* (pp. 15–21). Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

Salway, T., Ross, L.E., Fehr, C.P., Burley, J., Asadi, S., Hawkins, B., y Tarasoff, L.A. (2019). A systematic review and meta-analysis of disparities in the prevalence of suicide ideation and attempt among bisexual populations. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 89–111.

Suppes, A., Napier, J.L., y Van Der Toorn, J. (2019). The palliative effects of system justification on the health and happiness of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(3), 372–388.

Testa, R.J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., y Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77.

CAPÍTULO 28

PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL MASCULINA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS MEXICANOS

HÉCTOR ALEJANDRO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ*,
ROSA PATRICIA HERNÁNDEZ TORRES*, CECILIA MEZA PEÑA**,
JUDITH MARGARITA RODRÍGUEZ VILLALOBOS*,
Y ZULIANA PAOLA BENÍTEZ HERNÁNDEZ*

**Universidad Autónoma de Chihuahua; **Universidad Autónoma de Nuevo León*

INTRODUCCIÓN

La imagen corporal en hombres

La imagen corporal (IC) es un constructo psicológico complejo que ha evolucionado a lo largo de la historia, influenciado por factores sociales, culturales y personales (Castro-Lemus, 2016). Este concepto abarca la percepción, la valoración y la experiencia que un individuo tiene de su propio cuerpo. En las últimas décadas, la IC masculina ha experimentado transformaciones significativas, pasando de imágenes ideales asociados a la fuerza y la virilidad, a una búsqueda cada vez más enfocada de la perfección física, marcada por la musculatura y la definición de ésta. Los cuerpos han pasado por ideales que van desde complexiones más delgadas y definidas como la de Bruce Lee, hasta cuerpos musculados en exceso como lo puede ser el de Chris Bumstead, quien ha sido 5 veces campeón en la competencia más grande de fisiculturismo de Mr. Olimpia.

Los componentes de la satisfacción con la imagen corporal son la imagen corporal real (cómo se perciben), la ideal (cómo quieren ser) y la social (cómo creen que los perciben los demás), mismos que resultan en indicativos. La insatisfacción con la imagen corporal puede originarse por la distorsión perceptiva, por la discrepancia entre el cuerpo actual percibido y el ideal o, simplemente, por desagrado hacia el propio cuerpo, el cual puede originarse por un entorno que expone a ciertas figuras ideales establecidas por la sociedad.

La evolución histórica de la imagen corporal masculina

A lo largo de la historia, los ideales de belleza masculina han variado considerablemente, desde las representaciones de fuerza y habilidad de los hombres, hasta los cánones estéticos más recientes, centrados en la musculatura y la definición.

Un recorrido por diferentes épocas nos revela cómo los ideales de belleza masculina se han visto moldeados por factores culturales, sociales y artísticos.

Podríamos iniciar con señalar que, desde el tiempo de los cavernícolas, existen representaciones de figuras masculinas cazando, elaborando herramientas y armas entre otras cosas. En el antiguo Egipto (aprox. 2500 AC.), el canon de belleza radicaba en la armonía de un cuerpo proporcionado en tamaño y simetría, en la antigua Grecia (aprox. 500 años AC) se mostraban cuerpos atléticos, musculados, pero mostrando definición y estética. La antigua Roma hereda el prototipo de imagen de los griegos, pero se va modificando por las tendencias recibidas en la conquista de los pueblos germanos, en quienes se ve una imagen con barba y cabello más largo y complexiones más robustas. En la edad media se representa a los hombres en un modelo más acorde a imágenes de religiosos y no se encuentra algún modelo sin ropa, por la influencia de la Iglesia Católica que promovía de manera prevaeciente el valor espiritual entre los individuos. Posteriormente, dentro del Renacimiento se retoman lo modelos de cuerpos desnudos resaltando las proporciones humanas simétricas, siendo un ejemplo muy conocido el hombre de Vitruvio, el David, entre otros, en donde los personajes de las diferentes obras de arte son presentados con rostros hermosos, buscando la perfección y ocultando los sentimientos. En el período del Barroco, la representación del hombre vuelve a traer cabello largo, con un tono de piel muy blanca y de rosadas mejillas, pero donde el cuerpo es ocultado con ropa abultada con capas. Continuando con el período del Romanticismo la belleza se encuentra en todo, desde lo incomodo, hasta lo terrible, considerando un hombre bien parecido aquel que llevase el nuevo estilo aburguesado: el peinado con los bucles revueltos y libres o de lado, sombrero de copa y su traje que imponía colores oscuros, pasionales, como el morado, el rojo o el negro. Preso de sus pasiones o del elegante y sofisticado. En el siglo XX vuelve el canon de belleza griego escultural, proporcionado, con musculación adecuada y una representación armónica, y finalmente en el siglo XXI como ya se mencionó, el prototipo masculino de belleza se centra en un cuerpo musculoso y magro (López, 2015).

La exposición del actual prototipo de cuerpo se puede observar en la mayoría de las celebridades que protagonizan las películas, novelas o en series, que son promovidos por el cine, televisión o por plataformas que transmiten sus contenidos por internet. Por otra parte, están los super héroes admirados en hazañas de ciencia ficción y que han cobrado relevancia en el cine internacional en las últimas décadas, siendo representados por hombres atléticos como lo son Henry Cavill como Superman, Chris Hemsworth como Thor o Steve Rogers como Capitán América. Finalmente, también por las redes sociales virtuales, este prototipo de figura humana es recibido por seguidores de entrenadores, que promueven el ejercicio para la belleza y salud (influencers de tipo fitness) y así como por destacados personajes dentro del fisicoculturismo quienes comparten testimonio de su vida y consejos para obtener el cuerpo deseado.

Debido a la influencia social de todos estos exponentes de la imagen corporal “ideal” mencionados anteriormente, crece una problemática que refiere al concepto que se tiene de la imagen corporal ideal. La insatisfacción con la imagen corporal es un problema cada vez más frecuente, especialmente entre los hombres jóvenes debido a la presión social (Aylwin et al., 2016). Esta insatisfacción puede conducir a diversos trastornos psicológicos, como:

- **Trastornos de la conducta alimentaria:** Aunque tradicionalmente se asocia a desarrollarse en las mujeres, los trastornos de la conducta alimentaria también afectan a los hombres, quienes pueden desarrollar conductas restrictivas o compulsivas en busca de un cuerpo ideal.

- **Dismorfia corporal:** Está caracterizada por una distorsión cognitiva de la imagen corporal donde las personas se perciben con debilidad física y deficiencias corporales (obesidad, falta de musculatura o delgadez) (Arbinaga, 2011). Se experimenta una preocupación importante sobre un defecto que es pequeño o imaginario sobre la apariencia física, lo que lleva a realizar conductas para compensar estas ideas, deteriorando la calidad de vida de las personas (Sandoval, García, y Pérez, 2009).

- **Dismorfia muscular:** Este trastorno es un subtipo de la Dismorfia corporal y se caracteriza por una preocupación excesiva por el tamaño y la definición muscular. Los individuos con dismorfia muscular suelen percibir su cuerpo como demasiado pequeño o poco músculo definido, a pesar de que las demás personas si los perciban como musculosos. Esta patología promueve conductas como el ejercicio compulsivo y el uso de esteroides (American Psychiatric Association [APA], 2014).

- **Ansiedad y depresión:** La constante comparación con los ideales de belleza y la presión por alcanzar un cuerpo perfecto pueden generar sentimientos de inadecuación, baja autoestima y trastornos del estado de ánimo.

Factores de riesgo para el desarrollo de la insatisfacción de la IC y consecuencias

Diversos factores están en la actualidad contribuyendo a la insatisfacción con la imagen corporal y al desarrollo de trastornos como la dismorfia muscular. De acuerdo con Izquierdo (2014), entre los más sobresalientes se encuentran los siguientes factores:

- La influencia de los medios de comunicación. Las imágenes idealizadas de cuerpos masculinos presentes en revistas, películas y redes sociales generan expectativas poco realistas y pueden llevar a comparaciones sociales negativas.

- La presión social. La necesidad de adaptar determinados estándares de belleza puede generar ansiedad y baja autoestima.

- El valor de la musculatura en el entrenamiento con pesas. La práctica de del levantamiento de pesas puede aumentar el riesgo de desarrollar dismorfia muscular,

ya que los individuos que practican estas disciplinas suelen estar expuestos a un entorno en el que se valora excesivamente la musculatura.

En los apartados superiores se ha descrito cómo la imagen corporal masculina ha experimentado cambios significativos a lo largo de la historia, la búsqueda de la perfección física se ha convertido en una preocupación creciente para muchos hombres en la actualidad (Tiggemann y Anderberg, 2020). La insatisfacción con la imagen corporal puede tener graves consecuencias para la salud mental y el bienestar general, por lo que es fundamental promover tanto a nivel social como individual una imagen corporal realista y bajo estándares de salud.

La realización constante de ejercicio o práctica de cualquier deporte proporciona en la juventud, no solo efecto positivo en indicadores antropométricos, capacidades físicas y cognitivas, sino también de bienestar mental en general (Organización mundial de la salud [OMS], 2024). La población universitaria tiene ya definido su somatotipo preponderante y es en esta etapa de su vida cuando el crecimiento de la masa muscular acorde a su genética se establece. Es una edad y etapa de la vida, donde la preocupación por la imagen corporal puede impactar negativamente o, por el contrario, en su proceso de maduración durante su vida universitaria, dejar de serlo. En la etapa universitaria, el gusto, el hábito o interés por realizar actividad física con fines deportivos o recreativos se encuentra definido y buscarán continuarlo quienes pueden o estén interesados.

No obstante, los factores de riesgo externos favorecedores del desarrollo de la insatisfacción con la IC, pueden influir en el estudiante en la búsqueda por alcanzar un “cuerpo ideal”, favoreciendo así la insatisfacción con la IC. Lo anterior ha motivado a realizar un estudio para valorar la prevalencia de la insatisfacción con la IC, entre sujetos jóvenes universitarios, con y sin la autodenominación de practicar o realizar actividad física. El objetivo de este estudio es determinar si la insatisfacción con la IC entre la población universitaria que practica o no práctica actividad física presenta diferencia entre los indicadores de imagen corporal y la insatisfacción con la imagen corporal.

MÉTODO

El trabajo se realizó con un diseño descriptivo, no experimental y transversal. Con el objetivo de describir variables y analizar su incidencia o interrelación entre los dos grupos de varones universitarios que realizan y no un deporte, en la selección de los sujetos no existió ni manipulación intencional, y los datos obtenidos se analizaron en un tiempo único.

Participantes

El estudio contó con una muestra de 230 hombres universitarios de los cuales 121 (52.6) eran no deportistas y 109 (47.4) deportistas. Todos pertenecían a la facultad de ciencias de la cultura física de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH), nivel licenciatura, con edades que van desde los 18 a los 25 años, con una edad promedio de 21.08 años y con una desviación estándar de 2.14 años.

Instrumentos

Cuestionario demográfico

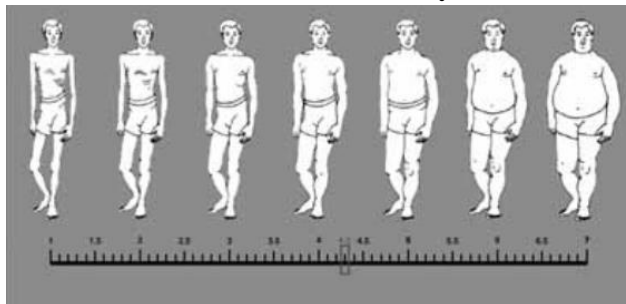
Por medio de una pregunta específica, se determinó si los participantes practicaban deporte. La pregunta fue: ¿Practicar un deporte de forma constante a manera de entrenamiento (por lo menos 4 horas a la semana) y con fines competitivos? las opciones de respuesta eran SÍ/NO. En caso de una respuesta afirmativa, se procedía a la siguiente pregunta para conocer qué deporte practicaban.

Evaluación de la insatisfacción con la IC

Escala Informatizada para la Estimación del Contorno de la Figura (EIECF).

Escala adaptada e informatizada por Gastélum y Blanco (2006), de la versión original Contour Drawing Rating Scale (CDRS) de Thompson y Gray (1995). Esta escala está formada por 7 figuras humanas a escala, hombre o mujer, según el caso (Figura 1). Las figuras van desde, «figura 1, muy delgada», hasta «figura 7, muy gruesa». Se les presenta la hilera de las figuras tres veces, una para el registro de la IC actual ¿cómo crees que eres?, la segunda para la IC ideal ¿cómo quieres ser? y la tercera con la IC social ¿cómo crees que te ven los demás?, dependiendo con la figura que el sujeto se identifique y seleccionando el lugar en la escala numérica. La insatisfacción corporal se determinó por medio de la diferencia absoluta entre la posición de la figura ideal y la figura actual.

Figura 1. Escala Informatizada para la Estimación del Contorno de la Figura; figura actual, versión hombres (Gastélum y Blanco, 2006)



Procedimiento

Se solicitó autorización a las autoridades educativas pertinentes para la implementación del estudio en estudiantes de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Una vez obtenido el permiso se invitó, durante el semestre agosto-diciembre 2022, a las estudiantes de todos los grados de las licenciaturas en el área de Cultura Física a participar en el mismo, (muestra postpandemia). Aquellos que aceptaron participar, firmaron la carta de consentimiento informado y, reclutándose un total de 230 participantes.

Se realizaron sesiones de aplicación de los instrumentos, en donde al inicio de cada sesión, se expuso una breve introducción sobre la importancia de la investigación y se proporcionaron instrucciones sobre cómo acceder al instrumento. Se solicitó a los participantes que respondieran con la mayor sinceridad posible y se les garantizó la confidencialidad de los datos recopilados. Las instrucciones para responder estaban disponibles en las primeras pantallas, antes del primer ítem del cuestionario. Al finalizar la sesión, se agradeció a las participantes por su colaboración.

Análisis de datos

Una vez aplicado el instrumento, se recopilaron los resultados utilizando el módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco, Tristán, Mayorga, y Ornelas, 2013).

Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos (medias y desviaciones estándar) para las tres variables de respuesta. Tras verificar que los datos cumplieran con los supuestos de los análisis estadísticos paramétricos, se realizó un análisis multivariante de varianza (MANOVA), seguido de análisis de varianza univariados (ANOVAs). Estos análisis se utilizaron para examinar las diferencias entre hombres deportistas y no deportistas en relación con la satisfacción con la IC, imagen real, ideal, social e insatisfacción. El tamaño de los efectos se estimó mediante la eta cuadrado (η^2). Para los análisis post hoc, se empleó la prueba de Bonferroni. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 22.0 para Windows. Se estableció un nivel de significación estadística en $p = .05$.

RESULTADOS

Las medias y desviaciones estándar de los puntajes en los factores de imagen actual, imagen ideal, imagen social e insatisfacción con la IC, junto con los resultados del MANOVA y los ANOVAs subsiguientes se presentan en la Tabla 1.

El MANOVA reveló diferencias globales significativas en las puntuaciones de insatisfacción con la IC en deportistas (Λ de Wilks = .963; $p < .72$; $\eta^2 = .37$). Los ANOVAs posteriores indicaron que los deportistas presentan menor puntaje en el

factor de Insatisfacción con la IC ($F = 5.525$, $p < .05$), en comparación con los No deportistas. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos; tanto en la imagen actual, imagen ideal e imagen social.

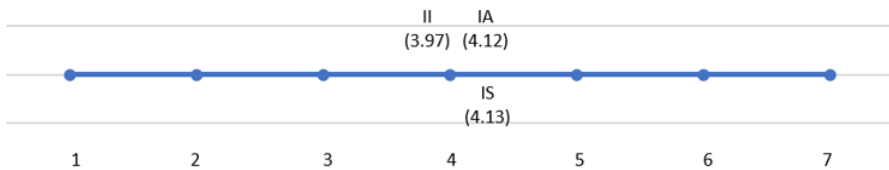
Tabla 1. Resultados del MANOVA y ANOVAs para las diferencias en las puntuaciones obtenidas en la escala EIECF y la insatisfacción con la IC de acuerdo con la variable deportista

Imagen	DEPORTISTA		F	P	η^2
	Deportista N=109	No Deportista N=121			
Imagen actual	4.12 (0.76)	4.12 (0.95)	0.000	.996	.000
Imagen ideal	3.97 (0.42)	3.96 (0.54)	0.025	.876	.000
Imagen social	4.13 (1.02)	4.27 (1.31)	0.795	.373	.003
Insatisfacción con la IC	0.45 (0.56)	0.63 (0.57)	5.525*	.020	.024

Nota: * = $p < .05$ ** = $p < .01$. La desviación estándar aparece entre paréntesis a un lado de cada media

Los resultados del análisis de varianza de medidas repetidas en la submuestra de deportistas revelan que, de las comparaciones posibles entre los tres factores de IC, los deportistas muestran diferencias significativas ($p = .006$) entre la imagen actual y la imagen ideal, indicando de acuerdo con la diferencia (.160), que los deportistas quieren una imagen más delgada. Por otra parte, la diferencia entre la imagen ideal y social mostró también una diferencia significativa ($p = .004$), indicando de acuerdo con la diferencia (-.240), que los deportistas perciben que la sociedad espera de ellos una imagen más delgada (Figura 2).

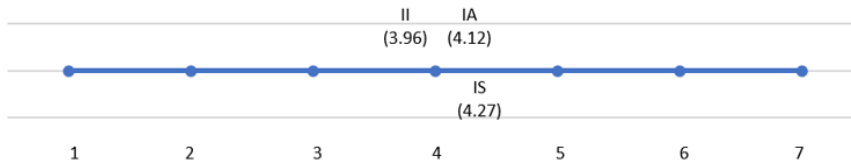
Figura 2. Medias de los factores de imagen corporal. Deportistas. Imagen actual (IA), imagen ideal (II) e imagen social (IS)



Los resultados del análisis de varianza de medidas repetidas en la submuestra de No deportistas revelan que, de las comparaciones posibles entre los tres factores de IC, hay diferencias significativas ($p = .018$) entre la imagen ideal y la social, indicando de acuerdo con la diferencia encontrada (.311) que la imagen ideal corresponde a las exigencias sociales. Por otra parte, la diferencia entre la imagen actual y social mostró también una diferencia significativa ($p = .042$) indicando de acuerdo con la diferencia

(-.146) que los sujetos perciben que la sociedad espera de ellos una apariencia más delgados de cómo son (Figura 3).

Figura 3. Medias de los factores de imagen corporal. No deportistas. Imagen actual (IA), imagen ideal (II) e imagen social (IS)



DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue comparar la imagen corporal de dos grupos de hombres universitarios, unos que practican y los que no, un deporte. Los resultados indican que tanto los participantes deportistas, como los no deportistas, presentan patrones similares en las tres variables de percepción de su IC. Esto es importante porque, en particular, refiriéndose a la imagen ideal y la imagen social, al ser iguales los grupos de deportistas y no deportistas, indica que han introyectado el mismo tipo de cuerpo como normal. Por otra parte, se detectó una diferencia entre los grupos en la insatisfacción con la IC. Los participantes que practican deporte tienen una mejor satisfacción con su IC, y esto se puede argumentar por la práctica de la actividad física que conlleva muchos beneficios, no solo en la salud física, sino también en la mental; en la mejora es la autoestima, la autoaceptación y la imagen corporal (Moreno y Cervelló, 2011). Esto coincide con un estudio realizado en personas que realizan actividad física, donde la muestra total presentó baja insatisfacción con la imagen corporal y alto bienestar psicológico (Reyes-Rincón et al., 2021). Por otro lado, un estudio previo con población similar a la nuestra reportó una menor satisfacción con la IC en personas sedentarias (Blanco, Tristán, Mayorga, y Ornelas, 2016).

Por otra parte, es de considerarse que el presente trabajo se realizó en un tiempo inmediatamente posterior al confinamiento por la pandemia de COVID-19 (agosto-diciembre 2022), y tras ella muchos aspectos emocionales fueron afectados, como lo informan estudios que abordan variables psicológicas similares a las analizadas en el presente trabajo (Sanday, Scappatura, y Rutzstein, 2020).

Por ejemplo, un estudio de Flores-Olivares, Cervantes-Hernández, Quintana-Medias y Enríquez-del Castillo (2021) en torno a la IC, reportó un cambio negativo en esta, lo cual se relacionó con cambios en hábitos alimenticios y de reducción de actividad física debido al confinamiento por la pandemia COVID-19.

Dentro del grupo de deportistas encontramos que, su satisfacción con la imagen corporal es mejor que la de los sedentarios coincidiendo con reportes previos donde

informan que una imagen corporal positiva correlaciona significativamente con la participación en los deportes y viceversa, que la participación en deporte, mejora la imagen corporal la aumenta (Ouyang et al., 2020). Con respecto a la percepción de IC, ellos mismos tienden a visualizarse de una manera más robusta de la que quisieran tener y de lo que creen que la sociedad los percibe; esto puede deberse a lo que algunos autores indican sobre la alta importancia dada en algunos deportes al aspecto físico y a la estética, resaltando especialmente en la importancia de la figura esbelta (Teixidor-Batlle, Ventura, y Andrés, 2021). A pesar de que la sociedad reciente incita a tener más volumen muscular, algunos de ellos perciben que deberían ser más delgado, lo que sugiere que los entornos también están afectando la satisfacción de la imagen corporal. Esta IC puede ser de dos tipos: la de quienes desean una imagen corporal que indique fuerza y musculatura y los que desean una imagen más delgada y magra (Jiménez-Flores, Jiménez-Cruz, y Bacardí-Gascón, 2017).

En el grupo de no deportistas no se encontró diferencia significativa entre su imagen actual y la ideal, no percibiéndose entonces, una preocupación por mejorar su imagen actual hacia la ideal, y podría explicarse porque no poseer ellos una internalización de los prototipos sociales de belleza (Faro, Whiteley, Hayman, y Napolitano, 2021). Se encontró una diferencia significativa entre la imagen ideal y la social, donde se puede entender que este grupo de no deportistas, si sabe de las exigencias de la sociedad por la apariencia física, aunada a los indicios del aumento de la presión social por la apariencia física en el sexo masculino (Aylwin et al., 2016).

CONCLUSIONES

La práctica regular de deporte parece tener un impacto positivo en la satisfacción con la imagen corporal en hombres universitarios, en comparación con aquellos que llevan una vida sedentaria. Los deportistas muestran una mayor conformidad con su cuerpo y un menor nivel de insatisfacción, lo que podría atribuirse a los beneficios físicos y psicológicos asociados a la actividad física, como la mejora de la autoestima y la autoaceptación.

Sin embargo, es importante destacar que la percepción de la imagen corporal es un constructo complejo, influenciado por múltiples factores, incluyendo los estándares sociales de belleza, la presión por alcanzar un determinado físico, y los cambios en los hábitos de vida post-pandemia.

En resumen, los principales hallazgos de este estudio sugieren que:

- El deporte como factor protector: La práctica regular de deporte actúa como un factor protector frente a la insatisfacción con la imagen corporal.
- Influencia de los estándares sociales: Tanto deportistas como no deportistas se ven afectados por los estándares sociales de belleza, aunque de manera diferente. Los

deportistas pueden internalizar estándares relacionados con la fuerza y la musculatura, mientras que los no deportistas pueden sentir una menor presión social.

En futuras investigaciones, sería interesante explorar:

- Tipos de deporte y e instrumentos de evaluación acordes al deporte: Si existen diferencias en la percepción de la imagen corporal entre quienes practican deportes entre aquellos que realizan deportes de fuerza y deportes de resistencia, también utilizando otros instrumentos de IC como lo es el BIG (Bodybuilder image grid) que abarca mediciones que van hacia aspectos con más musculatura.

- Frecuencia e Intensidad del ejercicio: Si la intensidad y duración de la actividad física influyen en la satisfacción con la imagen corporal.

- Factores psicológicos: La relación entre la percepción de la imagen corporal y otros factores psicológicos, como la autoestima, la ansiedad y la depresión.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Arbinaga, F. (2011). Fisicoculturistas consumidores de esteroides anabolizantes y sus relaciones con la autodescripción física y la ansiedad física social. *Universitas Psychologica*, 10(1), 137–147.

Aylwin, J., Díaz-Castrillón, F., Cruzat-Mandich, C., García, A., Behar, R., y Arancibia, M. (2016). Vivencias y significados en torno a la imagen corporal en varones chilenos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 125–134.

Blanco, L.H., Tristán, J.L., Mayorga, D., y Ornelas, M. (2016). Insatisfacción corporal en universitarios mexicanos deportistas y no deportistas. *Retos. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (30), 168–170. doi: 10.47197/retos.v0i30.50216

Castro-Lemus, N. (2016). Re-conceptualización del constructo de IC desde una perspectiva multidisciplinar. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 192(781), 1–13. doi: 10.3989/arbor.2016.781n5010

Faro, J.M., Whiteley, J.A., Hayman, L.L., y Napolitano, M.A. (2021). Body image quality of life related to light physical activity and sedentary behavior among young adults with overweight/obesity. *Behavioral Sciences*, 11(8), 111. doi: 10.3390/bs11080111

Flores-Olivares, L.A., Cervantes-Hernández, N., Quintana-Medias, E., y Enríquez-del Castillo, L.A. (2021). Actividad física y estilo de vida sedentario en adultos, cambios durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19. *Salud Pública de México*, 63(6), 825–825. doi: 10.21149/13199

Gastélum, G. y Blanco, H. (2006). Versión informatizada de la Escala Estimación del Contorno de la Figura. En *Facultad de Educación Física y Ciencias del Deporte (Ed.), X Congreso Internacional, Facultad de Educación Física y Ciencias del Deporte* (pp. 285–286).

Izquierdo, G.M. (2014). Percepción de cuerpo e IC masculina: Una revisión narrativa. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(1), 17–30.

Jiménez-Flores, P., Jiménez-Cruz, A., y Bacardí-Gascón, M. (2017). Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479–489. doi: 10.20960/nh.455

López, R. (24 de enero de 2015). El prototipo ideal de hombre a través del tiempo. Recuperado de: <http://blogs.diariodenavarra.es/fitness/2015/01/24/el-prototipo-ideal-de-hombre-a-traves-del-tiempo/>

Moreno, J.A. y Cervelló, E. (2011). Relación de los motivos de práctica deportiva en adolescentes con la percepción de competencia, imagen corporal y hábitos saludables. *Cultura y Educación*, 23(4), 533–542.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Actividad física*. Recuperado el 20 de septiembre de 2024 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Ouyang, Y., Wang, K., Zhang, T., Peng, L., Song, G., y Luo, J. (2020). The influence of sports participation on body image, self-efficacy, and self-esteem in college students. *Frontiers in Psychology*, 10, 3039. doi: 10.3389/fpsyg.2019.03039

Reyes-Rincón, H., Gibert-Isern, S., Ramírez-Colina, S., Pineda-Arredondo, E., Argüelles-Nava, V.G., y Campos-Uscanga, Y. (2021). Espacios naturales, bienestar psicológico y satisfacción con la imagen corporal en corredores. *Revista de Psicología Aplicada al Deporte y al Ejercicio Físico*, 6(2), 1–10. doi: 10.5093/rpade2021a17

Sanday, J., Scappatura, M.L., y Rutzstein, G. (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los hábitos alimentarios y la IC. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires*.

Sandoval, M., García, I., y Pérez, M. (2009). Trastorno dismórfico corporal. *Retos*, 25(3), 244–250.

Teixidor-Batlle, C., Ventura, C., y Andrés, A. (2021). Eating disorder symptoms in elite Spanish athletes: Prevalence and sport-specific weight pressure. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.559832

Thompson, M.A. y Gray, J.J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258–269.

Tiggemann, M. y Anderberg, I. (2020). Muscles and bare chests on Instagram: The effect of influencers' fashion and fitspiration images on men's body image. *Body Image*, 35, 237–244. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.10.001

CAPÍTULO 29

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL EN JÓVENES EX-TUTELADOS

TANIA ABELLA REIMÓNDEZ* Y OLGA ARIAS GUNDÍN**
**Fundación Cruz de Los Ángeles; **Universidad de León*

INTRODUCCIÓN

Las viviendas de menores tutelados dan servicio a niños y niñas que por ausencia de figuras de crianza viables, deben salir de sus hogares y el ambiente en el que se han criado, algo que produce inestabilidad en ellos a diversos niveles. Este modelo de atención especializado, denominado acogimiento residencial, surge en nuestro país en la década de los 90, y sigue desempeñando un papel fundamental (Delgado y Fornieles 2012).

La falta de estabilidad en los menores, junto a los efectos de una crianza deficiente y/o inadecuada, tanto en el ámbito educativo como en el emocional y evolutivo, es la que provoca en ocasiones graves consecuencias en el estado actual de los menores, a lo que también se suman los efectos del cambio que supone para ellos su ingreso en la vivienda. La mayoría de los estudios señalan que los niños criados en instituciones tienen más problemas emocionales y conductuales, y presentan altos niveles de sintomatología internalizada, y problemas exteriorizados (Delgado y Fornieles 2012).

Estudios realizados en varios países de Europa, muestran que la prevalencia en problemas de salud mental infanto - juvenil, es cuatro veces mayor en población tutelada que en la población general. Entre ellos, uno realizado en España, señala que un 27% de los menores en acogimiento residencial, de entre 6 y 18 años, están recibiendo tratamiento por este motivo (Sainero, del Valle, y Bravo, 2015).

Un estudio reciente de carácter longitudinal realizado en España encontró que aproximadamente el 60% de los niños y jóvenes evaluados mantenían niveles clínicos de problemas de salud mental en la evaluación inicial. Estos trastornos abarcan desde problemas externalizantes, como conductas agresivas y desafiantes, hasta problemas internalizantes, como ansiedad y depresión, así como problemas psiquiátricos más graves. También incluyen problemas de apego, inseguridad en las relaciones, comportamientos sexuales inapropiados, ansiedad relacionada con traumas, problemas de conducta y déficit de atención/hiperactividad, junto con autolesiones y trastornos alimentarios. Factores como la edad avanzada al ingresar al sistema de protección, la inestabilidad en el lugar de acogida, los antecedentes de maltrato y las

condiciones familiares adversas se identifican como predictores de peores resultados en salud mental.

Estos datos reflejan la necesidad urgente de intervenciones terapéuticas adecuadas y apoyo continuo para esta población vulnerable (González-García et al., 2023).

También se ha comprobado que existe una mayor representación de jóvenes tutelados entre la población de jóvenes infractores que cumplen o han cumplido medidas judiciales. Una investigación llevada a cabo por el colegio de psicólogos de Madrid, analiza el perfil de estos jóvenes comparándolo con el resto de jóvenes tutelados, y entre los datos cabe destacar los referidos a la salud mental, donde el porcentaje de menores con medidas judiciales que recibe algún tipo de atención psicológica es significativamente mayor que el de los menores no infractores (Martín, González-Navasa, y Domene-Quesada, 2021).

Estudios como este, denotan la necesidad de analizar estas situaciones, no solo desde el punto de vista del menor, si no en pro de que pueda disminuir la incidencia de conducta delictiva, con el beneficio social que esto implicaría. Además de lo mencionado, también sería relevante desde un punto de vista de la prevención de cara a su vida adulta, como ha mostrado un estudio cualitativo reciente realizado en Grecia (Tatsiopolou, Chatzidimitriou, Georgaca, y Abatzoglou, 2020), que proporciona una visión profunda sobre las experiencias que viven en los centros tutelados, y su impacto a largo plazo en la vida adulta de los menores. Los resultados revelan que se enfrentan a desafíos significativos, incluyendo problemas de salud mental persistentes, dificultades en la educación y problemas graves de comportamiento. Muchos de ellos experimentan problemas de vivienda y empleo, así como dificultades en las relaciones interpersonales. La investigación subraya la necesidad de proporcionar apoyo continuo y específico, así como un periodo de transición bien estructurado y con seguimiento sistemático, para mejorar los resultados en la vida adulta. Estos datos, por un lado, refuerzan la importancia de fijar nuestra atención en este colectivo tan vulnerable, y por otro, muestra que la investigación se ha centrado sobre todo en la etapa infanto-juvenil, y en los aspectos de salud mental, es decir, en el bienestar psicológico, sin tener en cuenta el aspecto social o comunitario, que como resalta el estudio de Tatsiopolou, Chatzidimitriou, Georgaca, y Abatzoglou (2020), tiene consecuencias relevantes en la vida adulta dificultando una adecuada integración socio comunitaria.

El concepto de bienestar psicosocial, se ha desarrollado en base a dos constructos, el bienestar psicológico, desarrollado a través de las investigaciones de Ryff (1989) y el bienestar social, basado en los estudios de Keyes (1998).

El bienestar psicológico gira en torno a lo que hace crecer a las personas como individuos, sentirse vivas y realizadas, más que a las actividades que les dan placer o

las alejan del dolor. Se centra en el desarrollo personal, en como las personas afrontan los retos de su vida, y el esfuerzo que ponen en lograr sus metas. La percepción de uno mismo y la capacidad de manejar el medio y la propia vida de manera efectiva, junto con la elaboración de un proyecto vital, mediante el cual se tiene la creencia de que la vida tenga sentido y significado. También incluye la valoración de sus circunstancias y su papel dentro de la sociedad; siendo este un aspecto muy relevante a tener en consideración, dado que no se puede considerar a las personas aislados del medio, cuya satisfacción, felicidad o crecimiento se producen al margen del contexto en el que se encuentran. Por este motivo además de la dimensión individual, se tiene en cuenta la social, el mundo dado y el mundo intersubjetivamente construido. Desde el punto de vista social, el bienestar consiste en que la persona tenga relaciones positivas con otros, percibiendo un apoyo social satisfactorio; que crea que domina y controla su ambiente, que se sienta autónomo del entorno, a la vez que conectado con él. Este sería el bienestar social, que se basa en las creencias implícitas positivas sobre el yo, el mundo y los otros, además de aportar los elementos sociales y culturales promotores de la salud mental (Zubieta, Muratori, y Fernández, 2012).

Ryff y Keyes (1995) propusieron seis dimensiones para operativizar el Bienestar Psicológico: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Asimismo, el concepto de Bienestar Social desarrollado por Lee y Keyes (1998) recoge los aspectos interpersonales de la salud mental, y se compone de cinco dimensiones: integración social, aceptación social, contribución social, actualización y coherencia sociales.

Son pocos los estudios que hacen referencia al concepto de bienestar psicosocial, o similar, en esta población una vez han salido de los centros tutelados, cabe destacar el llevado a cabo por Gullo, García-Alba, Bravo, y del Valle (2023), en el cual se analizó el ajuste psicosocial de población ex - tutelada en términos de autoestima, bienestar, y problemas conductuales y emocionales, ya que los menores que cumplen la mayoría de edad bajo una medida de protección, constituyen una población especialmente vulnerable. Su paso a la vida adulta se produce de manera acelerada, prematura y con escasos recursos, lo que dificulta su integración social. Esto, junto a otros factores de vulnerabilidad, hace que presenten en mayor medida, problemas de salud mental, un autoconcepto negativo y menor bienestar. Los resultados mostraron niveles bajos en la variable estudiada, especialmente en las chicas, y la importancia de reforzar los apoyos dados a esta población.

Por todo ello, el presente estudio tiene como objetivo principal analizar el nivel de bienestar psicosocial en jóvenes ex - tutelados que hayan vivido en pisos y/o centros tutelados de acogimiento residencial, y como objetivos específicos, relacionar

los constructos de bienestar psicológico y social con diversas variables que se presentan con frecuencia en el día a día de esta población.

De este modo, las hipótesis que se establecen para este estudio son las siguientes:

H1. El haber vivido en pisos y/o centros tutelados, influirá negativamente en su bienestar psicosocial, con niveles no significativamente altos en el mismo.

H2. Existirán relaciones significativas en los constructos de bienestar psicológico y bienestar social de estos jóvenes, con diversas variables presentes en sus vidas, afectando a los niveles de bienestar.

Se espera que de los resultados obtenidos se pueda extraer conclusiones importantes que permitan abrir nuevas vías de investigación en torno al funcionamiento de estas viviendas y los recursos que se ponen a disposición para la educación de los menores y su bienestar. De esta forma, los datos de esta investigación servirán como punto de partida para determinar si existe, o no, algún problema o deficiencia, e investigar cuales son las variables que puedan influir, positiva y negativamente.

MÉTODO

Participantes

La muestra se compone de 14 jóvenes ex – tutelados (6 mujeres y 8 hombres) de edades comprendidas entre 18 y 24 años, utilizando la técnica de bola de nieve para la recogida de los datos.

Instrumentos

Para la medida de las variables dependientes del estudio se han utilizado las versiones en español de dos cuestionarios específicos ya validados previamente y utilizados en diversos estudios internacionales; concretamente la versión corta de la escala de bienestar psicológico de Carol Ryff (Díaz et al., 2006), y el cuestionario de bienestar social de Corey Keyes (Díaz y Blanco, 2005).

La *escala de bienestar psicológico* está conformada por 29 ítems, que miden seis constructos: i) autoaceptación que hace referencia a los sentimientos positivos sobre uno mismo; ii) relaciones positivas con otras personas en alusión a las relaciones cálidas, satisfactorias y de confianza con los demás; iii) autonomía en relación a la autoevaluación positiva y capacidad de resistir las presiones sociales; iv) dominio del entorno que hace referencia a la capacidad de gestionar la vida y las responsabilidades; v) propósito en la vida en alusión al sentido de dirección y objetivos de la vida; y vi) crecimiento personal relacionado con la percepción de crecimiento y desarrollo continua como persona. Para dar respuesta se utiliza una escala tipo Likert de 6 puntos, donde 1 = “Totalmente en desacuerdo” y 6 = “Totalmente de acuerdo”. Algunos ítems aparecen de forma inversa para reducir la

posibilidad de respuestas sesgadas por parte de los encuestados. La consistencia interna de las escalas originales muestra valores α (coeficiente de Cronbach), que oscilan entre 0,78 y 0,81. La versión adaptada presenta una buena consistencia interna, con valores α mayores o iguales a 0,70.

La *escala de bienestar social* está conformada por 25 ítems que miden cinco constructos: i) integración social en relación al sentimiento de pertenencia y conexión con la comunidad; ii) aceptación social que hace referencia a la percepción de la sociedad y de las personas que la componen, con una actitud positiva hacia los demás; iii) contribución social que mide los sentimientos de ser un miembro valioso de la sociedad, haciendo contribuciones significativas; iv) actualización social en relación con la evaluación positiva del potencial y la trayectoria de la sociedad, creyendo en su progreso y desarrollo; y v) coherencia social que hace referencia a la comprensión de la sociedad y su funcionamiento, percibiéndola como comprensible, ordenada y lógica. Para su respuesta se utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y 5 a “totalmente de acuerdo”. Algunos ítems están redactados de forma inversa, para evitar respuestas sesgadas. La consistencia interna de las escalas originales varía, con valores α (coeficiente de Cronbach) entre 0,41 y 0,81, en función del constructo analizado. La versión adaptada en castellano muestra una buena consistencia interna, con valores α que oscilan entre 0,68 y 0,83, mejorando en varios casos los valores de la versión original.

De este modo, y para el presente estudio se ha confeccionado un único cuestionario, a través de la plataforma Google Forms, conformado en primer lugar por variables de carácter sociodemográfico, y por los dos cuestionarios indicados. Algunas de las variables sociodemográficas que se han incluido, son la fecha y el lugar de nacimiento, ciudad en la que viven ahora, sexo, el nivel de estudios terminados, si actualmente estudian y/o trabajan, con quien viven ahora, si reciben atención y/o tratamiento de salud mental, y si antes de cumplir los 18, han residido en viviendas o centros tutelados de acogimiento residencial. Dentro del grupo de jóvenes que, si han estado tutelados, también se tienen en cuenta variables sociodemográficas, como la edad a la ingresaron en su primera vivienda, y a la que se fueron, los años que estuvieron tutelados, si estuvieron en familias de acogida antes o durante el proceso, o si tenían contactos y/o salidas con familiares biológicos y/o acogedores.

Procedimiento

En primer lugar, se ha hecho una revisión exhaustiva de la literatura previa para identificar el estado actual del conocimiento y las lagunas existentes en relación con el tema de estudio, al igual que para determinar los instrumentos de evaluación más adecuados.

Partiendo de los cuestionarios citados en el apartado anterior, se ha elaborado un cuestionario final, en el que se ha incluido una primera parte de recogida de datos sociodemográficos. El cuestionario final se ha realizado a través de la plataforma Google Forms, en un primer momento se ha enviado a tres expertos para que lo revisaran y dieran las sugerencias pertinentes para que este se entendiera perfectamente; y posteriormente se ha realizado un pilotaje con jóvenes para igual comprobación. Una vez concluida esta fase, se comienza el muestreo enviando el enlace a la versión final del cuestionario a un pequeño grupo de jóvenes ex – tutelados, quienes, a su vez, lo han reenviado a otros jóvenes, también ex - tutelados. Esta fase de recogida de datos duro tres semanas, enviándose emails recordatorios cada semana a los contactos iniciales.

Análisis de datos

Una vez finalizada la recogida de datos, se procedió a realizar el tratamiento estadístico de los datos recogidos mediante el programa SPSS. Se utilizaron pruebas no paramétricas debido al reducido número de la muestra. Para hallar las correlaciones se utilizaron las pruebas de Spearman y Chi cuadrado, dependiendo de la naturaleza de las variables, pero siempre con significación menor a 0.05.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio siguiendo los objetivos establecidos; en primer lugar, se analiza el bienestar psicosocial de los jóvenes que hayan crecido en viviendas o centros tutelados, y se continuará con la relación de los constructos que operativizan este bienestar, con las diferentes variables presentes en la vida de estos jóvenes.

Analizar el nivel de bienestar psicosocial en jóvenes ex – tutelados

El Bienestar Psicosocial se ha operativizado en los constructos de bienestar psicológico y bienestar social. El grupo de ex - tutelados (n=14), presento una puntuación media de Bienestar Psicológico de 119,79 (DT=23,23) y de Bienestar Social de 84,14 (DT=14,31).

Relacionar el bienestar psicosocial con variables relevantes en la vida de los jóvenes ex – tutelados

Para el presente estudio además del Bienestar Social y Psicológico se han tenido en cuenta diversas variables consideradas relevantes en el desarrollo de los menores tutelados. En la Tabla 1 se recoge la distribución de la muestra en función del género.

Tabla 1. Distribución de variables en población ex – tutelada en función de género

Hombre	Mujer			
	n	%	n	%
Ciudad de residencia	León	0 0,0%	2	100,0%
	Ponferrada	7 77,8%	2	22,2%
	Valladolid	1 100,0%	0	0,0%
	Zamora	0 0,0%	2	100,0%
Tratamiento de salud mental actual	No	6 75,0%	2	25,0%
	Si, ambos	0 0,0%	1	100,0%
	Si, psicológico	2 40,0%	3	60,0%
Nivel de estudios terminados	ESO o FP Básica	4 40,0%	6	60,0%
	Primaria	4 100,0%	0	0,0%
Actualmente estudiando	Sí	1 33,3%	2	66,7%
	No	7 63,6%	4	36,4%
Trabajando actualmente	Sí	6 60,0%	4	40,0%
	No	2 50,0%	2	50,0%
¿Con quién convives ahora?	Amigos o compañeros de piso	1 50,0%	1	50,0%
	Familia	4 66,7%	2	33,3%
	Hijo/as	0 0,0%	1	100,0%
	Pareja	1 100,0%	0	0,0%
	Pareja e hijo/as	1 100,0%	0	0,0%
	Solo/a	1 33,3%	2	66,7%
¿En qué tipo de viviendas estuviste?	Centro de menores	1 33,3%	2	66,7%
	Centro de socialización	1 50,0%	1	50,0%
	Vivienda hogar	7 63,63%	4	36,37%
	Centro de menores	2 50,0%	2	50,0%
	Centro de reforma	0 0,0%	1	100,0%
¿Compartiste vivienda con algún hermano o familiar cuando estabas tutelado?	Con alguno/a compartí vivienda, con otros/as no	1 33,3%	2	66,7%
	No	3 42,9%	4	57,1%
	Sí, compartimos vivienda todo el Tiempo	1 100,0%	0	0,0%
	Si, compartimos vivienda una Temporada	1 100,0%	0	0,0%
	Si, estaba en otra vivienda	2 100,0%	0	0,0%
	No	6 60,0%	4	40,0%
Además del centro o vivienda tutelado, ¿has vivido con familia/s de acogida?	Si, una, antes del centro de menores	1 100,0%	0	0,0%
	Si, una, entre estancias en centros demenores	1 33,3%	2	66,7%
	No	8 80%	2	20%
Convivencia con familia biológica entre viviendas o centros tutelados	Sí, familia biológica directa (padres,hermanos/as)	0 0,0%	2	100,0%
	Si, familia extensa (abuelos, tíos, primos)	0 0,0%	2	100,0%
Salidas con familiares y/o acogedores	Sí, familia biológica directa	6 66,7%	3	33,3%
		4 66,7%	2	33,3%

Se observa una distribución desigual entre hombres y mujeres según la ciudad de residencia, al igual que variaciones en la prevalencia de tratamientos de salud mental, niveles de educación, y situaciones laborales y de convivencia. Por ejemplo, la mayoría de los encuestados, que viven en Ponferrada, han completado estudios de Primaria, mientras que en otras áreas predominan niveles educativos más altos como la E.S.O. o F.P. Básica.

Seguidamente, y con objeto de analizar si existe relación, o no, entre el Bienestar tanto con las variables sociodemográficas actuales como con otras variables relacionadas con su estancia en las viviendas tuteladas cuando eran menores, se realizaron análisis de correlación, como se recoge en la tabla 2.

Tabla 2. Coeficiente de correlación de Spearman, relación de variables con el Bienestar psicológico y social

	Bienestar psicológico	Bienestar Social
1. Bienestar psicológico	1	
2. Bienestar social	,772**	1
3. Edad	-,390	-,619'
4. Convivencia actual	,219	-,104
5. Estudios actuales	,195	,195
6. Situación laboral actual	-,452	-,530
7. Atención salud mental	,005	-,030
8. Nivel de estudios terminados	-,412	-,039
9. Edad de ingreso en centros	,263	,115
10. Tiempo de estancia en centros	-,267	-,111
11. Edad al salir del centro	-,262	-,120
12. Años transcurridos de la salida	-,362	-,618'
13. Convivencia con familia biológica entre centros	,344	,120
14. Compartir centros con familiares	-,121	-,303

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se observó una correlación positiva alta entre el bienestar psicológico y el bienestar social, indicando que aquellos con mejor bienestar psicológico también presentan un mayor bienestar social. Además, la edad mostró una correlación negativa moderada con el bienestar social, sugiriendo que, a mayor edad, el bienestar social tiende a disminuir, al igual que sucede con el tiempo transcurrido desde la estancia en la última vivienda o centro tutelado, a mayor tiempo, menor bienestar. Por otro lado, se identificó una correlación negativa extremadamente significativa entre el tiempo de estancia en centros y la edad de ingreso en centros ($r = -0,988$, $p < 0,01$), lo que sugiere que aquellos que ingresaron a una edad más temprana en centros de cuidado tienden a tener estancias más prolongadas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue analizar el nivel de bienestar psicosocial en jóvenes ex - tutelados que hayan vivido en pisos y/o centros tutelados de acogimiento residencial. Teniendo en cuenta que la puntuación máxima a obtener en los cuestionarios de BP y BS es de 174 y 125 respectivamente, los resultados muestran puntuaciones moderadas, sin ser significativamente altas, lo cual nos lleva a aceptar la hipótesis que habíamos planteado, donde se esperaba que el bienestar psicológico y social de los jóvenes que han vivido en un piso y/o centro tutelado durante su infancia y/o adolescencia, se viera influenciado de manera negativa en su vida adulta.

Estos hallazgos concuerdan con estudios previos que han indicado que los jóvenes en acogimiento residencial tienden a presentar mayores problemas emocionales y conductuales, así como niveles más bajos de bienestar psicológico y social (Barth 2009; Delgado y Fornieles 2012; Sainero, del Valle, y Bravo, 2015; Tarren-Sweeney, 2017). Por ejemplo, Barth (2009) destacó que los jóvenes en acogimiento residencial enfrentan desafíos sustanciales en términos de salud mental, lo que puede deberse a la inestabilidad y las experiencias traumáticas vividas antes y durante el acogimiento.

En cuanto a los objetivos específicos, donde se pretendía relacionar diversas variables de la vida de estos jóvenes, con su bienestar psicológico y social, se ha encontrado una relación inversa entre el tiempo que ha pasado desde que salieron de la última vivienda o centro y su bienestar social, a mayor tiempo transcurrido de abandonar un ambiente estable rodeados de apoyo emocional, psicológico, social y económico, menor es el bienestar. La ausencia de un entorno de apoyo estable y continuo después de abandonar el cuidado residencial está significativamente relacionada con una disminución del bienestar y una mayor vulnerabilidad a largo plazo, lo que resalta la necesidad de acompañar y sostener a los jóvenes durante su transición hacia la adultez (Gabriel et al., 2021). Siguiendo con las variables temporales, también existe una relación inversa entre la edad de ingreso de estos menores y el tiempo que pasan en las viviendas, cuanto menor edad tienen cuando llegan al primer centro, más tiempo viven en ellos.

Además de esto, los análisis muestran que la situación por la que pasan siendo menores, tiene consecuencias en otras áreas de su vida.

En primer lugar, encontramos que, en lo que se refiere al nivel de estudios, los jóvenes ex - tutelados presentan un retraso académico respecto a las etapas escolares finalizadas acordes a su edad, en ocasiones dos o tres cursos, que conlleva que pocos de ellos alcancen la mayoría de edad con el título de ESO o equivalente finalizado, mostrando de este modo una elevada tasa de fracaso escolar.

Esto es consistente con estudios previos que sugieren que los problemas en el hogar que conducen a la intervención de los servicios sociales suelen afectar negativamente

el rendimiento académico (González-García et al., 2023). Estas dificultades en el rendimiento académico pueden deberse a muchos factores, entre los que cabe destacar que al momento de su ingreso en la primera vivienda o centro, es habitual que ya presenten dicho retraso, ya que cuando existen problemas en los hogares que hace que los servicios sociales intervengan, una de las primeras áreas del menor que se ve afectada es la escolar, teniendo consecuencias en su rendimiento, y por consiguiente en sus resultados académicos, siendo también común, que el propio colegio sea el que de la primera voz de alarma de esta problemática, debido a que la conducta escolar del menor sea un reflejo de lo que ocurre en su casa. Recuperar este retraso, incluso ya en las viviendas tuteladas, no es fácil, pues en estas primeras etapas iniciales es donde se asientan las bases de muchos conocimientos imprescindibles a lo largo de todo el recorrido curricular. Otro aspecto relacionado con el nivel educativo es la situación actual en la que se encuentran estos jóvenes a la hora de realizar el presente estudio. Recién terminada la adolescencia, en los primeros años de lo que comienza a ser la juventud, para los jóvenes ex – tutelados, se produce un gran salto, entrando directamente en la adultez. Su situación, en la mayoría de los casos precaria, carente de apoyos suficientes, tanto sociales como familiares, les obliga a priorizar su independencia económica, anteponiendo el trabajar ante cualquier otra cosa, como podría ser continuar sus estudios, y en la mayoría de los casos, como hemos visto anteriormente, finalizarlos. Los resultados han mostrado un porcentaje más alto de jóvenes trabajando frente a los que están estudiando. Esta situación refleja una falta de apoyo estructural adecuado para facilitar una transición fluida y equitativa a la adultez, una problemática que se ha evidenciado en estudios contemporáneos sobre jóvenes ex-tutelados (Gypen, Vanderfaellie, De Maeyer, Belenger, y Van Holen, 2017).

Por todo ello, podemos afirmar que residir en las viviendas tuteladas cuando son menores, tiene consecuencias en aspectos más concretos en sus primeros años de juventud que afectan a su situación académica/laboral actual. Existe una predilección, puede que “forzada”, por trabajar en lugar de estudiar, una vez que los menores tutelados cumplen la mayoría de edad, asimismo el nivel académico obtenido es también inferior al que les correspondería por edad.

Por último, cabe señalar que el tiempo transcurrido desde que los jóvenes ex - tutelados abandonaron la última vivienda o centro, influye en su bienestar; dado que disminuye su bienestar social a medida que pasan los años.

REFERENCIAS

Barth, R. P. (2009). Preventing child abuse and neglect with parent training: Evidence and opportunities. *Future of Children*, 19, 95-118.

Delgado, L. y Fornieles, A. (2012). Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales. *Revista de Investigación en Educación*, 10(1), 158-171.

- Díaz, D. y Blanco, A. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de la versión corta de la escala de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *18*(3), 572–577.
- González-García, C., Vassiliadis, E., Moreno-Manso, J.M., Alcántara, M., del Valle, J.F., y Bravo, A. (2023). Changes in mental health of children and young people in residential care: Outcomes and associated factors. *Psychosocial Intervention*, *32*(1), 11–19. doi: 10.5093/pi2022a16
- Gullo, F., García-Alba, L., Bravo, A., y del Valle, J.F. (2023). The psychosocial adjustment of care leavers in their transition to adult independent living (El ajuste psicosocial de jóvenes extutelados en su transición a la vida adulta independiente). *International Journal of Social Psychology*, *38*(1), 35–65. doi: 10.1080/02134748.2022.2132747
- Gypen, L., Vanderfaeillie, J., De Maeyer, S., Belenger, L., y Van Holen, F. (2017). Outcomes of children who grew up in foster care: Systematic-review. *Children and Youth Services Review*, *76*, 74–83. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.02.035
- Lee, C. y Keyes, M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121–140.
- Martín, E., González-Navasa, P., y Domene-Quesada, L. (2021). Between two systems: Youth in residential care with legal measures. *Anuario de Psicología Jurídica*, *31*(1), 55–61. doi: 10.5093/APJ2021A5
- Ryff, C.D. y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719–727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Sainero, A., del Valle, J.F., y Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: Niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, *31*(2), 472–480. doi: 10.6018/analesps.31.2.182051
- Tarren-Sweeney, M. (2018). The mental health of adolescents residing in court-ordered foster care: Findings from a population survey. *Child Psychiatry and Human Development*, *49*(3), 443–451.
- Tatsiopoulou, P., Chatzidimitriou, C., Georgaca, E., y Abatzoglou, G. (2020). A qualitative study of experiences during placement and long-term impact of institutional care: Data from an adult Greek sample. *Children and Youth Services Review*, *116*. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105121
- Zubieta, E., Muratori, M., y Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Universidad de Buenos Aires Salud y Sociedad*, *3*.

CAPÍTULO 30

EL EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES: UN ESTUDIO PILOTO

RICARDO POCINHO*, SILVIA SILVA*, RUI SANTOS*, CRISTÓVÃO MARGARIDO*,
MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ**, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ**,
ÁNGELA TEJERA ALONSO**, FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS**,
Y SARA GORDO*

**Instituto Politécnico De Leiria; **Universidad Rey Juan Carlos*

INTRODUCCIÓN

La población mundial está envejecida y Portugal también acompaña esta tendencia, en cuanto asistimos a un incremento de la población mayor con más de 65 años, que representa actualmente 25% de la población portuguesa (INE, 2021; PORDATA; 2022)

El envejecimiento es una problemática que constituye un desafío para los sistemas sociales y de salud que se encuentran sobrecargados y sin capacidad de respuesta.

Efectivamente el envejecimiento normal determina un déficit físico, mental y funcional, lo que implica una mayor fragilidad de la persona mayor en varios ámbitos de su vida individual y social, aunque con diferente intensidad (Duque et al., 2015). Por lo tanto, la fragilidad puede representar una fase de transición entre el envejecimiento exitoso y la discapacidad funcional y consecuente dependencia e institucionalización (Cesari, Calvani, y Marzetti, 2017; Gobbens, Van Assen, Luijkx, Wijnen-Sponselee, y Schols, 2010; Sousa et al., 2021).

Son varios los factores de riesgo de fragilidad que contribuyen para la institucionalización, como, la carga física, emocional y financiera de los cuidadores, la falta de apoyo sociofamiliar, el aislamiento, la edad avanzada, la baja educación, la presencia de múltiples diagnósticos y comorbilidades clínicas, la polimedicación, las caídas, los episodios de hospitalización, así como los cambios neurocognitivos, psicopatológicos y funcionales (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, y Rockwood, 2013; Hajek et al., 2016; Jerez-Roig, Ferreira, Araújo, y Lima, 2017; Kimura, Yasunaga, y Wang, 2013; Lin et al., 2016).

Asociados los cambios sociodemográficos, asistimos igualmente a variaciones clínicas en la salud física, psicológica y social, que ponen de relieve la necesidad de repensar la prestación de cuidados que no impliquen única y exclusivamente respuestas sociales standard de cuidados formales, como las estructuras

residenciales, hogares, centros de día, o servicios de apoyo domiciliario que muchas veces presentan normas muy tipificadas y rígidas que no permiten una respuesta adecuada y personalizada a las necesidades reales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) apoya el envejecimiento activo y saludable a través de tres ejes: los cuidados de salud, la seguridad y protección, y la participación en programas de educación y aprendizaje a lo largo de la vida. Estos ejes permiten una mayor calidad de vida, bienestar físico, social y mental y una mejor satisfacción de necesidades.

Por tanto, la promoción del envejecimiento activo y saludable se basa en la valorización de la educación permanente con el desarrollo de programas de educación y actualización para que las personas sigan beneficiándose de oportunidades para adquirir nuevas capacidades y actualizar sus conocimientos, proporcionándoles un sentimiento renovado de importancia y propósito, aumentando así su satisfacción con la vida, su bienestar y su calidad de vida (Fonseca, 2021; Pociño, 2022).

Fue en este contexto que la Asociación Nacional de Gerontología Social (ANGES), en parceria con el Instituto Politécnico de Leiria y el Municipio de Pombal desarrolló un proyecto: el AGEING@LAB – Laboratorio Internacional de Estudios sobre el Envejecimiento, que promueve el envejecimiento activo y saludable, con el objetivo de mantener el individuo en su casa el mayor tiempo posible, y cerca de su comunidad. El AGEING@LAB sigue dos líneas de actuación: la investigación y la intervención en la comunidad.

El centro de investigación pretende ser un marco innovador y diferenciador en el estudio del envejecimiento. Con parcerías nacionales e internacionales, tiene como objetivo generar conocimiento científico y buenas prácticas en el cuidado de las personas mayores y sus cuidadores. Su propósito es ser un espacio que capacite y consolide científicamente proyectos e investigadores, a través del apoyo técnico y estratégico.

Atendiendo a las necesidades de la población mayor el AGEING@LAB creó un programa de intervención en la comunidad con actividades estímulo: el Centro Educativo para Mayores de Pombal (CEMP).

Las actividades desarrolladas se dividen en cuatro áreas de actuación:

Eje 1. Salud Mental con actividades de estimulación de las funciones cognitivas y ejecutivas, así como evaluación y encaminamiento en cuadros psicopatológicos, de ansiedad y depresión.

Eje 2. Salud Física con actividades para estimular las habilidades físicas y motoras, el estado nutricional y la capacidad funcional para realizar actividades de la vida diaria que brinden autonomía e independencia.

Eje 3. Social con actividades de socialización en grupo, como artes - música o manualidades y valoración de la red de apoyo sociofamiliar, el riesgo de aislamiento y soledad.

Eje 4. Medio ambiente con actividades dirigidas a la formación de habilidades técnicas como alfabetización en salud, alfabetización digital, ocio y bienestar.

El programa CEMP se basa así, en los supuestos del Envejecimiento Activo y Saludable y tiene como objetivos: i) desarrollar actividades estímulo validadas científicamente ii) combatir la fragilidad física, psicológica y social de las personas mayores; iii) prevenir la dependencia; iv) retrasar o evitar la opción de cuidados institucionales.

MÉTODO

El CEMP empezó como un proyecto piloto, con recurso a una metodología longitudinal de enero a diciembre de 2023 con una muestra por conveniencia dirigido a 30 participantes con más de 65 años, residentes en el municipio de Pombal, no institucionalizadas, y que no contaban con ningún tipo de apoyo institucional. Todos los participantes fueron informados de los objetivos y firmaron un consentimiento informado garantizando confidencialidad, anonimato y participación voluntaria del estudio.

Este proyecto tuvo como objetivos: i) evaluar la fragilidad en una muestra de personas mayores no institucionalizadas; ii) crear un programa educativo con actividades estímulo; iii) testar el impacto de un programa educativo en la fragilidad en personas mayores no institucionalizadas.

Este programa educativo, fue llevado a cabo en cuatro etapas:

Etapas 1 – Evaluación Inicial en la que se realizó un diagnóstico multidimensional a nivel sociodemográfico, clínico y de fragilidad física, psicológica y social de los participantes;

Etapas 2 – Implementación de un Programa Educativo que se desarrolló de lunes a viernes con actividades estímulo de: actividad física (dos veces por semana); entrenamiento cognitivo (una vez por semana); alfabetización digital (una vez por semana); alfabetización en salud (una vez por semana); y artes (tres veces por semana). En total, los participantes participaron en ocho actividades semanales.

La actividad física incluyó ejercicios de entrenamiento del equilibrio, postura corporal, movilidad y marcha con evaluación del riesgo de caídas, coordinación motora de los miembros superiores e inferiores y estado nutricional.

También se efectuó la evaluación de la funcionalidad para diagnosticar la capacidad de realizar de forma autónoma e independiente un conjunto de actividades de la vida diaria comer, vestir, caminar, higiene personal, manejo de medicamentos, seguir una

dieta rica y equilibrada, mantener un nivel adecuado de limpieza, cuidar la ropa y manejar el dinero.

El entrenamiento cognitivo incluyó ejercicios para estimular funciones cognitivas como la memoria a corto y largo plazo; lenguaje expresivo y receptivo; orientación temporal y espacial; atención/concentración selectiva y motora; percepción y asociación; funciones ejecutivas, así como el desarrollo de acciones de sensibilización sobre la demencia y otros trastornos neurodegenerativos y psicopatología.

La alfabetización digital incluyó tres clases según el nivel de conocimiento y dificultad y tuvo como objetivo promover la inclusión social y digital; estimular la ampliación de nuevos canales de comunicación y relaciones sociales a través del aprendizaje de habilidades informáticas, redes sociales, Microsoft office, fotografía en computadoras, tabletas o celular.

La alfabetización en salud incluye la colaboración con el equipo de atención primaria de salud en el que realizaron pruebas de detección de glucemia, presión arterial, control de peso; y acciones de sensibilización sobre hábitos y estilos de vida saludables; prevención de caídas o cómo actuar en caso de SOS.

Las artes incluyeron actividades musicales con aprendizaje de instrumentos, el coro (canciones tradicionales y/o improvisaciones), pintura, escultura, fotografía, bordados, teatro y un club de lectura.

Etapas 3 – Evaluación Intermedia con el objetivo de asegurar que las actividades desarrolladas estaban respondiendo a las necesidades, gustos e intereses de los participantes de forma a realizar ajustes y/o adaptaciones al programa educativo;

Etapas 4 – Reevaluación Multidimensional - con el protocolo de evaluación implementado en la etapa 1, se realizó una reevaluación con el fin de obtener indicadores de impacto y evaluar el efecto de las actividades desarrolladas en el programa educativo luego de 12 meses de la evaluación inicial.

El protocolo de evaluación contó con una batería de instrumentos de evaluación validados científicamente para la población portuguesa como:

Cuestionario sociodemográfico. Constituido por un conjunto de preguntas para evaluar aspectos sociodemográficos como: edad; educación; lectura y escritura; sexo; Estado civil; familiar; condiciones de vivienda; barreras arquitectónicas; electricidad; agua corriente; zona de habitación; necesidad de cuidadores informales; tipo de apoyo diario necesario y rendimiento per capita.

Cuestionario clínico. Constituido por un conjunto de preguntas para evaluar aspectos de salud como; presencia de enfermedades; comorbilidades clínicas; medicamentos; alteraciones del sueño; necesidad de ayudas técnicas; hábitos y estilos de vida (tabaco, alcohol; otras sustancias psicoactivas); práctica de ejercicio físico;

episodios de hospitalización u necesidad de atención médica domiciliaria en los últimos 6 meses.

Evaluación de la fragilidad. Para medir la fragilidad se utilizó el TFI – Tilburg Frailty Test, validado para la población portuguesa por Coelho, Santos, Paúl, Gobbens, y Fernandes (2015). Esta prueba se estructurada en 3 subdominios: físico, psicológico y social. Fornece una puntuación global y por subdominios, siendo el punto de corte para la población portuguesa de 8 puntos.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica

Cuanto a las características sociodemográficas fue posible verificar que: la mayoría de los participantes tenían entre 65 y 71 años (n=11; 37%) y entre los 72 y 77 años (n=10; 33%); que detenían estudios entre 1º y 4º de primaria (n=17; 57%), que sabían leer y escribir (n=26; 87%). Observamos una mayor prevalencia de participantes del sexo femenino (n=25; 83%), en contraste con solo el 17% de masculinos (n=5), y una mayor proporción de participantes viudos (n=16; 53%) seguido y casados (n=10; 33%).

En relación con la profesión desempeñada antes de la reforma, el 73% de los participantes (n=22) desempeñaban predominantemente funciones manuales como agricultura, pesca, carpintería, limpieza, mecánica, obreros de fábrica...). Sólo 8 participantes (27%) ejercían una profesión predominantemente intelectual como profesor, administrativo, fuerzas armadas, medicina/enfermería, entre otras. En cuanto a las condiciones de habitación, la mayoría vive en una casa (n=26; 87%), el 30% presenta barreras arquitectónicas (alfombras; muebles, escalones, decoración), el 10% no cuenta con agua corriente, el 7% no tiene equipamiento de baño adaptado a sus necesidades. Además, el 60% (n=18) vive en zonas rurales y el 40% (n=12) vive en zonas urbanas. Por último, con relación al rendimiento per cápita verificamos un mayor porcentaje de participantes con bajos rendimientos situados entre los 301€ y los 500€ (n=12;40%).

Caracterización clínica

En cuanto a la presencia de comorbilidades clínicas, se observó que los participantes en estudio padecían predominantemente de enfermedades metabólicas, entre ellas hipertensión arterial, diabetes y colesterol (n=35), seguidas de enfermedades del sistema nervioso (n=12), cardíacas. (n=9), musculoesqueléticas (n=8), respiratorias (n=5), digestivas (n=5), neoplasias (n=2), renales/urinarias (n=2) y hematología (n=1).

En cuanto a hábitos y estilos de vida, se observó que el 93% de los participantes toma medicación diaria (n=28), que el 83% de los participantes afirma practicar algún

tipo de actividad física (n=25), que ningún participante indica consumir tabaco, aunque el 27% consume alcohol diariamente. También se verificó que el 77% dice sufrir algún trastorno del sueño (n=23), de los cuales destaca el insomnio (n=20), el 90% no necesita ninguna ayuda técnica y el 80% de los participantes dice no tener ningún episodio de hospitalización en los últimos 6 meses (n=24) y el 97% afirmó no haber necesitado ningún tipo de atención de salud al domicilio en los últimos 6 meses (n=29).

Evaluación de la fragilidad inicial (Etapa 1)

De los resultados obtenidos a través de la prueba TFI podemos concluir que el 73% de los participantes presentan fragilidad global, destacando el subdominio de fragilidad social (n=16; 53%). Si bien la mayoría de los participantes no presenta fragilidad física, destacamos que el 37% de los participantes aún presenta indicadores de vulnerabilidad física (n=11). Lo mismo ocurre en el ámbito psicológico, en el que el 47% de los participantes son frágiles (n=14).

Reevaluación de la fragilidad inicial (Etapa 4)

Después de 12 meses de la evaluación inicial, se llevó a cabo una reevaluación de los 30 participantes en el proyecto piloto. Sin embargo, solo se evaluaron 28 participantes, por lo que perdimos dos participantes en el follow-up, uno por enfermedad (neoplasia) al haber estado ausente durante 4 meses por tratamientos e intervención quirúrgica, y uno por fallecimiento por neoplasia.

Los resultados obtenidos en la reevaluación mediante la prueba TFI demostraron que el 50% de los participantes presentaron fragilidad global (n=14), destacando el mayor subdominio fragilidad social (n=10;36%), seguido de fragilidad psicológica (n=9; 32%) y fragilidad física (n=7; 25%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Es bien sabido que las personas mayores frágiles tienen un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades, lesiones, hospitalizaciones, dependencia, institucionalización y consecuente muerte (Sousa et al., 2021).

Sin embargo, existe evidencia científica de que se pueden desarrollar mecanismos preventivos para mitigar y retrasar el deterioro físico, psicológico y social inherente al proceso de envejecimiento.

Los resultados obtenidos en el presente estudio demuestran que los participantes redujeron su nivel de fragilidad global en un 23%, mostrando la mayoría de los participantes fragilidad en la evaluación inicial en comparación con el 50% obtenido en el momento de reevaluación.

Específicamente en relación con los subdominios de fragilidad, vimos una mejora del 12% en la fragilidad física (37% en la evaluación inicial; 25% en la reevaluación), con las principales quejas que permanecieron relacionadas con la falta de fuerza en las manos debido a la osteoartritis, dificultades de visión, aunque se corrija, y dificultades para caminar debido a dolores articulares.

En cuanto a la fragilidad psicológica observamos una mejora del 15%, obteniendo un 68% de participantes sin fragilidad en la reevaluación frente al 53% en la evaluación inicial. Las principales quejas se refieren a problemas de memoria.

Finalmente, con relación a la fragilidad social obtuvimos una mejora del 17%, teniendo en cuenta que en la evaluación inicial obtuvimos un 53% de participantes con fragilidad, reduciéndose al 36% en la reevaluación. Las principales manifestaciones que permanecieron vulnerables están relacionadas con el hecho de vivir solos.

Diferentes estudios corroboran los resultados obtenidos, pues también indican que la realización de actividades estimulantes demuestra los beneficios de la actividad física regular, pues el ejercicio trae una mejora en el rendimiento físico, fortalece los músculos, mejora el equilibrio, previene caídas y retrasa el deterioro cognitivo, prolonga la longevidad. y combate el síndrome de fragilidad de la persona mayor (Cruz, Campos, y Barboza, 2023; Siqueira et al., 2021; Souza y Livramento, 2023). La estimulación cognitiva también tiene efectos sobre la memoria en personas mayores sin deterioro cognitivo, ya que mejora el desempeño de la capacidad funcional en la realización de actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, en diferentes dominios psicológicos como la ansiedad y la depresión, y en la calidad de vida de las personas mayores (Andrade y Andrade, 2022; Freitas, Correira, Lobo, y Duarte, 2023; Gomes, Souza, Marques, y Leal, 2020).

También hay una convicción de la importancia de la socialización y la práctica de actividades grupales para combatir la soledad y el aislamiento, ya que son de bajo costo y altamente efectivas y previenen enfermedades, promueven la salud, fomentan el establecimiento de vínculos y mejoran la salud mental (Freitas, Correira, Lobo, y Duarte, 2023; Santos, Pereira, Silva, y Oliveira, 2023).

Estos resultados resaltan así la importancia de desarrollar programas educativos que puedan actuar como agentes preventivos para las personas mayores, para que mantengan la calidad de vida y el bienestar en el hogar durante el mayor tiempo posible, retrasando y/o evitando la fragilidad física, psicológica y social, que muchas veces conduce a situaciones de vulnerabilidad, dependencia de terceros y consecuente institucionalización.

REFERENCIAS

- Andrade, L. y Andrade, F. (2022). Estimulação de funções executivas de idosos com comprometimento cognitivo leve: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 19099–19113. doi: 10.34119/bjhrv5n5-123
- Cesari, M., Calvani, R., y Marzetti, E. (2017). Frailty in older persons. *Clinics in Geriatric Medicine*, 33(3), 293–303. doi: 10.1016/j.cger.2017.02.002
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O., y Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
- Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R.J., y Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics y Gerontology International*, 15(8), 951–960. doi: 10.1111/ggi.12373
- Cruz, C., Campos, A., y Barboza, T. (2023). O efeito da prática de exercícios físicos na redução dos níveis de fragilidad do idoso - uma revisão de literatura. *Multi Debate*, 7(3).
- Fonseca, A.M. (2021). Ageing in place — envelhecimento em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Freitas, J., Correira, R., Lobo, J., y Duarte, M. (2023). Estratégias de atenção à saúde mental em instituições de longa permanência para idosos: revisão sistemática. *Revista Cadernos Acadêmicos*, 9(1).
- Gobbens, R.J., Van Assen, M.A., Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T., y Schols, J.M. (2010). Determinants of frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 356–364. doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.008
- Gomes, E., Souza, S., Marques, A., y Leal, M. (2020). Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. *Ciência y Saúde Coletiva*, 25(6), 2193–2202. doi: 10.1590/1413-81232020256.24662018
- Hajek, A., Brettschneider, C., Posselt, T., Lange, C., Mamone, S., Wiese, B., ... y Agecode Study Group. (2016). Predictors of frailty in old age—results of a longitudinal study. *The journal of nutrition, health & aging*, 20(9), 952–957.
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2011). *Censos 2011*. Lisboa, Portugal.
- Jerez-Roig, J., Ferreira, L., Araújo, J., y Lima, K. (2017). Dynamics of activities of daily living performance in institutionalized elderly: A two-year longitudinal study. *Disability and Health Journal*, 10(2), 279–285. doi: 10.1016/j.dhjo.2016.12.001
- Kimura, K., Yasunaga, A., y Wang, L. (2013). Correlation between moderate daily physical and neurocognitive variability in healthy elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 109–117. doi: 10.1016/j.archger.2012.10.004
- Lin, L.Y., Sidani, J.E., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J.B., ... y Primack, B.A. (2016). Association between social media use and depression among U.S. young adults. *Depression and Anxiety*, 33(4), 323–331. doi: 10.1002/da.22466
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Relatorio Mundial de Envejecimento y Saúde*.
- Pocinho, R. (2022). O envelhecimento em Portugal: Estado atual. In *Enfermagem em gerontologia e geriatria*. Lidel.
- PORDATA. (2022). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*.

Santos, P., Pereira, A., Silva, S., y Oliveira, F. (2023). Benefícios da inserção da pessoa idosa em grupos de convivência: Revisão integrativa. *Revista de Psicologia*, 17(65). doi: 10.14295/online.v17i65.3678

Siqueira, B., Moura, R., Cunha, C., Gonçalves, I., Sousa, M., Rezende, V., y Júnior, H. (2021). Síndrome da fragilidade do idoso: Uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(12). doi: 10.25248/reas.e9329.2021

Sousa, J., Castro, J., Castro, T., Rodrigues, J., Ribas, M., Silva, M., ... y Pegoraro, V. (2021). Síndrome da fragilidade em idosos: Prevalência, critérios para identificação e fatores associados. *Enfermagem Brasil*, 20(3), 429–447. doi: 10.33233/eb.v20i3.4339

Souza, G. y Livramento, R. (2023). Atuação fisioterapêutica na reabilitação pós-queda em idosos: Revisão integrativa. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5). doi: 10.36557/2674-8169

CAPÍTULO 31

LA IMPORTANCIA DEL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

SILVIA SILVA*, SARA GORDO*, RUI SANTOS*, CRISTÓVÃO MARGARIDO*, MARGARITA INÉS CIGARÁN MÉNDEZ**, JUAN CARLOS PACHO HERNÁNDEZ**, ÁNGELA TEJERA ALONSO**, FRANCISCO GINÉS FERNÁNDEZ PALACIOS**, Y RICARDO POCINHO*

**Instituto Politécnico de Leiria, **Universidad Rey Juan Carlos*

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico de la población hay aumentando en los últimos años, siendo Portugal el cuarto país más envejecido del mundo con las personas con 65 años o más representando casi el 25% de la población portuguesa (PORDATA, 2022).

En Portugal, entre 2011 y 2021, se observa un descenso de la población en todos los grupos de edad, a excepción del grupo de las personas mayores, que tuvo un aumento del 20,6%. De esta forma, se ha intensificado el fenómeno del envejecimiento poblacional, caracterizado por un aumento de las personas mayores y una reducción de la población joven. En 2021 había 182 personas mayores por cada 100 jóvenes, representando el porcentaje de población mayor el 23,4% mientras que el de jóvenes era solo el 12,9% (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Paralelamente al crecimiento sociodemográfico, estamos asistiendo a un incremento del número de personas en situación de fragilidad, que viven en condiciones de soledad y aislamiento sociofamiliar y dependen de otros para realizar las actividades de la vida diaria, aumentando en consecuencia el número de personas institucionalizadas (Pocinho, 2022). El mantenimiento de forma activa y saludable de la persona en su domicilio es una premisa prioritaria, cuando acompañada de un conjunto de actividades y servicios de apoyo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) sostiene que el envejecimiento activo aboga por tres pilares básicos: i) cuidados de salud con enfoque en la calidad de vida y el bienestar físico, social y mental; ii) seguridad con protección y satisfacción de necesidades, dignidad y derechos de las personas mayores; y iii) participación con acceso a educación y aprendizaje a lo largo de la vida e implementación de programas que apoyen la participación plena en actividades sociales, culturales y espirituales.

En las últimas décadas, el aprendizaje a lo largo de toda la vida ha adquirido un lugar destacado, con gran relevancia social, económica y política, en la agenda de la

Unión Europea (UE) y de organismos nacionales e internacionales, como la UNESCO y la OCDE (European Commission, 2019).

Sin embargo, aún persisten algunos mitos de discriminación asociados a la edad, como enumera Withnall (2006):

Mito 1: “Las personas mayores no tienen nada que decir que valga la pena”.

Mito 2: “Las personas mayores olvidan las cosas y son demasiado lentas para aprender cosas nuevas”.

Mito 3: “Las personas mayores tienen problemas de movilidad, ven mal y son todos sordos”.

Mito 4: “Las personas mayores viven en el pasado y no les gusta cambiar”.

Mito 5: “A las personas mayores no les interesa aprender”.

Contraargumentado, existe evidencia científica que desmiente estos mitos, tales como i) se debe respetar el ritmo de desarrollo y aprendizaje, independientemente de la etapa del ciclo vital en que se encuentre el individuo; ii) la memoria es una función cognitiva sobrevalorada y su potencial muchas veces se desconoce gracias a la neuroplasticidad cerebral; iii) el papel de la reserva cognitiva a lo largo de la vida, que funciona como factor protector contra el deterioro; iv) todas las etapas del ciclo de vida se caracterizan por ciclos de ganancias y pérdidas, no siendo una característica típica del envejecimiento; v) los seres humanos, independientemente de su grupo de edad, presentan resistencia al cambio y miedo a lo desconocido (Haro, 2003; Pinto, 2008; Withnall, 2006).

A lo largo de nuestra vida nos enfrentamos a innumerables transformaciones y avances tecnológicos, por lo que el aprendizaje debe extenderse a lo largo de todo el ciclo vital, debido a las demandas de renovación y actualización de habilidades y conocimientos (Ávila, 2023; Field, 2006; Sousa, De Costa, Parreira, Costa, y Osório, 2021). Estas necesidades surgen de la situación actual que vivimos, en un mundo cada vez más automatizado, en el que los servicios públicos y privados priorizan el contacto con los ciudadanos a través de medios digitales en detrimento del contacto personal. Las personas mayores son el grupo más vulnerable y propenso a perderse en este entorno digital, por lo que se convierte en prioridad garantizar y facilitar el acceso, a través de la adquisición de nuevas herramientas y habilidades (Pocinho, Silva, Margarido, Santos, y Gordo, 2023).

Es importante referir a esta realidad el concepto de envejecimiento en el lugar ya que se ha asociado al paradigma del envejecimiento activo que defiende que la prestación de servicios a las personas mayores debe adaptarse a las necesidades y debilidades, derechos, intereses y recursos, buscando adaptarse al fenómeno del envejecimiento (Bárrios, 2021; Fernandes, 2021), ya que permite; i) preservación de sentimientos de seguridad y familiaridad; ii) mantenimiento de la autonomía e independencia; iii) desempeño de tareas junto a su comunidad; y iv) adaptación a los

cambios que impone el proceso de envejecimiento (Abrantes y Andrade, 2023; Ahn, Kang, y Kwon, 2020; Fonseca, 2021). Sin embargo, el envejecimiento exitoso depende de varios factores, a saber: (i) el acceso a la información; (ii) prestación de servicios diferenciadores a domicilio; (iii) el contexto social del individuo; (iv) las condiciones de habitación; (v) la accesibilidad a lugares y servicios en su zona de residencia; (vi) la implementación de medidas recreativas y tecnológicas innovadoras (World Health Organization, 2018).

MÉTODO

Para desarrollar este estudio se realizó una revisión bibliográfica de la literatura, con la siguiente pregunta de investigación: “¿cuál la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida en el envejecimiento activo y saludable?”.

La metodología se llevó a cabo siguiendo algunos pasos como: i) Identificación del tema de investigación; ii) Establecimiento de los objetivos; iii) Definición los criterios de inclusión y exclusión de los estudios a elegir; iv) Definición de palabras clave; v) Realizar una búsqueda de literatura en diferentes fuentes; vi) Selección de los artículos y autores más relevantes; vii) Analizar la calidad de los estudios seleccionados; viii) Síntesis de información relevante y científicamente validada; ix) Organización de la información; y x) Escrita de la reseña literaria.

Esta revisión de la literatura se realizó de acuerdo con Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) y se utilizaron las bases de datos electrónicas Web of Science, MEDLINE (vía Pubmed) y del Repositorio Científico Portugués de Acceso Abierto (RCAAP).

La estrategia de búsqueda abarcó artículos con texto completo publicados sin español, portugués e inglés entre los años 2000 y 2024.

Las palabras clave utilizadas fueron: aprendizaje a lo largo de la vida; educación; persona mayor; envejecimiento activo; envejecimiento saludable.

RESULTADOS

La revisión bibliográfica tuvo como objetivo observar que el aprendizaje a lo largo de la vida constituye un tema de interés en la comunidad académica y no académica, habiéndose ya desarrollado diversos estudios, proyectos y programas de intervención basados en la adquisición de nuevos aprendizajes y la renovación de conocimientos anteriores. una forma de promover un envejecimiento activo y saludable y retrasar y/o evitar el proceso de institucionalización en personas mayores.

El aprendizaje permanente tiene uno de sus pilares en la obra de John Dewey (1916/2007). Sostuvo que la educación no solo debe verse como una preparación

para la vida, sino más bien como una forma de vida, vinculando así la educación con la experiencia (Sousa, De Costa, Parreira, Costa, y Osório, 2021).

Parece haber consenso entre diferentes autores sobre el impacto del proceso de reconocimiento del aprendizaje a lo largo de la vida en las personas mayores, tanto en términos de aprendizaje y desarrollo personal, como de calidad de vida y bienestar, promoción de la salud y prevención de enfermedades (Ávila, 2023; Coelho, 2022; Werthein y Cunha, 2005). Incluso, el aprendizaje permanente es una herramienta que promueve un período activo posterior a la jubilación para mejorar las capacidades cognitivas, combatir la soledad, optimizar la capacidad física, prevenir la dependencia, retrasar la demencia y superar la brecha intergeneracional (Hosnjak, Ilic, Kurtovic, Ledinski, y Smrekar, 2020).

En este contexto, destacamos algunos proyectos y programas identificados en la revisión bibliográfica realizada, como el Programa Ciudad Amiga de las Personas Mayores (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009), que defiende la importancia de: i. estimular el envejecimiento activo a través de la creación de condiciones de salud, participación y seguridad, de manera de reforzar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; ii. adaptar sus estructuras y servicios” para que sean “accesibles a personas mayores con diferentes necesidades y capacidades; iii. reconocer que las personas mayores representan una amplia gama de capacidades y recursos; iv. anticipar y brindar respuestas flexibles a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento; v. respetar sus decisiones y estilos de vida; vi. proteger a los más vulnerables; vii. promover la inclusión y contribución en todos los aspectos de la vida comunitaria.

En cuanto al Programa de Estrategia Nacional de Envejecimiento Activo e Saudável de 2017-2025 (Sistema Nacional de Saúde, 2017), es importante desarrollar acciones intervencionistas, pero también preventivas para un envejecimiento activo y saludable, basadas en cuatro ejes estratégicos: i. Salud – Promoción de iniciativas y prácticas que tengan como objetivo reducir la prevalencia, posponer la aparición y controlar el agravamiento y el impacto de las enfermedades crónicas y la reducción de las capacidades físicas y mentales de las personas mayores y mejorar su autonomía; ii. Participación – Promoción de la educación y la formación a lo largo del ciclo de vida, incluidas estrategias para promover la alfabetización en la salud y fomentar la creación de entornos físicos y sociales que protejan y mejoren la integración y participación de las personas mayores en la sociedad y en los procesos de tomada de decisiones que afectan su vida; iii. Seguridad – Apoyo a iniciativas y prácticas que tienen como objetivo minimizar los riesgos y promover el bienestar y la seguridad de las personas mayores; iv. Medición, acompañamiento e investigación – Promoción de la investigación científica en el ámbito del envejecimiento activo y

saludable, potenciando la evaluación de necesidades, el desarrollo, seguimiento y evaluación de intervenciones y la difusión de buenas prácticas e innovación.

También, la Agenda 2030 (UNRIC, 2018) presenta en sus Objetivos de Desarrollo Sostenible la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida, concretamente a través de acciones que permitan: i. Sensibilizar sobre la importancia del envejecimiento activo y de la solidaridad entre generaciones y promover cambios de actitud hacia el envejecimiento y las personas mayores; ii. Promover la cooperación y la intersectorialidad en la implementación de la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Activo y Saludable; iii. Contribuir al desarrollo de políticas que mejoren la calidad de vida de las personas mayores; iv. Promover iniciativas y prácticas que tengan como objetivo reducir la prevalencia y el impacto de las enfermedades crónicas y la reducción de las capacidades físicas y mentales en las personas mayores, y mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad; v. Fomentar el desarrollo de iniciativas para promover la autonomía de las personas mayores; vi. Promover la educación y la formación a lo largo del ciclo vital, centrándose en promover la alfabetización en salud; vii. Fomentar la creación de entornos físicos y sociales que protejan y mejoren la integración y participación de las personas mayores; viii. Apoyar el desarrollo de iniciativas y prácticas que tengan como objetivo promover el bienestar y la seguridad de las personas mayores; ix. Promover iniciativas y prácticas para reducir el riesgo de accidentes en personas mayores; x. Promover la investigación científica en el área del envejecimiento activo y saludable.

La World Health Organization (WHO, 2018) también es perentoria sobre la importancia de desarrollar proyectos educativos como forma de perpetuar el aprendizaje permanente, argumentando que un envejecimiento exitoso y activo depende de la participación en actividades físicas y cognitivas regulares y moderadas, ya que estas pueden retrasar la aparición de enfermedades.

Considerando las dificultades actuales que supone envejecer de forma activa y saludable, urge reformular programas e intervenciones que ayuden a prevenir o mitigar el posible empeoramiento de la fragilidad y la dependencia en las personas mayores (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, y Rockwood, 2013; Morley et al., 2013).

Es consensual que la participación activa de las personas mayores en actividades físicas y sociales tiene una mejora directa en el equilibrio, la fuerza muscular y la función pulmonar, al estimular los sistemas musculoesquelético, cardiovascular, respiratorio y cerebral, reducir los síntomas ansiosos y depresivos, combatir la soledad y el aislamiento, devuelve la sensación de utilidad de propósito y satisfacción con la vida, potencia el rendimiento cognitivo en tareas de memoria y atención/concentración y mejora la calidad de vida y el bienestar (Abboud et al., 2024; Boulton-Lewis, Buys, y Lovie-Kitchin, 2006; Fernández-Alonso, Muñoz-García, y La

Touche, 2016; Gomes y Mafra, 2020; Haro, 2003; Pinto, 2008; Rocha, Oliveira, Espain, y Pereira, 2021; Sepúlveda-Loyola et al., 2020; Withnall, 2006; Zhang et al., 2022).

Estos programas tienen, así como objetivo promover estilos de vida saludables a través del mantenimiento de las capacidades funcionales y la prevención de discapacidades, partiendo de la premisa de que los programas de intervención contribuyen para el incremento de la calidad de vida de las personas mayores/familias, reduciendo los costos inherentes a los procesos de atención de la enfermedad (Cardoso, Martins, y Monteiro, 2017; Kono et al., 2012).

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

La promoción del envejecimiento activo y saludable se basa en la valorización del aprendizaje a lo largo de la vida con el desarrollo de programas de educación continua y actualización para que las personas que han finalizado su vida laboral se beneficien de oportunidades para continuar su formación, adquirir nuevas habilidades y actualizar sus conocimientos, brindándoles un renovado sentimiento de importancia, propósito y propósito, aumentando así su satisfacción con la vida.

Además, la revisión de la literatura permitió observar, por un lado, que el aprendizaje permanente es un factor indispensable para un envejecimiento activo y saludable con calidad de vida y bienestar, ya que promueve la autonomía e independencia de las personas mayores y puede retrasar o incluso evitar el proceso de institucionalización.

Sin embargo, también es un desafío, ya que debe basarse en la oferta de actividades innovadoras y diferenciadoras, que respondan siempre a las necesidades, debilidades, gustos e intereses de las personas mayores.

Así, el aprendizaje al largo de la vida permite promover un envejecimiento activo y saludable, pero esto requiere un enfoque integrado y biopsicosocial que combine intervenciones cognitivas, nutricionales, físicas, espirituales y tecnológicas, así como estrategias que promuevan la interacción social y el bienestar mental.

El aprendizaje y la educación no son sólo indicadores del envejecimiento activo y saludable, sino también la necesidad de que las personas mayores dominen nuevos conocimientos y herramientas para poder participar en su comunidad y contribuir activamente a la sociedad.

REFERENCIAS

Abboud, L., Patrocinio, J., Gonçalves, L., Andrade, B., Limieri, M., Gimenes, M., ... y Bicalho, R. (2024). Envelhecimento saudável: abordagens multidimensionais e intervenções inovadoras: uma revisão sistemática. *Lumen et Virtus*, 15(42). doi: 10.56238/levv15n42-010

Abrantes, R. y Andrade, C. (2023). Estudo dos preditores da intenção de envelhecimento no local: um estudo com a população 50+. *DEDICA Revista de Educação e Humanidades*. doi: 10.30827/dreh.21.2023.27456

Ahn, M., Kang, J., y Kwon, H.J. (2020). The concept of aging in place as intention. *The Gerontologist*, 60(1), 50–59. doi: 10.1093/geront/gny167

Ávila, P. (2023). Aprendizagem e educação de adultos em Portugal e na EU: relevância sociológica, desafios conceptuais e resultados de investigação. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 102(1), 9–39.

Bárrios, M.J. (2021). *Ageing in place, envelhecer em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Boulton-Lewis, G., Buys, L., y Lovie-Kitchin, J. (2006). Learning and active aging. *Educational Gerontology*, 32(4). doi: 10.1080/03601270500494030

Cardoso, T., Martins, M., y Monteiro, M. (2017). Unidade de cuidados na comunidade e promoção da saúde do idoso: um programa de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 13, 103–114. doi: 10.12707/RIV16071

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O., y Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9

Coelho, A. (2022). Ensaio sobre o conceito de literacia em saúde. *Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde*. Ponte Editora.

European Commission. (2019). *Achievements under the Renewed European Agenda for Adult Learning. Report of the ET 2020 Working Group on Adult Learning (2018–2020)*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

Fernandes, A. (2021). *Ageing in place, envelhecer em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fernández-Alonso, L., Muñoz-García, D., y La Touche, R. (2016). The level of physical activity affects the health of older adults despite being active. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 12(3), 194–201. doi: 10.12965/jer.1632566.283

Field, J. (2006). *Lifelong learning and the new educational order*. Staffordshire: Trentham Books.

Fonseca, A.M. (2021). Ageing in place — envelhecimento em casa e na comunidade: Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas. Fundação Calouste Gulbenkian.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas. Envelhecimento e ciclo de vida, saúde na família e na comunidade – Organização Mundial da Saúde*.

Gomes, I. y Mafra, S. (2020). As práticas dos centros comunitários para idosos e a promoção do envelhecimento ativo: uma revisão sistemática. *Serviço Social em Revista*, 23(1), 24–40. doi: 10.5433/1679-4842.2020v23n1p24

Haro, A. (2003). Personas mayores, educación y aprendizaje. In *Educación y aprendizaje en las personas mayores* (pp. 159–182).

Hosnjak, A.M., Ilic, B., Kurtovic, B., Ledinski, F.S., y Smrekar, M. (2020). Development strategies in the field of lifelong learning of older adults. *Acta Medica Martiniana*, 20(3), 122–132. doi: 10.2478/acm-2020-0014

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2011). *Censos 2011*. Lisboa, Portugal.

Kono, A., Kanaya, Y., Fujita, T., Tsumura, C., Kondo, T., Kushiyama, K., y Rubenstein, L.Z. (2012). Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: A randomized controlled trial. *Journal of Gerontology*, 67(3), 302–309.

Morley, J.E., Vellas, B., Van Kan, G.A., Anker, S.D., Bauer, J.M., Bernabei, R., ... y Walston, J. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Relatorio Mundial de Envejecimiento y Salud*.

Pinto, M. (2008). Educação ao longo da vida e longevidade. In *Da aprendizagem ao longo da vida ou do exemplo de uma relação ternária: agora, antes, depois* (pp. 53–71). Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Pocinho, R. (2022). O envelhecimento em Portugal: estado atual. In *Enfermagem em gerontologia e geriatria*. Lidel.

Pocinho, R., Silva, S., Margarido, C., Santos, R., y Gordo, S. (2023). A importância da literacia digital no combate à solidão numa amostra de idosos portugueses não-institucionalizados. In *SIIDI - 1º Simpósio Internacional de Inclusão Digital de Pessoas Idosas* (1ª ed.).

PORDATA. (2022). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento.

Rocha, R., Oliveira, A., Espain, A., y Pereira, A. (2021). Aprendizagem na adultez tardia: bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a vida. In *Livro de Atas do Simpósio Internacional de Psicologia da Educação: Passado, Presente e Futuro*.

Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D.V., y Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health y Aging*, 24(9), 938–947. doi: 10.1007/s12603-020-1469-2

Sistema Nacional de Saúde. (2017). *Programa de Estratégia Nacional de Envelhecimento Activo e Saudável (2017–2025)*.

Sousa, D.M., De Costa, A., Parreira, N., Costa, F., y Osório, N.B. (2021). Education and lifelong learning: an educational practice at the maturity university. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 10864–10877. doi: 10.34117/bjdv7n1-742

UNRIC - Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. (2018). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável – 17 objetivos para transformar o nosso mundo*.

Wertheim, J. y Cunha, C. (2000). *Fundamentos da Nova Educação*. Brasília: UNESCO.

Withnall, A. (2006). Exploring influences on later life learning. *International Journal of Lifelong Education*, 25(1), 29–49. doi: 10.1080/02601370500309477

World Health Organization [WHO]. (2018). *Aging in place - International Technical Meeting*.

Zhang, K., Kan, C., Luo, Y., Song, H., Tian, Z., Ding, W., ... y Hou, N. (2022). The promotion of active aging through older adult education in the context of population aging. *Frontiers in Public Health*, 10, 998710. doi: 10.3389/fpubh.2022.998710

CAPÍTULO 32

ESTUDIO DEL PERFECCIONISMO EN ALUMNADO UNIVERSITARIO: DIFERENCIAS SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS Y SU SATISFACCIÓN EN LA VIDA

MARÍA PÉREZ MARCO Y ANDREA FUSTER RICO

Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el perfeccionismo ha experimentado un aumento exponencial en su estudio dadas las cifras tan preocupantes de su prevalencia entre la población (Curran y Hill, 2019). Dicho constructo multidimensional se define como una disposición compleja de la personalidad que implica la búsqueda constante de la perfección y la imposición de estándares de rendimiento extremadamente elevados, junto con una autoevaluación crítica, y una sensibilidad a las demandas perfeccionistas y críticas externas (Hewitt y Flett, 2004; Stoeber, 2018; Vicent et al., 2017).

El marco teórico de este estudio se centra en el modelo propuesto por Hewitt et al. (2003) que destaca tres subdimensiones perfeccionistas: a) el Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), entendido como la adopción de creencias sobre las exigencias y críticas perfeccionistas del entorno social; b) el Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO), que implica la búsqueda activa de la perfección en uno mismo; y c) el Perfeccionismo Orientado hacia los Demás (POD), caracterizado por las demandas perfeccionistas hacia los demás. Mientras que el PSP y PAO implican un diálogo interno hostil sobre la necesidad de perfección del yo y de los demás, el POD es particularmente único dada esta necesidad perfeccionista dirigida hacia otras personas (Hewitt y Flett, 1991; Hewitt et al., 2022).

Perfeccionismo en función del nivel de estudios

Pese al impacto negativo de determinadas facetas perfeccionistas en el bienestar académico, psicológico y social de los estudiantes, no existen estudios previos que evalúen las diferencias existentes de perfeccionismo según el nivel de estudios universitarios. No obstante, diversos estudios (Curran y Hill, 2019; Daniilidou, 2023; Robinson et al., 2021) encontraron diferencias significativas en puntuación perfeccionista en cuanto a la edad en población adulta, aunque empleando conceptualizaciones distintas a la propuesta por Hewitt et al. (2003). Por un lado, Robinson et al. (2021) evidenciaron, en población estadounidense ($M=19.51$; $DT=1.73$, 18-35 años), y con las escalas Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS; Frost et al., 1990) y Almost Perfect Scale-Revised (APS-R; Slaney et al., 2001),

que los adultos más jóvenes revelaban mayores niveles de Estándares Personales y Altos Estándares, dimensiones perfeccionistas de FMPS (Frost et al., 1990) y APS-R (Slaney et al., 2001), respectivamente. Por otro lado, Daniilidou (2023), en población adulta griega ($M = 44.42$; $DT = 15.55$, 18-65 años) y con APS-R (Slaney et al., 2001), obtuvo también que los adultos jóvenes (18-29 años) puntuaron más alto en sus dimensiones perfeccionistas, Altos Estándares y Discrepancia, en comparación con los de mayor edad. Por tanto, dadas las diferencias observadas según la edad, resulta de interés comprobar si el nivel de estudios (grado vs. postgrado) afecta a los niveles de perfeccionismo.

Perfeccionismo y satisfacción con la vida

En términos de satisfacción con la vida, dicho constructo está estrechamente relacionado con el bienestar subjetivo (Fekih-Romdhane et al., 2023) y una buena salud mental (Çalışandemir y Tagay, 2015), aumentando así los esfuerzos por su promoción en las últimas décadas. En la literatura científica, existen gran cantidad de estudios que han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el perfeccionismo y satisfacción con la vida (Alshehri, 2018; Ashby y Rice, 2002; Capan, 2010; Chang et al., 2004; Fowler et al., 2018; Gaudreau y Verner-Fliion, 2012; Gilman y Ashby, 2003; Mitchelson y Burns, 1998; Rice y Ashby, 2007; Stoeber y Stoeber, 2009).

Por un lado, dichos estudios encuentran una correlación positiva entre el PAO y esta satisfacción vital (Alshehri, 2018; Capan, 2010; Chang et al., 2004; Gilman y Ashby, 2003; Fekih-Romdhane et al., 2023; Rice y Ashby, 2007). Por otro lado, evidencian una relación negativa entre el PSP y dicha satisfacción vital, porque el alumnado con alto PSP tiende a evaluar negativamente la vida (Alshehri, 2018; Ashby y Rice, 2002; Gaudreau y Verner-Fliion, 2012; Mitchelson y Burns, 1998; Stoeber y Stoeber, 2009). No obstante, el POD no se ha correlacionado significativamente con dicha satisfacción (Alshehri, 2018; Capan, 2010; Fowler et al., 2018).

Entre dichas investigaciones, cabe destacar como principal antecedente al presente estudio el trabajo realizado por Alshehri (2018), puesto que sus resultados, anteriormente mencionados, fueron obtenidos en una muestra de alumnado universitario estadounidense, empleando la Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS; Hewitt y Flett, 1991) y la Satisfaction with Life Survey (SWLS; Diener et al., 1985). En consecuencia, se considera relevante el análisis entre alumnado universitario español, dados los resultados obtenidos.

El presente estudio

La actual investigación pretende: a) analizar las tendencias de perfeccionismo según ser alumnado de grado o postgrado; b) identificar las diferencias entre el alumnado con altas y bajas puntuaciones en las dimensiones perfeccionistas en términos de satisfacción con la vida; y c) conocer la capacidad predictiva de la satisfacción con la vida sobre el perfeccionismo. De acuerdo a la literatura científica, se espera que:

Hipótesis 1

Se alcancen mayores puntuaciones de perfeccionismo en alumnado de grado en comparación con el alumnado de postgrado (Curran y Hill, 2019; Daniilidou, 2023; Robinson et al., 2021).

Hipótesis 2

El alumnado con altas puntuaciones en PSP obtenga menores puntuaciones en satisfacción con la vida; mientras que el alumnado con puntuación alta en PAO puntúe alto en términos de satisfacción con la vida (Alshehri, 2018; Fekih-Romdhane et al., 2023), así como que no se obtengan diferencias significativas para el POD (Alshehri, 2018; Capan, 2010).

Hipótesis 3

La satisfacción con la vida prediga, por un lado, negativamente altas puntuaciones en PSP y, por otro lado, positivamente altas puntuaciones en PAO (Alshehri, 2018; Capan, 2010; Fekih-Romdhane et al., 2023; Fowler et al., 2018), pero que no sea un predictor significativo para altas puntuaciones de POD (Alshehri, 2018; Capan, 2010; Fowler et al., 2018).

MÉTODO

Descripción del contexto y de los participantes

Se empleó una muestra seleccionada por conveniencia compuesta por 496 estudiantes ($M= 19.89$; $DT= 2.28$), siendo 439 estudiantes de grado y 57 del máster adscrito a la Facultad de Educación de la Universidad de Alicante (grados de Maestro en Educación Infantil, en Educación Primaria y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, así como el máster de Profesorado de Educación Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional). Del total de la muestra, 151 participantes eran hombres (30.4%), 344 mujeres (69.4%) y 1 participante (0.2%) seleccionó "otros" en la descripción de género.

Instrumentos

Perfeccionismo. Versión breve de la *Multidimensional Perfectionism Scale* (Hewitt y Flett, 1991) validada por Cox et al. (HMPS-s.f., 2002). Esta escala evalúa el PSP (5 ítems; i.e. «La gente espera que sea perfecto/a»), el PAO (5 ítems; i.e. «Uno de mis objetivos es ser perfecto/a en todo lo que hago») y el POD (5 ítems; i.e. «Si le pido a alguien que haga algo, espero que lo haga perfectamente») mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (1 - totalmente en desacuerdo, 7 - totalmente de acuerdo).

Satisfacción con la vida. Versión de la *Satisfaction with Life Survey* (SWLS; Diener et al., 1985) validada por Ruiz et al. (2019) en muestra adulta española. La SWLS valora el bienestar autopercibido con 5 ítems (i. e. «Estoy satisfecho con mi vida») mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (7 - totalmente de acuerdo; 1 - totalmente en desacuerdo).

Procedimiento

Se pidió la participación voluntaria en la investigación al estudiantado, previa firma del consentimiento informado por escrito. La prueba se realizó de manera grupal, en horario académico, mediante Google Forms, con los dispositivos electrónicos de los participantes. La cumplimentación de la prueba fue anónima y voluntaria según los criterios aprobados por el Comité de Ética de la Universidad de Alicante [UA-2023-03-07], dado que cada alumno generó un código personal e intransferible para salvaguardar el anonimato y evitar duplicar respuestas.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos, de fiabilidad (α de Cronbach) y análisis de correlaciones bivariadas de Pearson sobre las variables del estudio. La interpretación de los tamaños del efecto se consideró entre .10 y .29, entre .30 y .49, y superior a .50, pequeña, moderada y grande, respectivamente (Cohen, 1988).

Se empleó la prueba t de Student para muestras independientes para examinar la existencia de diferencias significativas entre el nivel de estudios de los participantes en las puntuaciones medias para los tres factores y total de la HMPS-sf. Asimismo, se recurrió a la prueba t de Student para el cálculo de las diferencias en las puntuaciones medias en satisfacción con la vida entre el alumnado con altos (puntuaciones iguales o superiores al centil 75) y bajos niveles de perfeccionismo (puntuaciones iguales o inferiores al centil 25) en cada dimensión y el total de la escala HMPS-sf. Para establecer la magnitud de las diferencias halladas, se recurrió al índice d de Cohen (1988), siendo los valores inferiores a .49, entre .50 y .79, y superiores a .80, tamaños del efecto pequeños, moderados y grandes, respectivamente.

Por último, se recurrió al método de Regresión Logística Binaria, siguiendo el procedimiento de regresión por pasos hacia adelante Wald, para analizar la capacidad

predictiva de la satisfacción con la vida sobre altas puntuaciones en cada dimensión perfeccionista y el total de la escala. Esta capacidad de predicción es estimada por el estadístico OR (Odd Ratio), interpretándose: $OR > 1$, predicción en sentido positivo, y $OR < 1$, predicción en sentido negativo, mientras que el valor 1 indica que no hay predicción (De Maris, 2003).

Todos los análisis fueron realizados con el programa informático SPSS 26.0.

RESULTADOS

Análisis descriptivos y correlaciones bivariadas

La Tabla 1 muestra, por un lado, los datos descriptivos de cada dimensión y el total de HMPS-sf, así como para la satisfacción con la vida; y, por otro lado, las correlaciones bivariadas entre las dimensiones perfeccionistas y el total de las escalas de perfeccionismo y satisfacción con la vida. En este sentido, se observan correlaciones significativas entre PSP, PAO, POD y total HMPS-sf, siendo positivas y de gran tamaño. Sin embargo, la satisfacción con la vida únicamente muestra una correlación significativa, negativa y de pequeño tamaño con el PSP. Los coeficientes de consistencia interna fueron iguales o superiores a .70 en todos los factores evaluados.

Tabla 1. Datos descriptivos, fiabilidad y correlaciones bivariadas

Variable	<i>M</i>	<i>DT</i>	α	PSP	PAO	POD	Total, HMPS-sf	Satisfacción vida
PSP	18.37	6.41	.80	-	-	-	-	-
PAO	20.70	6.96	.87	.58**	-	-	-	-
POD	18.89	5.21	.70	.58**	.67**	-	-	-
Total HMPS-sf	57.96	15.99	.90	.84**	.88**	.85**	-	-
Satisfacción vida	25.91	5.63	.84	-.18**	.05	-.01	-.05	-

Nota: *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; α = α de Cronbach; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; PAO = Perfeccionismo Auto-Orientado; POD = Perfeccionismo Orientado a los Demás. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Diferencias en perfeccionismo en función del nivel de estudios

La Tabla 2 evidencia que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que estudian grado y las que estudian postgrado en lo referido a PSP ($p = .86$), PAO ($p = .79$), POD ($p = .80$), y total de la HMPS-sf ($p = .97$). Las personas de postgrado puntúan mínimamente por encima ($M = 20.93$) que aquellas de grado ($M = 20.67$) para el PAO. Asimismo, el alumnado de grado puntúa ligeramente por encima ($M = 18.39$; $M = 18.91$) que el de postgrado ($M = 18.22$; $M = 18.72$) para el PSP y POD, respectivamente. Esta escasa diferencia también se observa para la puntuación total, donde los participantes de grado obtienen una puntuación media mínimamente superior ($M = 57.97$) a los de postgrado ($M = 57.88$). No obstante,

al no haber diferencias estadísticamente significativas, no se procedió a analizar el tamaño del efecto.

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas en las tres dimensiones de perfeccionismo en función del nivel de estudios, prueba t de Student y tamaños del efecto

	Grado (N= 439)		Postgrado (N= 57)		Significación estadística y tamaños del efecto			
	M	DT	M	DT	t	gl	p	d
PSP	18.39	6.49	18.22	5.90	.18	494	.86	-
PAO	20.67	6.94	20.93	7.16	-.27	494	.79	-
POD	18.91	5.10	18.72	6.01	.26	494	.80	-
Total	57.97	16.03	57.88	15.75	.04	494	.97	-

Nota: M = Media; DT = Desviación Típica; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; PAO = Perfeccionismo Auto-Orientado; POD = Perfeccionismo Orientado a los Demás; t = prueba t de Student; d = índice d de Cohen; * p < .05

Diferencias entre alto y bajo perfeccionismo en función de la satisfacción con la vida

La Tabla 3 muestra las diferencias entre estudiantado con alto y bajo perfeccionismo en satisfacción con la vida. Existen diferencias significativas entre el alumnado con bajo PSP (M = 27.43) y aquel con alto PSP (M = 24.65) en función de la satisfacción con la vida (p < .001). Concretamente, el alumnado con bajo PSP puntúa significativamente más alto que aquel que posee alto PSP, observándose un moderado tamaño del efecto (d = .50). No obstante, para el resto de dimensiones perfeccionistas y para el total de la HMPS-sf, no se han encontrado diferencias significativas, no procediendo al análisis del tamaño del efecto.

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas en satisfacción con la vida entre los estudiantes con alto y bajo perfeccionismo, prueba t de Student y tamaños del efecto

	Medias y desviaciones típicas				Significación estadística y tamaños del efecto			
	M	DT	M	DT	t	gl	p	d
Satisfacción con la vida	Bajo PSP (N= 130)		Alto PSP (N= 112)		3.84	213.64	<.001	.50
	27.43	4.97	24.65	6.12				
	Bajo PAO (N= 124)		Alto PAO (N= 105)		-.39	227	.695	-
	25.77	5.79	26.08	5.80				
	Bajo POD (N= 139)		Alto POD (N= 117)		.34	254	.447	-
	26.32	5.65	25.76	6.01				
Bajo HMPS-sf (N= 125)		Alto HMPS-sf (N= 124)		1.17	247	.243	-	
26.62	5.46	25.77	5.98					

Nota: M = Media; DT = Desviación Típica; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; PAO = Perfeccionismo Auto-Orientado; POD = Perfeccionismo Orientado a los Demás; HMPS-sf = Multidimensional Perfectionism Scale-Spanish version; t = prueba t de Student; d = índice d de Cohen para tamaño del efecto; * p < .05. ** p < .01. *** p < .001

Capacidad predictiva de la satisfacción con la vida sobre el alto perfeccionismo

La Tabla 4 ofrece los resultados de los análisis de regresión logística para la probabilidad de presentar altas puntuaciones en las dimensiones perfeccionistas en función de la satisfacción con la vida. Sin embargo, dicha satisfacción vital no resultó ser un predictor estadísticamente significativo de las altas puntuaciones en PAO y POD, pero sí para el PSP. Así, en el caso de la capacidad predictiva de la satisfacción vital sobre el alto PSP, la proporción de casos correctamente clasificados es del 63.2%, y valores de ajuste para la R² de Nagelkerke de .08. Dicha satisfacción vital predijo de forma negativa y significativa alto PSP, puesto que los niveles de OR fueron inferiores a 1, alcanzando un nivel de OR de .91 para el PSP. Por tanto, la probabilidad de presentar alto PSP es un 9% menor por cada punto que aumentan las puntuaciones en satisfacción con la vida.

Tabla 4. Regresión logística binaria para la probabilidad de presentar alto PSP en función de la satisfacción con la vida

Variable		χ^2	R ²	B	E.T.	Wald	p	OR	I.C. 95%
Satisfacción con la vida	Clasificados correct.: 63.2%	14.74	.08	-.091	.025	13.566	<.001	.91	.87-.96
	Constante		2.22		.658	11.378	<.01	9.193	

Nota: χ^2 = Chi cuadrado; R² = Nagelkerke cuadrado; B = Coeficiente de Regresión; E.T.= Error Etandard; Wald = Wald test; OR = Odd ratio; I.C. 95% = Intervalo de confianza del 95

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En el presente estudio se analizan las diferencias existentes de perfeccionismo entre el alumnado universitario de grado y máster de la Facultad de Educación de la Universidad de Alicante, en función del nivel educativo y la satisfacción con la vida, así como la capacidad predictiva de esta satisfacción vital sobre las altas puntuaciones en las dimensiones perfeccionistas.

Por un lado, no se confirman las diferencias entre puntuaciones de perfeccionismo del alumnado universitario según el nivel de estudios, rechazándose la hipótesis 1 y los resultados de los estudios previos sobre las diferencias según la edad (Daniilidou, 2023; Robinson et al., 2021), los cuales esperaban que el alumnado de grado reportara puntuaciones superiores en perfeccionismo, debido a esas diferencias de edad entre el alumnado de grado y postgrado. Este resultado contradictorio se podría atribuir al predominio de participantes de grado en la conformación de la muestra, alcanzando un mayor porcentaje de muestra de menor edad, quienes puntúan similar en las dimensiones perfeccionistas, y así no encontrar realmente diferencias entre ese alumnado de grado mayoritario y de postgrado.

Por otro lado, se apoyan las diferencias significativas entre el alumnado con alto y bajo perfeccionismo en satisfacción con la vida solamente para PSP, dando soporte

parcial a la hipótesis 2 (Alshehri, 2018), según la cual se esperaba que el alumnado con altas puntuaciones en PSP y PAO obtendría menores y mayores puntuaciones, respectivamente, en dicha satisfacción vital, así como que no se encontrasen diferencias significativas para el POD (Alshehri, 2018; Capan, 2010). Sin embargo, no se ha obtenido dichas diferencias significativas para el PAO.

Esto podría deberse a que, pese a que el perfeccionismo puede reportar algunos beneficios, por ejemplo, en rendimiento académico (Madigan, 2019), también puede ser una fuente de vulnerabilidad cuando las creencias sobre las expectativas y demandas del entorno superan los recursos del estudiante, teniendo un gran impacto negativo no sólo en el rendimiento académico, sino también en su bienestar psicológico. Asimismo, se debe atender la consideración de PSP como la faceta más desadaptativa del perfeccionismo (Flett et al., 2022; Laurenti et al., 2008; Sherry et al., 2010) en tanto que se asocia con el desarrollo de problemas psicológicos como ansiedad, depresión, trastornos alimentarios o ideación suicida (Lea et al., 2023; Limburg et al., 2017; Smith et al., 2018; Vicent et al., 2023). Por ende, se espera que el alumnado con alto PSP tienda a valorar negativamente su vida (Alshehri, 2018; Ashby y Rice, 2002; Gaudreau y Verner-Fliion, 2012; Mitchelson y Burns, 1998; Stoeber y Stoeber, 2009).

Por último, en línea con los resultados anteriores, se ha observado la capacidad predictiva, en sentido negativo, de la satisfacción con la vida sobre alto PSP. Sin embargo, los modelos de regresión logística no resultaron significativos para las dimensiones de PAO y POD. Este resultado apoya parcialmente la hipótesis 3 (Çalışandemir y Tagay, 2015; Chan, 2012; Fowler et al., 2018), la cual esperaba que dicha satisfacción vital predijese negativamente alto PSP y positivamente alto PAO, así como que no fuese un predictor significativo de alto POD. No obstante, no se ha encontrado dicha capacidad predictiva positiva de la satisfacción con la vida para alto PAO. Este resultado podría deberse a que el alumnado con menor consideración positiva sobre su vida tienda a poseer más creencias negativas sobre las exigencias y críticas excesivamente altas que el entorno social le demanda supuestamente (Liu et al., 2022).

Aunque este estudio presente relevantes contribuciones, es importante reconocer varias limitaciones. En primer lugar, los datos se obtuvieron mediante autoinformes, lo que podría haber introducido sesgos por deseabilidad social. En segundo lugar, los datos se recopilaron únicamente de los grados y máster de la Facultad de Educación de la Universidad de Alicante, debiéndose extrapolar con cautela los resultados a otros contextos. Por ello, sería de interés replicarlo en otras condiciones para cotejar y determinar si las diferencias afectan igual al perfeccionismo en función del nivel educativo y la satisfacción con la vida.

En definitiva, la acción educativa desde las universidades ha de prestar especial atención a esta problemática y no potenciar el perfeccionismo entre el alumnado universitario mediante la implementación de estrategias junto con el personal docente y los servicios de orientación, permitiéndoles reducir dichos niveles.

REFERENCIAS

Alshehri, A. S. (2018). *Perfectionism: Relationship with anxiety, academic procrastination, and satisfaction with life among international Saudi Arabian students studying in United States universities* (Tesis doctoral). Howard University. ProQuest. Recuperado de <https://www.proquest.com/dissertations-theses/perfectionism>

Ashby, J. S., y Rice, K. G. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes, and self-esteem: A structural equations analysis. *Journal of Counseling and Development, 80*(2), 197-203.

Çalışandemir, F., y Tagay, Ö. (2015). Multidimensional perfectionism and humor styles: The predictors of life satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 174*, 939-945. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.715

Capan, B. E. (2010). Relationship among perfectionism, academic procrastination and life satisfaction of university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5*, 1665-1671.

Chan, D. W. (2012). Life satisfaction among highly achieving students in Hong Kong: Do gratitude and the 'good-enough mindset' add to the contribution of perfectionism in prediction? *Educational Psychology: An International Journal of Experimental Educational Psychology, 32*(5), 613-626. doi: 10.1080/01443410.2012.685451

Chang, E. C., Watkins, A., y Banks, K. H. (2004). How adaptive and maladaptive perfectionism relate to positive and negative psychological functioning: Testing a stress-mediation model in Black and White female college students. *Journal of Counseling Psychology, 51*(1), 93. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.93

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum.

Cox, B. J., Enns, M. W., y Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment, 14*, 365-373. doi: 10.1037/1040-3590.14.3.365

Curran, T., y Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin, 145*(4), 410-429. doi: 10.1037/bul0000138

Daniilidou, A. (2023). Understanding the relationship between multidimensional perfectionism and self-compassion in adults: The effect of age. *Europe's Journal of Psychology, 19*(4), 371-386. doi: 10.5964/ejop.11981

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

Fekih-Romdhane, F., Sawma, T., Obeid, S., y Hallit, S. (2023). Self-critical perfectionism mediates the relationship between self-esteem and satisfaction with life in Lebanese university students. *BMC Psychology, 11*(4), 1-9. doi: 10.1186/s40359-023-01040-6

Flett, G. I., Hewitt, P. L., Nepon, T., Sherry, S. B., y Smith, M. (2022). The destructiveness and public health significance of socially prescribed perfectionism: A review, analysis, and

conceptual extension. *Clinical Psychology Review*, 93, 102130. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102130

Fowler, S. A., Davis, L. L., Both, L. E., y Best, L. A. (2018). Personality and perfectionism as predictors of life satisfaction: The unique contribution of having high standards for others. *FACETS*, 3, 227-241. doi: 10.1139/facets-2017-0084

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. doi: 10.1007/BF01172967

Gaudreau, P., y Verner-Filion, J. (2012). Dispositional perfectionism and well-being: A test of the 2×2 model of perfectionism in the sport domain. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(1), 29-43. doi: 10.1037/a0025747

Gilman, R., y Ashby, J. S. (2003). A first study of perfectionism and multidimensional life satisfaction among adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 23(2), 218-235. doi: 10.1177/0272431603023002005

Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456

Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (2004). *Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): Technical manual*. Multi-Health Systems.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Besser, A., Sherry, S. B., y McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper y Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1221-1236. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00021-4

Hewitt, P. L., Smith, M. M., Flett, G. L., Ko, A., Kerns, C., Birch, S., y Peracha, H. (2022). Other-oriented perfectionism in children and adolescents: Development and validation of the Other-Oriented Perfectionism Subscale-Junior Form (OOPjr). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 40(3), 327-345. doi: 10.1177/07342829211062009

Laurenti, H. J., Bruch, M. A., y Haase, R. F. (2008). Social anxiety and socially prescribed perfectionism: Unique and interactive relationships with maladaptive appraisal of interpersonal situations. *Personality and Individual Differences*, 45(1), 55-61. doi: 10.1016/j.paid.2008.02.018

Lea, K., Richardson, T., y Rauze, N. (2023). The relationship between mood symptom severity and perfectionism subtypes in mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences*, 13(3), 377. doi: 10.3390/brainsci13030377

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., y Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. doi: 10.1002/jclp.22435

Liu, Q., Zhao, X., y Liu, W. (2022). Are perfectionists always dissatisfied with life? An empirical study from the perspective of self-determination theory and perceived control. *Behavioral Sciences*, 12(440), 1-13. doi: 10.3390/bs12110440

Mitchelson, J. K., y Burns, L. R. (1998). Career mothers and perfectionism: Stress at work and at home. *Personality and Individual Differences*, 25(3), 477-485.

Rice, K. G., y Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 72-85. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.72

Robinson, A., Divers, R., Moscardini, E., y Calamia, M. (2021). Perfectionism, conscientiousness, and neuroticism: Does age matter? *Personality and Individual Differences*, 172, 1-5. doi: 10.1016/j.paid.2020.110563

Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Flórez, C. L., Odriozola-González, P., Tovar, D., López-González, S., y Baeza-Martín, R. (2019). Validity of the Satisfaction with Life Scale in Colombia and factorial equivalence with Spanish data. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(2), 58-65. doi: 10.14349/rlp.2019.v51.n2.1

Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., Flett, G. L., y Graham, A. R. (2010). Perfectionism dimensions and research productivity in psychology professors: Implications for understanding the (mal)adaptiveness of perfectionism. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(4), 273-283. doi: 10.1037/a0020466

Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., y Ashby, J. S. (2001). The revised Almost Perfect Scale. *Measurement y Evaluation in Counseling Development*, 34(3), 130-145.

Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., y Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of Personality*, 86(3), 522-542. doi: 10.1111/jopy.12333

Stoeber, J., y Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46, 530-535. doi: 10.1016/j.paid.2008.11.011

Vicent, M., González, C., Quiles, M. J., y Sánchez-Meca, J. (2023). Perfectionism and binge eating association: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 101. doi: 10.1186/s40337-023-00817-9

Vicent, M., Inglés, C. J., y García-Fernández, J. M. (2017). *El niño perfeccionista. Más allá de la excelencia*. Pirámide.

CAPÍTULO 33

MAPPING ADVERSE AND BENEVOLENT CHILDHOOD EXPERIENCES OF CATHOLIC PRIESTS: AN EXPLORATORY STUDY IN BRAZIL

CLÁUDIO SANTANA, PEDRO ROSÁRIO, PATRÍCIA SOUSA, & JENNIFER CUNHA
Universidade Do Minho

INTRODUCTION

Being a priest requires playing a large range of roles and activities (e.g., celebrating Mass, weddings, funerals, coordinating staff and volunteers, counseling, hearing confessions, and managing parish finances), which may challenge their well-being and lead to high levels of stress, burnout, and depression (Ruiz-Prada, Fernández-Salineró, García-Ael, & Topa, 2021; Santana, Domingos, Zanatta, & Campos, 2021). Prior research has majorly focused on individual and ministry-related predictors of priests' well-being (e.g., Francis & Crea, 2016) and symptoms of stress, depression, and burnout (Edwards, Bretherton, Gresswell, & Sabin-Farrell, 2020; Francis & Crea, 2021) “*after they enter the profession*” (Holleman, Upenieks, & Eagle, 2024, p. 4).

More recently, there has been a growing interest in the experiences occurring before priests were ordained, namely Adverse Childhood Experiences (ACEs). This recent interest has various reasons that may help explain: i) priests' poor mental health and ii) their difficulties in dealing with the parishioners' negative experiences, which may contribute to or exacerbate mental illness (Brown et al., 2024; Holleman et al., 2024; Sedlacek & Drumm, 2023). Importantly, the latter may interfere negatively with their work within the community (Sedlacek & Drumm, 2023). Albeit scarce, prior data shows a higher percentage of ACEs among pastors or Black clergy than among the general population (Brown et al., 2024; Sedlacek & Drumm, 2023), which supports the need to investigate this construct.

In addition, prior research reports that positive experiences during childhood (also termed Benevolent Childhood Experiences, BCEs) are relevant elements likely to buffer the negative effects of ACEs (e.g., Turner, Shattuck, Finkelhor, & Hamby, 2016). However, to the best of our knowledge, the literature lacks studies on the two types of childhood experiences mentioned (i.e., ACEs and BCEs). Hence, the current study aims to fill this research gap by mapping Catholic priests' negative and positive childhood experiences.

ACEs: Definition, prevalence, and impact

ACEs are traumatic events that occur in the first 18 years of life, including physical, emotional, and sexual abuse, neglect, exposure to domestic violence, living with relatives suffering from mental disorders, or abusing drugs (Felitti et al., 1998). Research on ACEs has used distinct self-reports to compile data on this construct. For example, several studies used a version of eight to ten items assessing the mentioned events (see Madigan et al., 2023). Importantly, the vast corpus of research on this topic established four or above ACEs as a threshold for identifying serious risks of negative outcomes for individuals (Boullier & Blair, 2018).

A recent meta-analysis with more than 200 studies from 22 countries showed that 39.9% of participants report no ACE; 22.4% report one ACE; 13.0% report two ACEs; 8.7% report three ACEs, and 16.1% report four or more ACEs (Madigan et al., 2023, p. 463). The percentage of individuals reporting four or more ACEs is higher in groups with a history of mental health illness (47.5%), substance abuse or addiction (55.2%), from low-income (40.5%) or minoritized (40.8%) backgrounds, and unhoused individuals (59.7%).

Despite establishing the threshold of four or more ACEs as an indicator of potential risks for individuals' mental health, research also showed that not all ACEs weigh equally. For example, children who experienced sexual and physical abuse, neglect, and domestic violence showed at least 30% more risk for behavioral and emotional problems than their counterparts suffering from other combinations of ACEs (Briggs, Amaya-Jackson, Putnam, & Putnam, 2021; Putnam, Amaya-Jackson, Putnam, & Briggs, 2020)

These early adverse experiences have received considerable attention from psychology researchers, particularly due to their lasting impacts on mental health in adulthood. Extant investigation showed that negative events during childhood are linked to mental disorders (e.g., depression, post-traumatic stress disorder, PTSD) and lower emotional well-being and psychological stability across the lifespan (Kessler et al., 2020; Narayan, Rivera, Bernstein, Harris, & Lieberman, 2018; Smith, 2022). Moreover, Felitti et al. (1998) identified a positive correlation between ACEs and the onset of chronic diseases, such as heart disease and diabetes. Altogether, these findings indicate that stress caused by adversity can trigger dangerous biological responses, impairing the immune system and increasing vulnerability to disease. In sum, ACEs seriously impact both mental and physical health (Felitti et al., 1998). What is more, as Boullier & Blair (2018) reported, individuals exposed to four or more ACEs "showed almost 3 times the rate of poor health compared to those with no ACEs" (p. 135).

BCEs: Definition, prevalence, and impact

BCEs (also termed “counter-ACEs”, Crandall et al., 2019, or Positive Childhood Experiences, PCEs, Sege et al., 2024) refer to events and conditions that provide positive support throughout childhood and adolescence, potentially influencing resilience and well-being in adulthood (Turner et al., 2016). BCEs are defined as experiences that foster a sense of security, support, and value during early development (Chen & Davis, 2016). Research on BCEs is recent. However, despite the existence of measures for this construct in the literature (e.g., Chung, Mathew, Elo, Coyne, & Culhane, 2008; Hillis et al., 2010), Narayan et al. (2018) purposefully developed and validated a ten-item self-report intended to be culturally (e.g., receiving frequent hugs) or socioeconomic status (e.g., participation on sports teams) independent. This instrument comprises questions at the individual-level (e.g., “Did you like yourself or feel comfortable with yourself?”), family-level (e.g., “Did you have at least one caregiver with whom you felt safe?”), peer-level (e.g., “Did you have at least one good friend?”) or community-level (“Did you have good neighbors?”).

Data on the prevalence of BCEs is scarce and diverse. The average BCEs score was 7.34 in a sample of Honduran adults (Landa-Blanco, Herrera, Espinoza, Girón, Moncada, & Cortés-Ramos, 2024), 7.56 in a sample of homeless parents (Merrick, Narayan, DePasquale, & Masten, 2019), 7.64 in a nationally representative sample of young people from Northern Ireland (Redican, McBride, Bunting, Murphy, & Shevlin, 2022), 8.15 in a sample of Amazon Mechanical Turk users (Crandall et al., 2019), and 8.92 in a sample of Portuguese adults (Almeida, Guarda, & Cunha, 2021). Recently, a study by Sege et al. (2024) conducted with adults from four states in the USA indicated that 53.1% of the participants reported at least six, while 12.2% reported up to two PCEs. Scores were higher for participants with higher income and educational attainment and lower among sexual minority groups. Overall, and importantly, extant studies indicate that a high percentage of the samples (more than 95%) reported at least one PCE (Almeida et al., 2021; Redican et al., 2022; Sege et al., 2024). Having someone at home with whom they feel safe or having at least one good friend or feeling supported by them are two examples of the most reported BCEs (Almeida et al., 2021; Redican et al., 2022; Sege et al., 2024).

These data are relevant because the literature suggests that BCEs play a unique role in promoting mental health and well-being in adulthood. For example, BCEs are related to social-emotional learning competencies such as resilience, self-esteem, and coping skills, leading individuals to better emotional management and ability to manage stress throughout life (Chen & Davis, 2016; Turner et al., 2016). Findings also indicate that individuals who received positive support during childhood are more likely to have effective coping skills and maintain strong mental health (Masten, Narayan, & Bowers, 2019). Moreover, literature indicates that positive experiences,

such as family support and safe environments, help mitigate the negative impacts of ACEs (Chen & Davis, 2016). Consistent with this proposition, Narayan et al. (2018) found that higher levels of BCEs predicted fewer PTSD symptoms and less stressful life events during pregnancy, even in women with high ACEs. However, data by Crandall et al. (2019) alerted for the need to consider the number of ACEs reported by the individuals: “counter-ACEs had a reduced positive effect on adult health among those with four or more ACEs compared to those with fewer than four ACEs” (p. 1). Authors concluded that counter-ACEs may only have a mitigation effect when ACEs are moderate.

ACEs, BCEs, and Catholic priests

To our knowledge, there is a lack of studies exploring Catholic priests' ACEs. Notwithstanding, despite being limited, a few research pieces have been conducted with samples sharing similarities with the current study population. For example, data collected at the Seventh-day Adventist Theological Seminary revealed that 87% of incoming students reported one or more, and 24% reported four or more ACEs against 67% and 12.5% of the general population, respectively (Sedlacek & Drumm, 2023).

Subsequently, the work by Holleman et al. (2024) showed consistent data while indicating higher rates of specific ACEs for seminarians compared to the general population. This study, conducted with Methodist students, indicated that the average of the reported ACEs was similar to the United States general population (1.8 ACEs). However, in three of the eight ACEs analyzed, the seminary students scored higher than the general population: i) emotional abuse (52.6% of the seminarians against 39.4% of the general population), ii) sexual abuse (20.2% against 9.2%), and iii) living with someone experiencing mental illness (35.8% against 24.8%).

Aligned with the data gathered with seminarians, Sedlacek and Drumm (2023) reported that “the rates of both physical and sexual abuse [around 20% each] were consistently higher among pastors [Seventh-day Adventists] than the general population”, p. 14). Similarly, studies conducted with Black or African American clergy and church leaders in Texas showed that the ACE scores were significantly higher than the national sample of Black Americans (Brown et al., 2024; Roggenbaum et al., 2023). For example, Brown et al. (2024) found that the prevalence of i) emotional neglect, ii) parental separation or divorce, iii) mental illness in the household, and iv) an incarcerated household member was higher for the clergy sample than the national sample. Sexual abuse was reported by 20% of participants approximately.

Finally, no studies on BCEs in religious group samples were found. However, considering the role of BCEs in mitigating the negative effects of ACEs, it would be relevant to map priests' BCEs.

The present study

The effects of ACEs and BCEs on individuals' well-being or illness and the mitigating effect of BCEs on ACEs are well established in the literature. Examining these types of childhood experiences is of particular relevance among priests for several reasons. Prior research showed that workers in helping professions were more exposed to ACEs compared to other professions (see Holleman et al., 2024), which poses priests as a risky group for developing poor physical and mental health (e.g., Felitti et al., 1998). Besides, priests are tasked with managing situations requiring great emotional effort, such as counseling in crises and managing their emotions and spirituality (Francis & Crea, 2021; Sedlacek & Drumm, 2023). Moreover, dealing with parishioners' negative experiences when hearing confessions may also contribute to, or exacerbate mental illness and interfere negatively with the response given to the community (Brown et al., 2024). Prevalence data with samples sharing similarities with Catholic priests showed worrying figures: ACEs were higher in these samples than in the general population (e.g., Sedlacek & Drumm, 2023). In addition, no data was found regarding BCEs. This is particularly important considering the mitigating effect of these experiences on ACEs effects (Crandall et al., 2019; Narayan et al., 2018). These data grounded our purpose of mapping Catholic priests' ACEs and BCEs. Specifically, the current study was conducted with Brazilian priests, one of the largest global Catholic communities (Pew Research Center, 2013).

The current study was guided by the following question: *What ACEs and BCEs do Brazilian priests report?*

Considering the abovementioned literature, three hypotheses were set. Based on prevalence data from the general population (e.g., Almeida et al., 2021), (H1) Brazilian priests will report both ACEs and BCEs. Moreover, based on data from similar samples (Sedlacek & Drumm, 2023), (H2) priests' ACEs will be higher compared to data of the general population from 22 countries (Madigan et al., 2023) or Brazilian college students (Risso, Jural, Santos, & Cunha, 2024). Finally, based on data from the general population of different countries (Almeida et al., 2021; Redican et al., 2022; Sege et al., 2024), (H3) priests will report high rates of BCEs.

This study adds to the literature by mapping both ACEs and BCEs of Catholic priests. Findings are expected to promote reflection on data and help enhance policies for priestly training and supervision, encouraging a preventive and comprehensive perspective on mental health in the religious context.

METHOD

Participants

Inclusion criteria for enrolling in this study were being an active Catholic priest, being over 18 years of age, and voluntarily agreeing to participate. Participants were 489 priests, 377 (77.1%) diocesan and 112 (22.9%) religious, aged between 21 and 91 years ($M = 44.9$, $SD = 12.4$). Nine priests did not indicate their age. The number of years of priestly ordination ranged from 0 (priests with less than one year of ordination) to 58 years. Data was organized into four groups: 0-10 years ($n = 239$; 49%), 11-20 years ($n = 137$; 28.1%), 21-30 years ($n = 73$; 15%), and more than 31 years ($n = 39$; 8%). One priest did not answer this question.

Measures

ACEs

This study used the short version of the ACEs questionnaire (Centers for Disease Control & Prevention, 2016). The ACEs scale consists of 10 yes/no questions regarding adversities experienced until age 18. Five of these items are related to childhood maltreatment, and five relate to exposure to family dysfunctions. Scores range between zero and 10. The ten items are presented in the legend of Figure 1.

BCEs

Participants completed the BCEs Scale (Narayan et al., 2018), which includes 10 yes/no questions concerning positive experiences until age 18. The items addressed the perception of relational and internal safety, the quality of a positive and predictable life, and interpersonal support. The ten items are presented in the legend of Figure 3.

Procedure

Before initiating the study, the University of Minho Ethics Committee approved all study procedures. Participants were recruited through email invitations. There was no financial support; however, participation was encouraged because of the relevance to understanding childhood experiences' effect on Catholic priests' well-being.

Data was collected through an online questionnaire (about 20 minutes to complete) using Qualtrics, and the anonymity of responses was ensured. Participants provided informed consent in accordance with the Declaration of Helsinki. For ethical reasons, psychological support was offered to participants who felt that answering the ACEs questionnaire triggered any discomfort.

Data Analysis

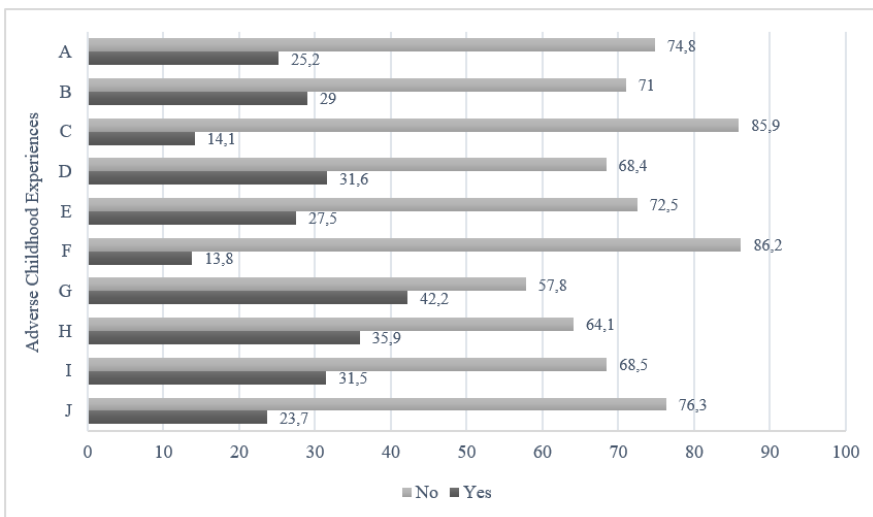
SPSS version 26 was used for data analysis. Descriptive statistics were run to provide the frequencies, percentages, and means. Excel software was used for graphs.

RESULTS

ACEs

All or almost all participants answered the questions regarding ACEs. Only a few participants (i.e., one up to three) did not answer some questions (C-J). Figure 1 provides the percentage of participants who experienced (or did not) each type of ACE. As the figure shows, participants reported all types of ACEs, and data ranged between 13.8% and 42.2%. Just 21.1% of participants did not report any ACE (see Figure 2), and 37.8% reported four or more adverse experiences. Finally, the most reported ACEs were verbal (42.2%), physical abuse (35.9%), family substance use (31.6%), and emotional neglect (31.5%). Importantly, sexual abuse was reported by 23.7% of the participants.

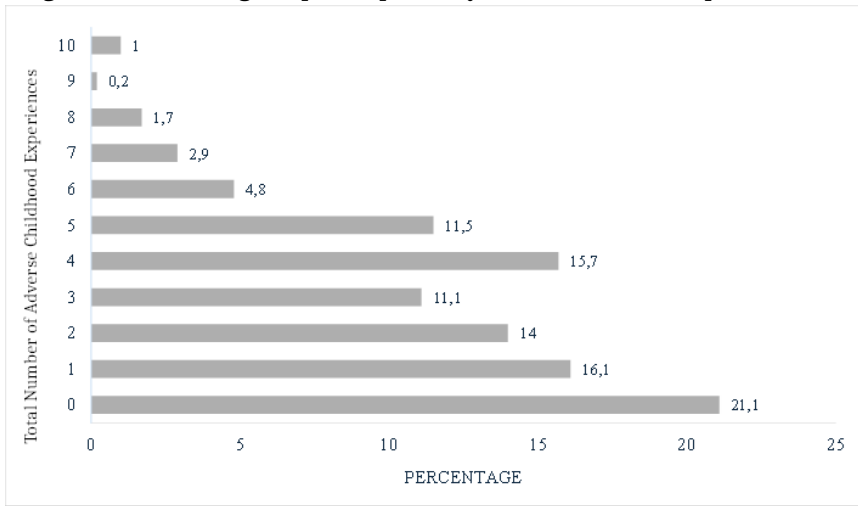
Figure 1. Percentage of priests who experienced, or not, each ACE



Legend: When you were growing up, during your first 18 years of life...

- (A) ... did you feel that you didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, or had no one to protect or care of you?
- (B) ... did you lose a parent through divorce, abandonment, death, or any other reason?
- (C) ... did you live with anyone who was depressed, mentally ill, or attempted suicide?
- (D) ... did you live with anyone who had a problem with drinking or using drugs, including prescription drugs?
- (E) ... did your parents or adults in your home ever hit, punch, beat or threaten to harm each other?
- (F) ... did you live with anyone who went to prison?
- (G) ... did a parent or adult in your home ever swear at you, insulted you, or put you down?
- (H) ... did a parent or adult in your home ever hit, beat, kick or physically hurt you in any way?
- (I) ... did you feel that no one in your family loved you or thought you were special?
- (J) ... did you experience unwanted sexual contact?

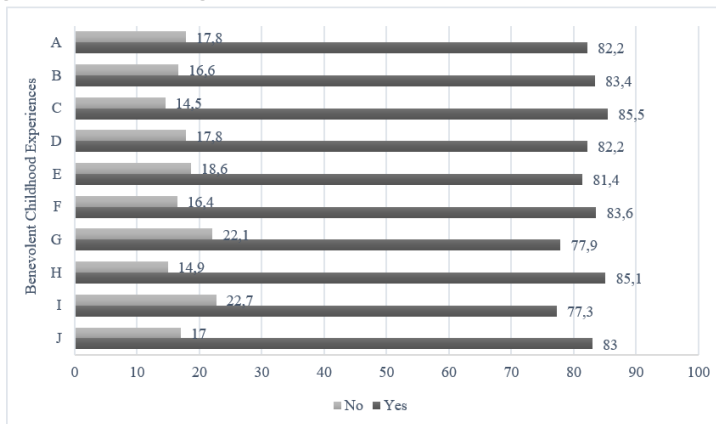
Figure 2. Percentage of participants by total number of reported ACEs



BCEs

Just one participant did not answer some of the BCE items (A, D, and G). Figure 3 provides the percentage of priests who experienced each type of BCE. The participants reported all types of BCEs; the data ranged between 77.3% and 85.5%. Considering the total number of BCEs, most participants (63.3%) reported engaging in nine or ten benevolent experiences (see Figure 4).

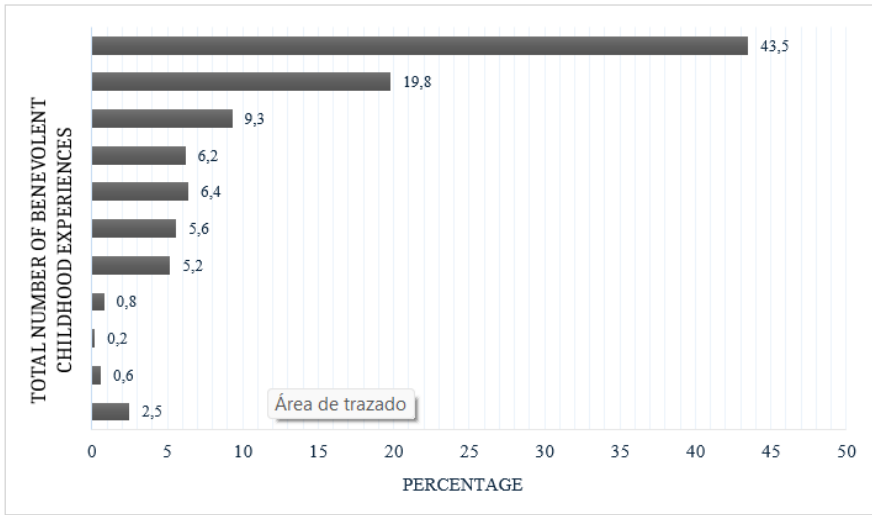
Figure 3. Percentage of priests who experienced, or not, each BCE



Legend: When you were growing up, during your first 18 years of life...

- (A) ...did you have at least one caregiver with whom you felt safe?
- (B) ...did you have at least one good friend?
- (C) ...did you have beliefs that gave you comfort?
- (D) ...did you like school?
- (E) ...did you have at least one teacher who cared about you?
- (F) ...did you have good neighbors?
- (G) ...was there an adult (not a parent/caregiver or the person from question 1) who could provide you with support or advice?
- (H) ...did you have opportunities to have a good time?
- (I) ...did you like yourself or feel comfortable with yourself?
- (J) ...did you have a predictable routine at home, like regular meals and a regular bedtime?

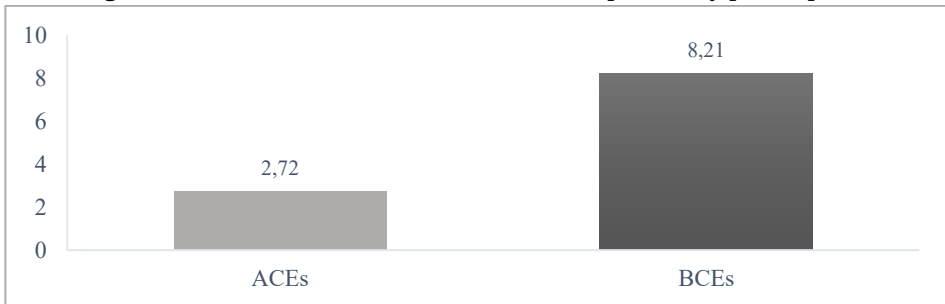
Figure 4. Percentage of participants by total number of reported BCEs



ACEs and BCEs

Figure 5 provides the average number of ACEs and BCEs reported by participants. The number of BCEs is much higher than that of ACEs.

Figure 5. Mean number of ACEs and BCEs reported by participants



DISCUSSION/CONCLUSIONS

The current study aimed at mapping Brazilian priests' ACEs and BCEs. Our hypotheses were confirmed. First, "yes" answers were found for ACE and BCE items (H1). Data indicate that 21.1% of the participants reported no ACEs, a lower figure than that reported by Risso et al. (2024) in a sample of Brazilian college students (25.6%) and much lower than that reported in a sample of adults from four USA states (39.9%; Madigan et al., 2023). The study conducted with pastors indicated that 87% reported at least one ACE against 67% of the general population (Sedlacek & Drumm, 2023). In the current study, the rate of ACEs (79%) was higher than that found in prior

studies with other samples (see Madigan et al., 2023; Risso et al., 2024), which confirms H2.

Another important finding pertains to the rate of four or more ACEs. Prior studies indicate rates of 13.1% among Brazilian university students (Risso et al., 2024), 16.1% in adults from four USA states (Madigan et al., 2023), and 24% among pastors (Sedlacek & Drumm, 2023). The current rate (37.8%) is higher than that of prior studies and closer to the rate found, for example, in samples of individuals from low-income backgrounds (40.5%) (Madigan et al., 2023). This is a worrying scenario as four or more ACEs are referred to in the literature as a threshold for serious risks of negative outcomes for individuals (Boullier & Blair, 2018). Although the combination of ACEs was not analyzed in our study, we found high rates of types of ACEs (e.g., verbal, 42.2%; physical abuse, 35.9%; emotional neglect, 31.5%; and sexual abuse, 23.7%) that sound alarming, and may put priests at higher risk. As prior research showed, experiencing sexual and physical abuse, neglect, and domestic violence increases (at least 30%) the risk of developing behavioral and emotional problems than other combinations of ACEs (Briggs et al., 2021; Putnam et al., 2020).

Furthermore, rates of emotional neglect and sexual abuse are consistent with prior studies conducted with Methodist students (Holleman et al., 2024) and Black or African American clergy and church leaders (Brown et al., 2024), which highlights the relevance of further studies on ACEs among religious groups. For example, Hughes, Lowey, Quigg, and Bellis (2016) found significant relationships between child sexual abuse and high rates of depression, anxiety, PTSD, and suicide in adulthood. These relevant data may help explain the recent increase in suicides among priests in Brazil and worldwide (Acker, 2021).

We also found high rates of BCEs, as hypothesized (H3). Consistently to prior studies (Almeida et al., 2021; Redican et al., 2022; Sege et al., 2024), 97.6% of participants reported at least one BCE. Interestingly, priests in the current study reported higher rates of BCEs related to comfort beliefs (85.5%), having a good time (85.1%), good neighbors (83.6%), and regular meals (83%), which differs from BCE reported in other studies: having someone at home who made them feel safe or at least one good friend or feeling supported by them (Almeida et al., 2021; Redican et al., 2022; Sege et al., 2024). In the current study, having someone at home who made them feel safe was reported by 82%, and having someone who could provide advice and support was reported by 77.9% of the participants.

In sum, the average BCEs score was 8.21, close to that found in prior studies conducted with adults (Almeida et al., 2021; Crandall et al., 2019). However, the average ACEs score was 2.72, higher than the one found (i.e., 2.28) in the study conducted with Black or African American clergy and church leaders (Brown et al., 2024). This latter finding merits further investigation since adverse experiences, such

as unwanted sexual contact, may not be entirely mitigated by BCEs. Research indicates such traumas often have profound and long-lasting consequences, requiring specific interventions and appropriate psychological support, regardless of the number of BCEs reported (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998).

Future research is needed to replicate this study with a larger and more diverse sample of priests and examine the mitigation effects of BCEs and other contextual variables on the negative effects of ACEs. A broad understanding of this phenomenon may encourage the development of support programs to mitigate the impacts of adversity and promote resilience in the priestly environment.

REFERENCES

- Acker, L. (2021). Number of priest suicides causing concern in Brazilian Church. *Crux*. Recovered from <https://cruxnow.com/church-in-the-americas/2021/11/number-of-priest-suicides-causing-concern-in-brazilian-church/>.
- Almeida, T.C., Guarda, R., & Cunha, O. (2021). Positive childhood experiences and adverse experiences: Psychometric properties of the Benevolent Childhood Experiences Scale (BCEs) among the Portuguese population. *Child Abuse & Neglect*, *120*, 105179.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C.H., Perry, B.D., ... Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*, 174-186.
- Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Pediatrics and Child Health*, *28*(3), 132-137.
- Briggs, E.C., Amaya-Jackson, L., Putnam, K.T., & Putnam, F.W. (2021). All adverse childhood experiences are not equal: The contribution of synergy to adverse childhood experience scores. *American Psychologist*, *76*(2), 243-252.
- Brown, E.M., Chin, E.G., Wang, D.C., Lewis, B.A., Fort, C., Captari, L.E., ... Sandage, S.J. (2024). Adverse Childhood Experiences, Religious Coping, and Congregational Support among Black Clergy and Religious Leaders. *Religions*, *15*(4), 396.
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). Adverse childhood experiences (ACEs). Recovered from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/>.
- Chen, P., & Davis, L. M. (2016). The Role of Positive Childhood Experiences in Long-Term Resilience: A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *57*(5), 561-573.
- Chung, E.K., Mathew, L., Elo, I.T., Coyne, J.C., & Culhane, J.F. (2008). Depressive symptoms in disadvantaged women receiving prenatal care: The influence of adverse and positive childhood experiences. *Ambulatory Pediatrics*, *8*(2), 109-116.
- Crandall, A., Miller, J.R., Cheung, A., Novilla, L.K., Glade, R., Novilla, M.L.B., ... Hanson, C.L. (2019). ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse & Neglect*, *96*, 104089.
- Edwards, L., Bretherton, R., Gresswell, M., & Sabin-Farrell, R. (2020). The relationship between social support, spiritual well-being, and depression in Christian clergy: a systematic literature review. *Mental Health, Religion & Culture*, *23*(10), 857-873.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, ... Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Francis, L. J., & Crea, G. (2016). The relationship between priestly motivational styles and personal wellbeing in ministry: Exploring the connection between religious orientation and purpose in life among Catholic priests serving in Italy. *Review of Religious Research*, 58(2), 219-228.

Francis, L. J., & Crea, G. (2021). Psychological Predictors of Professional Burnout among Priests, Religious Brothers, and Religious Sisters in Italy: The Dark Triad versus the Bright Trinity? *Pastoral Psychology*, 70(4), 399-418.

Hillis, S.D., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J., Marchbanks, P.A., Macaluso, M., & Marks, J.S. (2010). The protective effect of family strengths in childhood against adolescent pregnancy and its long-term psychosocial consequences. *The Permanente Journal*, 14, 109–116.

Holleman, A., Upenieks, L., & Eagle, D. (2024). Adverse Childhood Experiences Among Seminarians: Personal Experiences of Trauma and Implications for Pastoral Well-Being and Ministerial Training. *Journal of Psychology and Theology*, 52(1), 3–17.

Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., & Bellis, M. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: Results from an English national household survey. *BMC Public Health*, 16(1).

Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., ... Williams, D.R. (2020). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.

Landa-Blanco, M., Herrera, T., Espinoza, H., Girón, K., Moncada, S., & Cortés-Ramos, A. (2024). The impact of Benevolent Childhood Experiences on adult Flourishing: the mediating role of Light Triad traits. *Frontiers in Psychology*, 15, 1320169.

Madigan, S., Deneault, A.A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., Dimitropoulos, G., ... Shain, M. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22(3), 463–471.

Masten, A.S., Narayan, A.J., & Bowers, R. (2019). Resilience in Development: The Role of Positive Childhood Experiences. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1035-1051.

Merrick, J.S., Narayan, A.J., DePasquale, C.E., & Masten, A.S. (2019). Benevolent Childhood Experiences (BCEs) in homeless parents: A validation and replication study. *Journal of Family Psychology*, 33(4), 493–498.

Narayan, A.J., Rivera, L.M., Bernstein, R.E., Harris, W.W., & Lieberman, A.F. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child Abuse & Neglect*, 78, 19-30.

Pew Research Center. (2013). *Brazil's Changing Religious Landscape*. Retrieved from doi:10.2139/ssrn.2604881

Putnam, F.W., Amaya-Jackson, L., Putnam, K., & Briggs, E.C. (2020). Synergistic adversities and behavioral problems in traumatized children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104492.

Redican, E., McBride, O., Bunting, L., Murphy, J., & Shevlin, M. (2022). Prevalence and predictors of benevolent childhood experiences among a representative sample of young people. *British Journal of Psychology*, *114*(4), 727-743.

Risso, P.A., Jural, L.A., Santos, I.C., & Cunha, A.J. (2024). Prevalence and associated factors of adverse childhood experiences (ACE) in a sample of Brazilian university students. *Child Abuse & Neglect*, *150*, 106030.

Roggenbaum, L., Wang, D.C., Dryjanska, L., Holmes, E., Lewis, B.A., & Brown, E.M. (2023). Secondary Traumatic Stress, Religious Coping, and Medical Mistrust among African American Clergy and Religious Leaders. *Religions*, *14*, 793.

Ruiz-Prada, M., Fernández-Salineró, S., García-Ael, C., & Topa, G. (2021). Occupational stress and catholic priests: A scoping review of the literature. *Journal of Religion and Health*, *60*, 3807-3870.

Santana, C.M.L., Domingos, L.F., Zanatta, C., & Campos, L.A.M. (2021). Catholic priests mental health facing contemporary challenges. *International Journal of Development Research*, *11*(7), 48976-48982.

Sedlacek, D., & Drumm, R. (2023). "My Well is Empty": Adverse Childhood Experiences Among Pastors. *Ministry: International Journal for Pastors*, *95*(5), 12.

Sege, R., Swedo, E., Burstein, D., Aslam, M., Jones, J., Bethell, C., & Niolon, P. (2024). Prevalence of Positive Childhood Experiences Among Adults—Behavioral Risk Factor Surveillance System, Four States, 2015–2021. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *73*(17), 399-404.

Smith, M. (2022). Adverse Childhood Experiences and Their Impact on Mental Health in Adulthood. *Journal of Clinical Psychology*, *78*(4), 645-658.

Turner, H.A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2016). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of Interpersonal Violence*, *32*(5), 755–770.

CAPÍTULO 34

PERCEPCIÓN DEL DESGASTE EN MÉDICOS QUE EJERCEN LA FUNCIÓN DE CUIDADORES FORMALES

GIANELLA LISSETH TORO SÁNCHEZ Y MARINA RAMÍREZ ZHINDÓN
Universidad Técnica Particular de Loja

INTRODUCCIÓN

El desgaste profesional en el personal de salud es un fenómeno crítico que afecta tanto al bienestar de los profesionales como a la calidad de la atención médica; debido a que este estado de agotamiento no solo implica un impacto psicológico en los profesionales, sino que también compromete los resultados en la atención logro persona sanitaria (Hughes, Francis, y Sciscione, 2020). El burnout se define como una combinación de agotamiento emocional, despersonalización y una disminución en el sentido de realización personal; este desgaste se origina por una combinación de demandas laborales excesivas, exposición constante al sufrimiento humano y limitaciones en la autonomía del profesional, lo que conduce al deterioro del bienestar físico y mental de los trabajadores de la salud (Bradford y Glaser, 2021; Parikh y Bender, 2021).

Investigaciones desarrolladas han demostrado que el desgaste afecta a más del 50% de los médicos en ejercicio profesionales (Larson et al., 2021). Según Parikh y Bender (2021), la carga excesiva de trabajo, junto con la falta de equilibrio entre la vida personal y laboral, crean un desgaste emocional que impacta en la motivación; a esto se suma la pérdida de autonomía en la toma de decisiones y la sensación de que el trabajo pierde su propósito o significado, lo que incrementa la despersonalización; también, participa de esta fórmula la ineficiencia en los procesos organizativos y la ausencia de flexibilidad que generan frustración, fomentando la rotación de personal y el ausentismo laboral. De manera alarmante, los profesionales de la salud pueden experimentar una disminución en la capacidad de empatizar con los pacientes, generando una falta de conexión que no solo impacta la relación humana en la atención, sino que también aumenta el riesgo de cometer errores involuntarios, lo que afecta directamente la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario (Bradford y Glaser, 2021).

El burnout es un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y una baja percepción de la eficacia laboral; en profesiones de atención directa, como el sector sanitario, el burnout se potencia debido a la exposición continua a situaciones estresantes y emocionalmente desgastantes (Shanafelt et al., 2021). Afonso, Cadwell, Staffa, Zurakowski, y Vinson (2021) añaden

que el agotamiento emocional, una de las principales dimensiones, genera una disminución en la capacidad de respuesta empática hacia los usuarios, afectando la calidad de los servicios ofrecidos.

Por su parte, la fatiga por compasión surge como resultado de un sufrimiento empático acumulado; Córdoba-Rojas, Sanz-Guerrero, Medina-Ch, Buitrago-Echeverri, y Sierra-González (2021) destacan que este fenómeno afecta especialmente a los profesionales que asisten a personas en situaciones traumáticas, como personal médico y psicoterapeutas, quienes desarrollan un agotamiento emocional no por la sobrecarga laboral en sí, sino por la constante exposición al dolor ajeno. De acuerdo con (Ghio et al., 2021), los profesionales que experimentan fatiga por compasión pueden sentirse emocionalmente abrumados, lo que disminuye su capacidad de brindar un cuidado efectivo y aumenta su riesgo de desarrollar síntomas depresivos.

Aunque ambos fenómenos se relacionan con el agotamiento emocional, existen diferencias importantes; mientras que el burnout es principalmente el resultado de la sobrecarga laboral y la falta de recursos organizacionales (Carlson, 2021), la fatiga por compasión está vinculada con el sufrimiento emocional que se experimenta al brindar cuidado empático continuo, más que a las condiciones laborales; la diferencia clave radica en el tipo de agotamiento: el burnout genera desapego y actitudes cínicas hacia las tareas laborales, mientras que la fatiga por compasión produce sentimientos de tristeza profunda y desesperanza hacia los pacientes (Bradford y Glaser, 2021; Córdoba-Rojas et al., 2021; Hernández , 1970).

Al respecto, Córdoba-Rojas et al. (2021) encontró que el burnout tiende a afectar más la productividad, mientras que la fatiga por compasión tiene un mayor impacto en la estabilidad emocional del trabajador; en este sentido, la intervención organizacional puede mejorar los síntomas del burnout mediante la redistribución de tareas y la promoción de un entorno saludable; en cambio, la fatiga por compasión requiere un enfoque más centrado en el apoyo emocional y psicológico, lo que sugiere que las estrategias de prevención deben adaptarse a las necesidades específicas de cada tipo de desgaste para ser efectivas.

En lo que respecta a los factores relacionados se encuentra la sobrecarga laboral y la falta de apoyo organizacional son factores determinantes del burnout; Cohen et al. (2020) identificó que los horarios extensos de trabajo y las expectativas poco claras sobre el mismo generan un aumento significativo en los niveles de desgaste emocional; este mismo estudio también encontró que la falta de control sobre las tareas asignadas eleva la frustración y reduce la satisfacción profesional.

Los entornos laborales con jerarquías rígidas y liderazgos autoritarios incrementan los conflictos y el estrés entre los equipos; al igual que la inseguridad en el empleo, especialmente para quienes tienen contratos temporales o de prestación de servicios, añade una capa de inestabilidad que potencia este desgaste emocional;

por el contrario, la existencia de estilos de liderazgo basados en el apoyo y la motivación pueden marcar una diferencia, al fomentar un clima positivo que mitigue los efectos negativos del estrés (Contreras Torres, Espinal, Pachón, y González, 2013).

Las interacciones con pacientes, especialmente en profesiones de cuidado, requieren un alto grado de empatía, lo que puede derivar en fatiga por compasión; explica que la exposición constante al sufrimiento ajeno genera un desgaste emocional significativo, especialmente si el profesional no cuenta con apoyo emocional adecuado (Tobón, 2022).

Impacto del desgaste en el personal médico y la organización

Desde el punto de vista físico, Cares, Cid, Delgado, García, y Luengo (2022) resaltan que el estrés laboral y/o burnout están estrechamente relacionados con el desarrollo de problemas de salud, como por ejemplo la hipertensión dentro del grupo de problemas cardiovasculares; por ende las personas expuestas a estrés laboral o burnout pueden aumentar la probabilidad de presentar fatiga y palpitaciones.

El desgaste laboral afecta directamente la calidad del cuidado que los profesionales brindan a sus pacientes; la despersonalización, una de las dimensiones del burnout, puede llevar a los médicos a desarrollar actitudes frías o indiferentes hacia los pacientes (Bradford y Glaser, 2021).

Los profesionales con burnout son más propensos a cometer errores médicos, obviamente sin intención, debido a la disminución en su concentración y capacidad para tomar decisiones acertadas; este aumento en los errores a su vez no solo pone en riesgo la salud de los pacientes, sino que también genera un círculo vicioso en el que los errores alimentan el sentimiento de ineficacia y aumentan el agotamiento emocional del personal (Shanafelt et al., 2021).

Las diferencias en la percepción del desgaste varían considerablemente según el género; según Al-Humadi et al. (2021), las mujeres médicas tienden a experimentar niveles más altos de agotamiento emocional en comparación con los hombres, lo que se atribuye a una mayor carga emocional y responsabilidades adicionales en el hogar.

La relación entre la antigüedad y el burnout sugiere que los profesionales al inicio de su carrera experimentan mayores niveles de agotamiento emocional debido a la falta de experiencia en el manejo del estrés y la presión laboral y a medida que adquieren más antigüedad, desarrollan estrategias de adaptación que mitigan en parte los síntomas del burnout, mejorando su bienestar emocional y desempeño profesional; sin embargo, los profesionales con muchos años en la misma institución pueden enfrentar agotamiento acumulado, lo que hace que reaparezcan los síntomas en etapas avanzadas de la carrera (Aranda y Pando, 2010; Sagripanti Mazuquin, 2012).

La especialidad médica es otro factor relevante, de acuerdo con Shanafelt et al. (2021) los profesionales en urgencias, cuidados intensivos y oncología presentan los niveles más altos de burnout, dados los constantes retos emocionales y la toma de decisiones críticas bajo presión.

De acuerdo con las aproximaciones empíricas presentadas previamente, el personal médico está constantemente expuesto a factores de riesgo que los colocan como población objetivo de prevención y detección de sintomatología de desgaste por empatía y/o burnout.

La importancia del burnout en el ámbito sanitario es indiscutible, ya que afecta tanto la salud de los profesionales como la satisfacción y seguridad de los pacientes por esta razón en el presente estudio tiene como objetivo principal: Identificar la relación existente entre el burnout y la percepción de carga de una muestra médicos que desarrollan labores de cuidadores formales.

MÉTODO

Este estudio se desarrolló bajo una metodología con un enfoque descriptivo, transversal, cuantitativo y correlacional (Hernández, 2014). Para llevarlo a cabo, se contó con la participación accesible y voluntaria de 143 cuidadores formales, la selección de la muestra se desarrolló bajo el criterio de intencionalidad y accesibilidad. Estos cuidadores tuvieron los siguientes criterios de inclusión: cuidadores formales y estar activos en su labor, aceptar y firmar el consentimiento informado, tener al menos un año de experiencia y contar con formación profesional, específicamente ser médico.

El Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI; Maslach y Jackson 1986; versión al español García, Ramírez, y Sánchez, 2020) fue creado para evaluar la presencia del síndrome de burnout en las personas, basándose en sus pensamientos y sentimientos. Este cuestionario contiene 22 ítems organizados en tres subescalas: (a) Agotamiento emocional, que incluye 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8 y 13), los cuales miden el desgaste emocional relacionada con el trabajo, con una puntuación máxima de 54, asociada directamente al burnout; (b) Despersonalización, con 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22), que evalúa actitudes de distanciamiento y sentimientos negativos hacia los pacientes, con una puntuación máxima de 30 relación directa al burnout; y (c) Baja realización personal, compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21), que explora el sentimiento de logro y autoeficacia en el trabajo. Esta última subescala tiene una puntuación máxima de 48 y se asocia inversamente con el burnout; es decir, una mayor puntuación indica una mayor percepción de realización personal.

Los niveles elevados de burnout se reflejan en puntuaciones altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, y en puntuaciones bajas en realización personal. Este instrumento ha demostrado una alta consistencia

interna, con un alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90, además de mostrar estabilidad en evaluaciones de prueba-reprueba realizadas en diversos estudios (García, Ramírez, y Sánchez, 2020; Martínez y López, 2018).

En cuanto a la Entrevista de Carga para Cuidadores Formales (Caregiver Burden Inventory) fue adaptada de la versión original de Zarit y Zarit (1985) por los autores Pérez, Fernández, y Torres (2019) y adaptada para uso en cuidadores profesionales. Este cuestionario ha mostrado una fiabilidad aceptable, con un alfa de Cronbach de 0.85 y una validez de 0.92. La versión adaptada contiene 22 ítems, cada uno con cinco opciones de respuesta que van desde "nunca" (0) hasta "casi siempre" (4), y mide cinco dimensiones: (a) agotamiento y desesperanza, (b) consecuencias negativas personales y sociales, (c) preocupación por los receptores del cuidado, (d) sentido de responsabilidad, y (e) respuesta emocional hacia el cuidado (Revuelta, Andújar, y Olivares, 2021; Pérez, Fernández, y Torres, 2019).

El proceso de investigación lo desarrollamos de acuerdo con la Declaración de Helsinki, respetando la confidencialidad de los participantes y obteniendo su consentimiento informado.

En cuanto al análisis de datos utilizados variables cuantitativas y cualitativas y esta investigación la correlación de Spearman es adecuada para variables ordinales o para variables continuas que no cumplen con los supuestos de normalidad.

RESULTADOS

Entre las características más importantes de la muestra contamos con la participación de 143 participantes revela un predominio del sexo femenino, con 126 individuos, lo que representa el 88,1% de la muestra, mientras que el sexo masculino está compuesto por 17 individuos (11,9%). En cuanto a la ciudad de procedencia, se observó que la mayoría de los participantes residen en Quito (54,5%), seguido de Cuenca (18,9%) y Loja (16,1%). Otras ciudades representadas incluyen Guayaquil (9,8%) y Esmeraldas (0,7%).

Respecto, al desarrollo de turnos, el 86,7% de los participantes ($n = 124$) mencionó realizar turnos, mientras que el 13,3% ($n = 19$) no realiza turnos. La disponibilidad de recursos también fue evaluada, destacando que un 38,5% ($n = 55$) reporta tener acceso total a los recursos, mientras que la mayoría se encuentra medianamente satisfecha con los recursos disponibles ($n = 77$, 53,8%). Solo un pequeño porcentaje indica tener pocos (7,0%) o ningún recurso (0,7%). En cuanto al tipo de contrato se encontró que el 62,9% de los participantes ($n = 90$) poseen un contrato indefinido o nombramiento, seguido de un 16,1% con contrato a plazo fijo ($n = 23$) y un 13,3% con contratación ocasional ($n = 19$). Otros tipos de contrato incluye los eventuales y de servicios profesionales, así como aquellos sin contrato (3,5% en

cada caso). Por último, se registró que el 89,5% de los cuidadores formales trabajan a tiempo completo ($n = 128$), mientras que un 10,5% ($n = 15$) lo hace a tiempo parcial.

En cuanto a los descriptivos en los que nos referimos al burnout en cuanto al tema de agotamiento emocional, se obtuvo una media de $M=17.02$ con una desviación estándar de $SD=10.67$, en un rango de puntajes de 0 a 53. La variable despersonalización puntuó una media de $M=5.13$ y una desviación estándar de $SD=5.29$, comprendidos entre 0 y 24.

En cuanto a la realización personal, los resultados indican una media de $M=34.63$ y una desviación estándar de $SD=10.08$, con un rango de 2 a 48. Para la puntuación total del MBI (Maslach Burnout Inventory), se observó una media de $M=56.78$ con una desviación estándar de $SD=16.43$.

En lo que se refiere a la escala general de Zarit se mostró una media de $M=47.36$ y una desviación estándar de $SD=14.10$, con valores mínimos y máximos de 22 y 97.

Existe una correlación positiva alta y significativa entre agotamiento emocional y despersonalización $\rho=0.621$, $p < 0.01$, sugiriendo que, a mayor agotamiento emocional, también se observa mayor despersonalización. Hay una correlación negativa significativa, aunque baja, $\rho=-0.177$, $p < 0.05$, indicando que un aumento en agotamiento emocional está ligeramente asociado con una disminución en la realización personal. La correlación es muy alta y positiva $\rho=0.785$, $p < 0.01$, lo que indica que el agotamiento emocional contribuye significativamente al índice total de burnout (MBI). Esta correlación positiva y significativa muestra que el agotamiento emocional también se asocia fuertemente con sumatoria general de Zarit con un puntaje de $\rho=0.650$, $p < 0.01$.

Existe una correlación negativa moderada y significativa entre despersonalización y realización personal, $\rho=-0.318$, $p < 0.01$, lo que sugiere que un mayor nivel de despersonalización está asociado con una menor realización personal. En cuanto al burnout y la despersonalización existe una correlación moderada y positiva entre $\rho=0.512$, $p < 0.01$, indicando que la despersonalización tiene un efecto considerable en el índice total de burnout. De la misma forma, se encontró una correlación moderada y positiva $\rho=0.491$, $p < 0.01$, lo cual muestra que el aumento de la despersonalización se relaciona con un incremento la puntuación en la escala de Zarit.

Existe una correlación positiva moderada $\rho=0.380$, $p < 0.01$, lo que indica que, aunque en menor medida, la realización personal se relaciona con el índice total de burnout. De la misma forma, hay una correlación negativa significativa $\rho=-0.262$, $p < 0.01$, sugiriendo que la realización personal está asociada a menores valores, que podría reflejar menor puntaje en la escala de Zarit.

Se presenta una correlación positiva y significativa $\rho=0.432$, $p < 0.01$, lo cual confirma que la escala de Zarit y el índice total de burnout se relacionan de manera moderada.

Tabla 1. Descriptivos del Síndrome de Burnout y la Percepción de Carga

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media (M)	Desviación estándar (SD)
Agotamiento Emocional	143	0	53	17.02	10.67
Despersonalización	143	0	24	5.13	5.29
Realización Personal	143	2	48	34.63	10.08
MBI	143	9	98	56.78	1 6.43
Zarit	143	22	97	47.36	1 4.10

Nota: N= tamaño de la muestra; M= Media; SD= Desviación estándar

Tabla 2. Correlaciones de Spearman entre burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y Zarit

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal	Burnout	Zarit
Agotamiento Emocional	1.000	.621**	-.177*	.785**	.650**
Despersonalización	.621**	1.000	-.318**	.512**	.491**
Realización Personal	-.177*	-.318**	1.000	.380**	-.262**
Burnout	.785**	.512**	.380**	1.000	.432**
Zarit	.650**	.491**	-.262**	.432**	1.000

Nota: N= 143. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral) para valores marcados con ** y en el nivel 0,05 (bilateral) para valores marcados con *

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En cuanto a los resultados de nuestro trabajo de investigación las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal y la escala de Zarit, presentan relaciones significativas. Por lo tanto, el aporte de este trabajo es importante en virtud de que nos permite comprender la situación de los cuidadores formales y las exigencias laborales (Maslach, Schaufeli, y Leiter 2001).

El agotamiento emocional obtuvo una media de 17.02 ($SD = 10.67$), representando una de las dimensiones más destacadas del burnout. Dato que tiene relación con las investigaciones previas realizadas por Calva y Ramírez (2024); y Ramírez, Otero, Blanco, Ontaneda, Díaz, y Vázquez (2018), la alta correlación positiva y significativa entre agotamiento emocional y despersonalización ($\rho = 0.621$, $p < 0.01$) concuerda con estudios que indican que cuando los profesionales sienten un desgaste emocional elevado, es más probable que desarrollen actitudes de desconexión o distanciamiento hacia los demás.

Esta tendencia es moderada y significativa con despersonalización ($\rho = -0.318$, $p < 0.01$) y baja con agotamiento emocional ($\rho = -0.177$, $p < 0.05$). Según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), puede derivarse de una percepción de ineficacia,

especialmente en contextos de alto agotamiento, donde el impacto negativo en la salud mental se vuelve evidente.

El burnout tiene una fuerte relación con la escala de Zarit ($\rho = 0.432$, $p < 0.01$), lo cual confirma la conexión entre burnout y sobrecarga en contextos de cuidado. Se menciona que resalta el burnout se vincula con una mayor percepción de sobrecarga (Schaufeli y Taris, 2014; Granda, Ramírez, y Ontaneda, 2024).

Estos resultados destacan que el agotamiento emocional y la despersonalización tienen relación directa con el burnout en el personal médico tiene consecuencias severas tanto en su salud mental como física, así como en su rendimiento laboral y por ende en su servicio de cara a los pacientes; según (Hughes et al., 2020), los profesionales que experimentan desgaste crónico desarrollan síntomas como ansiedad, depresión y trastornos del sueño.

La percepción de carga percibida sobre las actividades laborales tiene altas demandas por lo que requieren una alta interacción con otras personas. La realización personal, por su parte, parece actuar como un factor protector, aunque puede verse comprometida cuando los niveles de agotamiento y despersonalización son elevados. Desarrollar prácticas de autocuidado y fortalecer el apoyo social podría ser clave para reducir el riesgo de burnout en estos entornos.

REFERENCIAS

Afonso, A.M., Cadwell, J.B., Staffa, S.J., Zurakowski, D., y Vinson, A.E. (2021). Burnout Rate and Risk Factors among Anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology*, 134(5), 683-696. doi:10.1097/ALN.0000000000003722

Al-Humadi, S.M., Cáceda, R., Bronson, B., Paulus, M., Hong, H., y Muhrad, S. (2021). Orthopaedic Surgeon Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *Geriatric Orthopaedic Surgery y Rehabilitation*, 12. doi:10.1177/21514593211035230

Aranda, C. y Pando, M. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, México Title: Age, Burnout Syndrome, Social Support and Self-Esteem in Traffic Agents, Mexico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 510-522. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619187005>

Bradford, L. y Glaser, G. (2021). Addressing Physician Burnout and Ensuring High-Quality Care of the Physician Workforce. *Obstetrics y Gynecology*, 137(1), 3-11. doi:10.1097/AOG.0000000000004197

Calva, A. y Ramírez, M. (2024). Explorando el impacto del burnout en la percepción del apoyo social en los cuidadores formales. En M.D.M. Simón Márquez, M.D.M. Molero Jurado, S. Fernández Gea, M.D.C. Pérez-Fuentes y P. Molina Moreno (Comps.), *Progreso en salud: Avances y desafíos a través de la investigación* (pp. 247-253). ASUNIVEP.

Cares, J., Cid, M.J., Delgado, G., García, C., y Luengo, C. (2022). Estrés laboral y percepción de síntomas de enfermedad cardiovascular en trabajadores de la Región del Ñuble, Chile. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 30, 407-417. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Cohen, F., Lhote, R., Steichen, O., Roeser, A., Otriv, N., Levesque, H. ... Mouthon, L. (2020). Workload, well-being and career satisfaction among French internal medicine physicians and residents in 2018. *Postgraduate Medical Journal*, 96(1131), 21-27. doi:10.1136/postgradmedj-2019-136657

Contreras Torres, F., Espinal, L., Pachón, A.M., y González, J. (2013). Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9, 65-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67926246009>

Córdoba-Rojas, D.N., Sanz-Guerrero, D., Medina-Ch, A.M., Buitrago-Echeverri, M.T., y Sierra-González, Á.M. (2021). Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saúde e Sociedade*, 30(3). doi:10.1590/s0104-12902021200478

García, L., Ramírez, M., y Sánchez, R. (2020). *Evaluación del burnout en profesionales de la salud: Adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Editorial Psicosalud.

Ghio, L., Patti, S., Piccinini, G., Modafferi, C., Lusetti, E., Mazzella, M., y Del Sette, M. (2021). Anxiety, Depression and Risk of Post-Traumatic Stress Disorder in Health Workers: The Relationship with Burnout during COVID-19 Pandemic in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9929. doi:10.3390/ijerph18189929

Granda, Ramírez, y Ontaneda. (2024). Percepción de la carga y la incidencia con el Burnout. En M.D.M. Simón Márquez, A.B. Barragán Martín, P. Molina Moreno, J.J. Gázquez Linares y E. Martínez Casanova (Comps.), *Bienestar, apoyo a cuidadores y estrategias de mejora en salud: Respuestas a nuevas necesidades* (pp. 47-54). ASUNIVEP.

Hernández, M.D.C. (1970). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53-70. doi:10.5209/PSIC.55811

Hernández, R.H. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.

Hughes, F., Francis, A.P., y Sciscione, A.C. (2020). Physician Burnout among Members of the Society for Maternal-Fetal Medicine. *American Journal of Perinatology*, 37(11), 1115-1122. doi:10.1055/s-0039-1692185

Larson, D.P., Carlson, M.L., Lohse, C.M., O'Brien, E.K., Kircher, M.L., Gurgel, R.K. ... Choby, G. (2021). Prevalence of and Associations With Distress and Professional Burnout Among Otolaryngologists: Part I, Trainees. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 164(5), 1019-1029. doi:10.1177/0194599820959273

Martínez, J. y López, C. (2018). Consistencia y validez del Maslach Burnout Inventory en estudios sobre el estrés laboral. *Revista de Psicología y Salud Laboral*, 15(2), 102-115. doi:10.1000/rpsl.2018.15.102

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2da ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.

Parikh, J.R. y Bender, C.E. (2021). How Radiology Leaders Can Address Burnout. *Journal of the American College of Radiology*, 18(5), 679-684. doi:10.1016/j.jacr.2020.12.005

Pérez, A., Fernández, I., y Torres, E. (2019). Adaptación de la Entrevista de Carga del Cuidador: Implicaciones en cuidadores formales. *Journal of Caregiver Studies*, 7(3), 203-218. doi:10.1000/jcs.2019.7.203

Ramírez, M.R., Otero, P., Blanco, V., Ontaneda, M.P., Díaz, O., y Vázquez, F.L. (2018). Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 73–83.

Revuelta, M., Andújar, F., y Olivares, N. (2021). Aplicación de la Entrevista de Carga para Cuidadores Formales: Validación en contextos hispanos. *Cuadernos de Psicología*, 23(1), 77-90. doi:10.1000/cp.2021.23.77

Sagripanti, O.G. (2012). El efecto del burnout en la antigüedad en el puesto de trabajo: análisis mediacional de la ansiedad. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*. doi:10.30827/Digibug.21909

Schaufeli, W.B. y Taris, T.W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health. En *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43-68). Springer.

Shanafelt, T.D., Dyrbye, L.N., West, C.P., Sinsky, C., Tutty, M., Carlasare, L.E. ... Trockel, M. (2021). Suicidal Ideation and Attitudes Regarding Help Seeking in US Physicians Relative to the US Working Population. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(8), 2067-2080. doi:10.1016/j.mayocp.2021.01.033

Tobón, L.J. (2022). Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal. *El Ágora USB*, 21(2), 726-747. doi:10.21500/16578031.4792

Zarit, S., Orr, N.K., y Zarit, J.M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. Nueva York, Estados Unidos: NYU Press.

CAPÍTULO 35

RELACIÓN ENTRE DIFERENTES TIPOS DE PRESIONES SOCIALES, IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS SEGÚN EL SEXO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

GRACIA CRISTINA VILLODRES*, MARIELA BUSTOS ORTEGA**,
FEDERICO SALVADOR PÉREZ***, Y ROCÍO VIZCAÍNO CUENCA*

**Universidad de Granada; **Universidad de Burgos;*

****Universidad Internacional de La Rioja*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la salud mental de los jóvenes y adolescentes ha despertado una creciente preocupación, especialmente en relación con los efectos del uso de redes sociales sobre problemáticas vinculadas a la imagen corporal y las conductas alimentarias. Con un 57.7% de la población mundial utilizando estos espacios como medio principal de comunicación y socialización, las redes sociales han transformado la manera en que los adolescentes y jóvenes interactúan y construyen su identidad (Kemp, 2023). Aunque este uso ofrece beneficios evidentes, su impacto negativo también es significativo, particularmente en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), problemas de salud mental que presentan una de las tasas de mortalidad más altas entre adolescentes (Cohen et al., 2017; Organización Mundial de la Salud, 2021; Saiphoo y Vahedi, 2019). En España, un 6.7% de los adolescentes se ven afectados por TCA, con una prevalencia 2.5 veces mayor en mujeres que en hombres (Sociedad Española de Médicos Generales y de la Familia, 2018).

Diversos estudios y modelos, como el de Influencia Tripartita (Thompson et al., 1999), han documentado cómo el contenido centrado en la imagen corporal que circula en plataformas como TikTok e Instagram influye en los jóvenes, promoviendo ideales de delgadez en mujeres y de musculatura en hombres (Saiphoo y Vahedi, 2019; Sicilia et al., 2022). Este bombardeo de mensajes que exaltan estándares corporales inalcanzables ha impulsado el deseo entre los adolescentes de adecuarse a estas expectativas, llevando a un aumento de la insatisfacción corporal, una vigilancia obsesiva sobre el propio cuerpo y prácticas alimentarias orientadas a la apariencia física en lugar de la salud (Cohen et al., 2017; Saiphoo y Vahedi, 2019; Sicilia et al., 2022). Esta influencia deriva en conductas alimentarias restrictivas, ejercicio físico compulsivo y problemas emocionales como la baja autoestima, afectando especialmente a las mujeres (Sicilia et al., 2022; Vizcaíno-Cuenca et al., 2023).

Ante la alta prevalencia de contenido que promueve una imagen corporal negativa y sus consecuencias psicológicas y físicas, resulta urgente intervenir en el

tipo de mensajes visualizados por los jóvenes. La mayoría de las intervenciones actuales están enfocadas en mejorar la actividad física y la alimentación; sin embargo, algunas de estas pueden inadvertidamente reforzar la preocupación por cumplir con ideales de belleza, perpetuando la presión sobre la imagen corporal (Daniels et al., 2020). En este contexto, el análisis de las diferentes presiones sociales sobre la imagen corporal y su impacto en las conductas alimentarias según el sexo es esencial para comprender las dinámicas que influyen en los estudiantes universitarios y para desarrollar intervenciones más efectivas.

Objetivo e hipótesis

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre diferentes tipos de presiones sociales, la imagen corporal y las conductas alimentarias en función del sexo en estudiantes universitarios.

Como hipótesis general, se plantea que las presiones sociales, particularmente las relacionadas con redes sociales y familiares, influyen en la imagen corporal, la vigilancia corporal, la ansiedad por la apariencia y en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios, con diferencias significativas en función del sexo.

MÉTODO

Participantes

Un total de 528 estudiantes universitarios españoles (135 hombres y 393 mujeres) completaron una encuesta online en Qualtrics. La edad promedio de los hombres era de 22.43 años ($DT = 4.72$, rango: 18–46), mientras que la edad promedio de las mujeres fue de 20.98 años ($DT = 2.98$, rango: 18–52).

Instrumentos

Redes sociales. Visualización de selfies/videos

La visualización de selfies/videos en redes sociales se evaluó mediante la medida de Wang et al. (2021; $\alpha = .64$). A través de un ítem, se preguntó a los participantes con qué frecuencia suelen ver selfies/videos de otros en redes sociales. Las opciones de respuesta iban de 1 (Muy raramente) a 6 (Varias veces al día). Se calculó un índice promedio de modo que puntajes más altos indican mayores niveles de visualización de selfies/videos.

Actitudes socioculturales hacia la apariencia

El cuestionario Sociocultural Attitudes Toward Appearance-4 (SATAQ-4) es un instrumento de 22 ítems diseñado para medir el grado de aprobación de las normas culturales occidentales respecto a la apariencia (Llorente et al., 2015). Las respuestas se valoran en una escala Likert de 5 puntos, que va de 1 (Totalmente en desacuerdo)

a 5 (Totalmente de acuerdo). El SATAQ-4 evalúa cinco factores de influencias socioculturales: tres subescalas de presiones (es decir, familia, $\alpha = .88$; amigos, $\alpha = .89$; y redes sociales, $\alpha = .96$) y dos subescalas de internalización (delgadez/bajo porcentaje de grasa corporal: $\alpha = .93$; y musculatura/atlético: $\alpha = .91$). Las tres subescalas de presión consisten en cuatro ítems cada una, reflejando las presiones socioculturales percibidas de estos agentes sociales para cumplir con los ideales de belleza occidentales (por ejemplo, “Siento presión de las redes sociales para parecer más delgada/atlética”, “Siento presión de mi familia para verme más delgada/atlética”; “Mis amigos me animan a ser más delgada/atlética”). La subescala de Internalización: Delgadez/Bajo porcentaje de grasa incluye cinco ítems que miden la aceptación del ideal de delgadez (por ejemplo, “Pienso mucho en verme delgada”). Finalmente, la subescala de Internalización: Musculatura/Atlético incluye cinco ítems que indican la aprobación y aceptación del ideal de cuerpo atlético (por ejemplo, “Es importante para mí lucir atlético”).

Ansiedad social hacia la apariencia física

Se utilizó la versión española de la Social Physique Anxiety Scale (SPAS; Sáenz-Álvarez et al., 2013; $\alpha = .88$). Los 7 ítems de este instrumento (por ejemplo, “En presencia de otros, me siento preocupado/a por mi físico/figura”) se valoran en una escala de 5 puntos, de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). Los puntajes más altos están relacionados con síntomas de ansiedad social hacia la apariencia física, excepto el ítem 5, que está redactado en forma inversa (por ejemplo, “Me siento cómodo/a con cómo otros evalúan mi cuerpo”).

Vigilancia corporal

La vigilancia corporal se evaluó mediante la subescala de Vigilancia Corporal de la versión en español de la Escala de Conciencia Corporal Objetivada (OBCS; Moya-Garófano et al., 2019). Esta subescala se basa en la idea de que la constante atención sexual hacia las mujeres las lleva a monitorear continuamente sus cuerpos para cumplir con los estándares de belleza predominantes. Los participantes respondieron a ocho ítems (por ejemplo, “A menudo me preocupa si la ropa que llevo puesta me hace lucir bien”; $\alpha = .67$) en una escala Likert de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 7 (Totalmente de acuerdo); para cada ítem, los participantes tenían la opción de seleccionar “no aplicable” (N/A) si consideraban que el ítem no era relevante para ellos. La consistencia interna en el estudio de validación en español fue buena (.68–.73; Moya-Garófano et al., 2019). Los puntajes más altos indican mayores niveles de vigilancia corporal auto-reportada.

Trastornos alimentarios

Se utilizó el Cuestionario de Examen de Trastornos Alimentarios (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 2008; $\alpha = .91$) para evaluar los trastornos alimentarios. Este instrumento permite clarificar el término atracón, así como evaluar ciertas creencias, como el miedo a ganar peso, la restricción dietética y las preocupaciones sobre el peso, la imagen corporal y la alimentación. Los participantes respondieron a 10 ítems (por ejemplo, “¿Te has sentido como si hubieras perdido el control sobre lo que comías (en el momento de comer)?”) en una escala de 0 (0 días) a 3 (6-7 días). Los puntajes más altos están relacionados con trastornos alimentarios más fuertes.

Adherencia a la dieta mediterránea

Para la evaluación de adherencia a la dieta Mediterránea se utilizó la última versión actualizada y adaptada al castellano del cuestionario KIDMED (Altavilla et al., 2020). Se llevará a cabo de manera autoadministrada y está diseñado para medir el nivel de adherencia a la dieta Mediterránea de niños, niñas y adolescentes. Está formado por 16 ítems. Estos deben responderse de manera afirmativa (Sí) o de forma negativa (No). Cuatro de los ítems presentan una connotación negativa, los cuales si son respondidos de forma positiva se valoran con -1 punto, mientras que los ítems con connotación positiva se valoran con +1 punto. Las respuestas negativas tienen una puntuación de 0. Por tanto, su índice total oscila entre -4 y 12, que categoriza una mejor o peor adherencia a la DM: Baja calidad (≤ 3); Necesita mejorar (4-7); Calidad óptima (≥ 8).

Información sociodemográfica

Los participantes proporcionaron información sobre las variables sociodemográficas del sexo y la edad.

Procedimiento

Se distribuyó el link de una encuesta online a través de diferentes plataformas digitales (p.ej.: Instagram, Facebook, Twitter, mail, etc.). Los participantes fueron invitados a participar en una investigación anónima y confidencial sobre redes sociales y salud. Una vez que los participantes consintieron voluntariamente participar en la investigación, completaron las medidas que se presentan a continuación. Finalmente, los participantes recibieron un informe sobre el estudio y se les dio la posibilidad de entrar en un sorteo con la remuneración económica de 50€.

Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo a través del programa estadístico IBM SPSS, en su versión 25.0. La distribución de la muestra se analizó utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov. Tras comprobar que esta seguía una distribución normal, se analizaron los datos mediante las pruebas de t de student para la comparación entre grupos. Las correlaciones se realizaron a través del test de Pearson, programado a un nivel de significación en $p = .05$.

RESULTADOS

Las estadísticas descriptivas según el sexo se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas y prueba de contraste en función del sexo

Variables	Hombre (N= 135)		Mujer (N= 395)		t	p	η^2
	M	DT	M	DT			
Visualizar selfies	2.64	1.06	2.94	1.05	-2.84	.005	.01
Presiones familiares	1.93	0.98	2.01	1.06	-.78	.43	-
Presiones sociales	1.57	0.81	1.33	0.64	3.52	<.001	.01
Presiones de redes sociales	2.07	1.15	2.73	1.39	-4.92	<.001	.09
Internalización de delgadez	2.44	1.04	2.68	1.24	-2.071	.039	.02
Internalización de musculatura	2.81	1.08	2.10	0.92	7.38	<.001	.09
Vigilancia corporal	4.04	0.99	4.42	0.93	-4.05	<.001	.02
Ansiedad por la apariencia	0.93	0.75	1.27	4.41	-.737	.462	-
Trastornos de alimentación	7.56	6.53	9.67	8.06	-2.74	.006	.02
Adherencia a la dieta mediterránea	4.53	2.42	4.71	2.49	-.724	.468	-

Los resultados del análisis revelaron diferencias significativas en diversas variables en función del sexo. Las mujeres obtuvieron medias más altas que los hombres en la visualización de selfies ($M = 2.94$, $DT = 1.05$ vs. $M = 2.64$, $DT = 1.06$, $p = .005$, $\eta^2 = .01$) y en vigilancia corporal ($M = 4.42$, $DT = 0.93$ vs. $M = 4.04$, $DT = 0.99$, $p < .001$, $\eta^2 = .02$), mostrando un tamaño del efecto pequeño en ambos casos. También se observaron diferencias en presiones sociales, donde las mujeres reportaron menores puntuaciones ($M = 1.33$, $DT = 0.64$) en comparación con los hombres ($M = 1.57$, $DT = 0.81$, $p < .001$, $\eta^2 = .01$). Las presiones de redes sociales mostraron que las mujeres puntuaron significativamente más alto ($M = 2.73$, $DT = 1.39$) que los hombres ($M = 2.07$, $DT = 1.15$, $p < .001$, $\eta^2 = .09$), con un tamaño del efecto moderado. Además, las mujeres presentaron una mayor internalización de la delgadez ($M = 2.68$, $DT = 1.24$ vs. $M = 2.44$, $DT = 1.04$, $p = .039$, $\eta^2 = .02$), mientras que los hombres destacaron en la internalización de la musculatura ($M = 2.81$, $DT = 1.08$ vs. $M = 2.10$, $DT = 0.92$, $p < .001$, $\eta^2 = .09$), con un tamaño del efecto considerable. También se encontró una diferencia significativa en los trastornos de alimentación, con las mujeres puntuando más alto ($M = 9.67$, $DT = 8.06$ vs. $M = 7.56$, $DT = 6.53$, $p = .006$, $\eta^2 = .02$). No obstante, no se

observaron diferencias significativas en las presiones familiares, la ansiedad por la apariencia, ni en la adherencia a la dieta Mediterránea.

Las correlaciones entre las variables del estudio se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Correlaciones entre las variables del estudio

Variables	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1) Edad	-	-.17**	.00	.00	.11*	-.03	.05	-.11*	-.03	-.03	.17**
2) Visualizar selfies	-.13	-	.03	.12*	.17**	.23***	.10*	.12*	.13*	.23***	-.08
3) Presiones familiares	-.05	.11	-	.46***	.44***	.43***	.25***	.18***	.37***	.44***	.11*
4) Presiones sociales	-.03	.19*	.54***	-	.34***	.25***	.23***	.03	.26***	.35***	.06
5) Presiones de redes sociales	.15	.11	.29**	.39***	-	.56***	.30***	.29***	.53***	.51***	.08
6) Internalización de delgadez	-.14	.33***	.42***	.48***	.47***	-	.57***	.36***	.53***	.66***	.04
7) Internalización de musculatura	-.20*	.16	.08	.16	.15	.25**	-	.14**	.23***	.38***	.24***
8) Vigilancia corporal	-.01	.24**	.12	.21*	.41***	.48***	.34***	-	.37***	.30***	.00
9) Ansiedad por la apariencia	-.02	.18*	.33***	.28**	.60***	.57***	.17*	.46***	-	.58***	-.03
10) Trastornos de alimentación	-.01	.33***	.45***	.33***	.40***	.67***	.41***	.41***	.41***	-	.04
11) Adherencia a la dieta mediterránea	.09	-.21*	-.01	-.08	-.19*	-.21*	-.03	-.21*	-.19*	-.19*	-

Nota: $N = 528$. Las correlaciones para los hombres aparecen debajo de la diagonal; las correlaciones para las mujeres aparecen por encima de la diagonal. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

En las mujeres, la edad presenta correlaciones negativas significativas con la visualización de selfies ($r = -.17, p < .01$) y con la vigilancia corporal ($r = -.11, p < .05$), y una correlación positiva con las presiones en redes sociales ($r = -.11, p < .05$), y con la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = .17, p < .01$). La visualización de selfies muestra correlaciones positivas significativas con presiones sociales ($r = .12, p < .05$), presiones de redes sociales ($r = .17, p < .01$), internalización de delgadez ($r = .23, p < .001$), internalización de musculatura ($r = .10, p < .05$), vigilancia corporal ($r = .12, p < .05$), ansiedad por la apariencia ($r = .13, p < .05$), y con los trastornos de alimentación ($r = .23, p < .001$). Las presiones familiares correlacionaron positivamente con las presiones sociales ($r = .46, p < .001$), presiones en redes sociales ($r = .44, p < .001$), internalización de la delgadez ($r = .43, p < .001$), internalización de musculatura ($r = .25, p < .001$), vigilancia corporal ($r = .18, p < .001$), ansiedad por la apariencia ($r = .37, p < .05$), y con los trastornos de alimentación ($r = .44, p < .001$) y la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = .11, p < .05$). Las presiones sociales muestran correlaciones

positivas con las presiones de redes sociales ($r = .34, p < .001$), internalización de la delgadez ($r = .25, p < .001$) y musculatura ($r = .23, p < .001$), ansiedad por la apariencia ($r = .26, p < .001$) y con los trastornos de alimentación ($r = .35, p < .001$). Además, las presiones de redes sociales tienen una correlación positiva con la internalización de la delgadez ($r = .56, p < .001$) y musculatura ($r = .30, p < .001$), vigilancia corporal ($r = .29, p < .001$), ansiedad por la apariencia ($r = .53, p < .001$) y los trastornos de alimentación ($r = .51, p < .001$). La internalización de la delgadez correlaciona positivamente con la internalización de la musculatura ($r = .57, p < .001$), vigilancia corporal ($r = .36, p < .001$), ansiedad por la apariencia ($r = .53, p < .001$) y con los trastornos de alimentación ($r = .66, p < .001$). Asimismo, la internalización de la musculatura correlaciona positivamente con la vigilancia corporal ($r = .14, p < .01$), ansiedad por la apariencia ($r = .23, p < .001$), con los trastornos de alimentación ($r = .38, p < .001$) y la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = .24, p < .001$). La vigilancia corporal también correlaciona positivamente con la ansiedad por la apariencia ($r = .37, p < .001$) y con los trastornos de alimentación ($r = .30, p < .001$). Además, la ansiedad por la apariencia correlaciona positivamente con los trastornos de alimentación ($r = .58, p < .001$).

En los hombres, la edad presenta una correlación negativa significativa con la internalización de la musculatura ($r = -.20, p < .01$). La visualización de selfies muestra correlaciones positivas significativas con presiones sociales ($r = .19, p < .05$), internalización de delgadez ($r = .33, p < .001$), vigilancia corporal ($r = .24, p < .01$), ansiedad por la apariencia ($r = .18, p < .05$), trastornos de alimentación ($r = .33, p < .001$) y, negativamente, con la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = -.21, p < .05$). Las presiones familiares se correlacionan positivamente con las presiones sociales ($r = .54, p < .001$), presiones en redes sociales ($r = .29, p < .01$), internalización de la delgadez ($r = .42, p < .001$), con la ansiedad por la apariencia ($r = .33, p < .001$) y con los trastornos de alimentación ($r = .45, p < .001$). Las presiones sociales muestran correlaciones positivas con las presiones de redes sociales ($r = .39, p < .001$), internalización de la delgadez ($r = .48, p < .001$), vigilancia corporal ($r = .21, p < .05$), ansiedad por la apariencia ($r = .28, p < .01$) y con los trastornos de alimentación ($r = .33, p < .001$). Además, las presiones de redes sociales tienen una correlación positiva con la internalización de la delgadez ($r = .47, p < .001$), vigilancia corporal ($r = .41, p < .001$), ansiedad por la apariencia ($r = .60, p < .001$), con los trastornos de alimentación ($r = .40, p < .001$) y, además, correlaciona negativamente con la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = -.19, p < .05$). La internalización de la delgadez correlaciona positivamente con la internalización de la musculatura ($r = .25, p < .01$), vigilancia corporal ($r = .48, p < .001$), ansiedad por la apariencia ($r = .57, p < .001$) y los trastornos de alimentación ($r = .67, p < .001$) y, negativamente con la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = -.21, p < .05$). Asimismo, la internalización de la musculatura

correlaciona positivamente con la vigilancia corporal ($r = .34, p < .001$), la ansiedad por la apariencia ($r = .17, p < .05$), y con los trastornos de alimentación ($r = .41, p < .001$). La vigilancia corporal también correlaciona positivamente con la ansiedad por la apariencia ($r = .46, p < .001$) y con los trastornos de alimentación ($r = .41, p < .001$) y, negativamente, con la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = -.21, p < .05$). Además, la ansiedad por la apariencia correlaciona positivamente con los trastornos de alimentación ($r = .41, p < .001$) y, negativamente con la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = -.19, p < .05$). Finalmente, los trastornos de alimentación también correlacionan negativamente con la adherencia a la dieta Mediterránea ($r = -.19, p < .05$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio revelan importantes diferencias de sexo en cuanto a la influencia de las redes sociales y las presiones sociales sobre la percepción corporal y los comportamientos asociados. Las mujeres mostraron mayores niveles de visualización de selfies y vigilancia corporal en comparación con los hombres. Estos hallazgos reflejan cómo las mujeres podrían estar más influenciadas por los ideales de belleza promovidos en plataformas digitales, que a menudo subrayan la importancia de la apariencia física (Calderón-Mazzotti, 2022). Aunque el tamaño del efecto fue pequeño, estas diferencias sugieren una tendencia que puede tener implicaciones significativas para la salud mental de las mujeres, especialmente cuando estas conductas se acompañan de una autopercepción negativa.

En cuanto a las presiones sociales y las presiones en redes sociales, se encontraron diferencias significativas entre sexos. Las mujeres reportaron mayor presión en redes sociales, mientras que los hombres informaron más presiones sociales generales. Estos resultados subrayan cómo ambos sexos experimentan distintos tipos de influencia social; para las mujeres, las redes sociales pueden representar una fuente importante de comparación social y validación (Maldonado-Castro et al., 2024), mientras que los hombres podrían sentir una presión más relacionada con normas y expectativas sociales generales (Dávila et al., 2019) Esto sugiere que las intervenciones deben tener en cuenta la naturaleza específica de estas presiones para cada sexo y adaptar estrategias que aborden tanto los entornos virtuales como los físicos.

En términos de internalización de ideales de belleza, los resultados mostraron que las mujeres tendieron a internalizar más los ideales de delgadez, mientras que los hombres lo hicieron en relación con la musculatura. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas (Barrientos-Martínez et al., 2014) y reflejan la influencia de los estereotipos de sexo en la percepción corporal. Esta internalización se asocia a su vez con una mayor vigilancia corporal y ansiedad por la apariencia, lo que podría

contribuir al desarrollo de comportamientos de riesgo, incluidos los trastornos de la alimentación. La mayor prevalencia de trastornos de la alimentación en mujeres observada en este estudio refuerza la necesidad de desarrollar programas preventivos específicos que aborden estas preocupaciones de imagen corporal desde una edad temprana.

En relación con la edad, las correlaciones encontradas sugieren que las preocupaciones por la apariencia corporal y el uso de redes sociales disminuyen con la edad en la población femenina, mientras que la adherencia a la dieta Mediterránea aumenta. Esto podría interpretarse como un cambio de prioridades hacia comportamientos más saludables y un menor enfoque en la validación social a medida que aumenta la madurez. En la población masculina, la internalización de la musculatura mostró una correlación negativa con la edad, lo que sugiere una disminución en la preocupación por cumplir con estos ideales corporales en hombres mayores. Además, la visualización de selfies en los hombres se asoció negativamente con la adherencia a la dieta Mediterránea, lo que indica que un mayor enfoque en la imagen visual podría estar vinculado a comportamientos alimentarios menos saludables en este grupo.

Las presiones familiares, sociales y en redes sociales también mostraron una correlación positiva significativa con la internalización de la delgadez y la musculatura, así como con la ansiedad por la apariencia y los trastornos de alimentación. Estos resultados subrayan el papel central que tienen las presiones externas en la configuración de la autopercepción y las conductas relacionadas con la imagen corporal. La fuerte correlación entre la internalización de la delgadez y la musculatura con la ansiedad por la apariencia y los trastornos de alimentación indica que estos factores están profundamente interrelacionados y sugiere que las intervenciones podrían beneficiarse al abordar estas influencias externas de manera conjunta.

Por último, la adherencia a la dieta Mediterránea mostró relaciones negativas con algunas de las actitudes hacia la imagen corporal, especialmente en hombres. Esto sugiere que una mayor adherencia a un patrón dietético saludable podría estar asociado con una menor preocupación por la apariencia física (Fehrman-Rosas et al., 2016). Los resultados plantean la importancia de fomentar estilos de vida saludables como una estrategia potencialmente efectiva para reducir la influencia negativa de las redes sociales y las presiones sociales en la imagen corporal y la salud mental.

En conclusión, los hallazgos de este estudio subrayan la importancia de entender las diferencias de sexo en la percepción y las presiones de imagen corporal en el contexto actual de redes sociales y presión social. Estos resultados indican la necesidad de intervenciones específicas que aborden las presiones únicas que experimentan hombres y mujeres, con un enfoque particular en las redes sociales y

en la prevención de la internalización de estereotipos corporales. Además, promover patrones alimenticios saludables como la dieta Mediterránea podría tener beneficios adicionales en la reducción de la preocupación por la imagen corporal y en el fortalecimiento de la salud mental en general.

REFERENCIAS

- Barrientos-Martínez, N., Escoto, C., Bosques, L.E., Enríquez-Ibarra, J., y Juárez-Lugo, C.S. (2014). Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(1), 29-38. doi:10.22201/FESI.20071523E.2014.1.305
- Calderón-Mazzotti, I. (2022). El papel de la fotografía e 'Instagram' en la imagen del cuerpo 'fitness': Esbozo de una hiperconciencia corporal. *Journal of Science Communication-América Latina*, 5(1), A01. doi:10.22323/3.05010201
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2018). Ficha técnica del barómetro de mayo de 2018 del CIS estudio nº3213. Recuperado de https://www.cis.es/cis/openem/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14399
- Cohen, R., Newton-John, T., y Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*, 23, 183–187. doi:10.1016/j.bodyim.2017.10.002
- Daniels, E.A., Zurbriggen, E.L., Ward, L.M., Altavilla, C., Guijarro, J.M.C., Comino, I.C., y Pérez, P.C. (2020). El índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia (KIDMED): Propuesta de actualización para países hispanohablantes. *Revista española de salud pública*, (94), 39.
- Dávila de León, M.C., Zlobina-Kuzminá, A., y Álvarez-Hernández, G. (2019). The differential influence of social networks on the social participation of women and men. *Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales*. doi:10.5565/rev/redes.835
- Fehrman-Rosas, P., Delgado-Sánchez, C., Fuentes-Fuentes, J., Hidalgo-Fernández, A., Quintana-Muñoz, C., Yunge-Hidalgo, W., ... y Durán-Agüero, S. (2016). Asociación entre autopercepción de imagen corporal y patrones alimentarios en estudiantes de Nutrición y Dietética. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3), 649-654. doi:10.20960/NH.274
- Kemp, S. (2023). *Digital 2023: Global overview report*. DataReportal.
- Llorente, E., Gleaves, D.H., Warren, C.S., Pérez-de-Eulate, L. y Rakhkovskaya, L. (2015). Translation and validation of a Spanish version of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire-4 (SATAQ-4). *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 170–175. doi:10.1002/eat.22263
- Maldonado-Castro, J.M., Zambrano-Barros, N.A., y Mancilla-Patiño, K.L. (2024). Estereotipos de belleza en redes sociales: Impacto en la autoestima femenina. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 9(40). doi:10.46652/rgn.v9i40.1183
- Moya-Garófano, A., Megías, J.L., Rodríguez-Bailón, R., y Moya, M. (2019). Spanish version of the Objectified Body Consciousness Scale (OBCS): Results from two samples of female university students/Versión española de la Objectified Body Consciousness Scale (OBCS): Resultados correspondientes a dos muestras de estudiantes universitarias. *Revista de Psicología Social*, 32(2), 362–394. doi:10.1080/02134748.2017.1292700

Organización Mundial de la Salud. (17 de noviembre de 2021). Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. Obtenido de *Salud Mental del Adolescente*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Sáenz-Alvarez, P., Sicilia, Á., González-Cutre, D., y Ferriz, R. (2013). Psychometric properties of the Social Physique Anxiety Scale (SPAS-7) in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, Article E86. doi:10.1017/sjp.2013.86

Saiphoo, A.N. y Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 101, 259-275. doi:10.1016/j.chb.2019.07.028

Sicilia, Á., Granero-Gallegos, A., Alcaraz-Ibáñez, M., Sánchez-Gallardo, I., y Medina-Casaubón, J. (2023). Sociocultural pressures towards the thin and mesomorphic body ideals and their impact on the eating and exercise-related body change strategies of early adolescents: A longitudinal study. *Current Psychology*, 42(33), 28925-28936. doi:10.1007/s12144-022-03920-3

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. (noviembre de 2018). Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes. Recuperado de <https://www.sem.ges/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>

Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.

Vizcaíno-Cuenca, R., Romero-Sánchez, M., y Carretero-Dios, H. (febrero, 2023). Mitos sobre la ciberviolencia sexual contra las mujeres: Un estudio con grupos focales sobre la percepción social de interacciones online. Comunicación oral presentada en *III Congreso Internacional de Estudiantes de Doctorado de la Universidad Miguel Hernández de Elche*.

Wang, Y., Xie, X., Fardouly, J., Vartanian, L.R., y Lei, L. (2021). The longitudinal and reciprocal relationships between selfie-related behaviors and self-objectification and appearance concerns among adolescents. *New Media & Society*, 23(1), 56-77. doi:10.1177/14614448198943466

CAPÍTULO 36

RIESGOS PSICOSOCIALES Y AUTOCUIDADO Y SU VÍNCULO CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES

BEATRIZ MARICELA LAZALDE NÚÑEZ, IRIS RUBI MONROY VELASCO,
BÁRBARA DE LOS ÁNGELES PÉREZ PEDRAZA, DIANA ISABEL LÓPEZ RODRÍGUEZ, Y
ROSA ISABEL GARZA SÁNCHEZ
Universidad Autónoma de Coahuila

INTRODUCCIÓN

La oficina de la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2024), en su actual informe menciona que el número de personas que usan drogas se elevó a 292 millones en 2022, lo que representa un aumento de 20% en 10 años, el cannabis sigue siendo la droga con más consumo a nivel mundial (228 millones de consumidores), le siguen los opioides (60 millones de consumidores), después las anfetaminas (30 millones de consumidores), la cocaína (23 millones de consumidores) y el éxtasis (20 millones de consumidores).

México ocupa el lugar 26 de 30 países analizados y está reprobado en todas las áreas de política de drogas: ausencia de respuestas extremas, proporcionalidad y justicia penal, reducción de daños y acceso a medicamentos (México Unido Contra la Delincuencia, 2021).

El informe del Observatorio de Salud Mental y Consumo (2024), señala que el 28.6% de los adolescentes de 12 a 17 años presentan riesgo psicosocial a nivel nacional, con una cifra alarmante en Coahuila, donde el 65.9% de una muestra estatal de 33,264 adolescentes se encuentra en riesgo, según el INEGI (2021).

En cuanto al consumo de tabaco en adolescentes, una encuesta nacional menciona que los Estados que tienen porcentajes superiores son Distrito Federal (17.2%), Estado de México (14.5%), Morelos (13.6%) y Coahuila (13.4%), (Villatoro et al., 2016).

Las sustancias psicoactivas puede ser un medicamento u otra sustancia que afecta el funcionamiento del encéfalo y provoca cambios en el estado de ánimo, la percepción, los pensamientos, los sentimientos o el comportamiento (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020) por ejemplo el alcohol, la cafeína, la nicotina, la marihuana y algunos medicamentos para aliviar el dolor, así como muchas drogas ilegales, como la heroína, el LSD, la cocaína y las anfetaminas son también sustancias psicotrópicas (Secretaría de Salud, 2024). El Instituto Mexicano de la Juventud (2018), describe el Abuso de sustancias cuando el consumo se vuelve compulsivo y el

reconocimiento, aceptación y relación con un grupo social, así como el estilo de vida, depende de la droga.

La dependencia hacia las sustancias se da al presentarse síntomas físicos o psicológicos desagradables como consecuencia de la abstinencia, ocasiona que no se pueda dejar de consumir, entonces la vida cotidiana empieza a girar en torno al consumo de la sustancia y se entra en el círculo vicioso de conseguir-consumir-conseguir (OPS, 2024).

En muchos lugares, los adolescentes pueden experimentar con diversas sustancias psicoactivas (Tena et al., 2018), y las más comunes incluyen:

- Alcohol: Es una de las sustancias más consumidas por los adolescentes en muchos lugares del mundo.

- Cannabis (Marihuana): Es otra sustancia frecuentemente utilizada por adolescentes.

- Tabaco: El consumo de tabaco, ya sea en forma de cigarrillos o productos de tabaco sin humo, también es un problema común entre los adolescentes.

- Estimulantes: Algunos adolescentes pueden recurrir a estimulantes como la cocaína o las anfetaminas.

- Sedantes e hipnóticos: Algunos adolescentes pueden experimentar con medicamentos recetados o de venta libre que tienen efectos sedantes o hipnóticos.

- Drogas sintéticas: Sustancias como el éxtasis (MDMA) o las drogas de diseño también pueden ser consumidas por adolescentes en algunos casos.

Estos datos reflejan la necesidad de prestar atención a los cambios emocionales y sociales que atraviesan los jóvenes, quienes enfrentan dificultades para manejar las situaciones de riesgo (Gómez et al., 2019).

Por su parte, la Alianza para la Protección y Prevención del Riesgo Psicosocial en Niños, Niñas y Adolescentes (2019), define el riesgo psicosocial como; un grupo de situaciones en las diferentes áreas de la vida del adolescente que directa o indirectamente están relacionados con un problema que dentro de su edad no puede manejar y lo convierte en víctima o en responsable de hechos que invariablemente tendrá consecuencias físicas o emocionales. Los riesgos más recurrentes son las adicciones, depresión, ideación suicida, ansiedad, los trastornos de comportamiento perturbador (trastorno desafiante oposicional y trastorno de conducta) y los trastornos alimentarios (Beverido et al., 2020).

Estas circunstancias se acentúan en la adolescencia, enmarcando el comienzo al consumo de sustancias psicoactivas, esto puede interferir en la capacidad de los adolescentes para adoptar prácticas saludables, afectando negativamente su salud física y emocional (Marlatt y Witkiewitz, 2016). Los factores psicosociales que inciden en la conducta impulsiva de los adolescentes fue el objetivo de una investigación realizada por Cordero-Zambrano (2020), con adolescentes de 13 a 14 años de Milagro,

Ecuador; detectó que el factor psicosocial personal, seguido del socio-familiar, social-escolar y genético-biológico si influyen en la conducta impulsiva no planeada, cognitiva y motora del adolescente.

Un factor protector de los riesgos psicosociales es el autocuidado, este se relaciona con la autorregulación y el manejo de emociones, los cuales pueden ser factores protectores frente al consumo de sustancias. Aumentar la educación en autocuidado y habilidades emocionales puede ayudar a reducir la vulnerabilidad de los adolescentes al consumo de sustancias (Fernández-Hermida et al., 2019).

Los riesgos psicosociales que afectan a los adolescentes deberán ser detectados de manera anticipada y así se podrá reducir el impacto de estos de manera favorable, tanto en sí mismos como para su entorno, familiar, social y escolar. Investigaciones como las de Cosden y Wahler (2028), han mostrado que los adolescentes con habilidades de autocuidado sólidas, especialmente en el manejo del estrés y la regulación emocional, tienen menos probabilidades de consumir sustancias psicoactivas.

Por su parte, en el Modelo de autocuidado de Orem (2001), aplicado en adolescentes, promueve el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones saludables y la autorregulación, especialmente en relación con conductas de riesgo como el consumo de sustancias, sin embargo, fomentar ese autocuidado implica educarlos sobre la importancia de la salud física y mental y enseñarles a identificar y satisfacer sus necesidades de forma independiente. Según el estudio de Gastaldo et al. (2020), los programas que enseñan a los adolescentes habilidades de autocuidado, como el manejo del estrés y la resolución de problemas, han mostrado reducir la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo, lo que es esencial para su bienestar.

Sin embargo, casi no hay estudios que describan que estrategias específicamente se deben de desarrollar para el afrontamiento y el reconocimiento y manejo de habilidades emocionales para el control del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, es por lo tanto que en este estudio se tiene como objetivo analizar los riesgos psicosociales y el autocuidado vinculados al consumo de sustancias psicoactivas percibidos por los adolescentes, teniendo como hipótesis que los adolescentes presentan riesgos psicosociales como una disminuida percepción de riesgo y un ambiente propicio para el consumo de sustancias, sin embargo también presentan indicadores de autocuidado, lo que les protege de conductas adictivas.

MÉTODO

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, con el fin de comprender y profundizar el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes en relación con el contexto, los significados, las opiniones y las experiencias, así como

las prácticas de autocuidado. La metodología cualitativa es tanto la manera cómo enfocamos los problemas, como la forma en que le buscamos las respuestas a los mismos al mismo tiempo, menciona Taylor y Bogdan (1992). El enfoque cualitativo en la investigación privilegia el análisis profundo y reflexivo de los significados subjetivos e intersubjetivos que forman parte de las realidades estudiadas (Flick, 2015). El diseño del estudio es de tipo narrativo se enfoca en la recolección y análisis de historias personales para comprender cómo los individuos interpretan sus experiencias, como se realizó en esta investigación. Este enfoque busca explorar las narrativas que las personas construyen sobre sus vivencias, proporcionando una comprensión profunda de los significados y contextos sociales subyacentes, según Creswell y Poth (2018), la investigación narrativa permite a los investigadores analizar cómo las personas organizan sus experiencias y construyen su identidad a través de relaciones.

Participantes

Se entrevistó a dos adolescentes, de 16 y 19 años, su participación fue voluntaria para describir sus experiencias respecto al consumo de sustancias psicoactivas y el autocuidado.

- Adolescente de 16 años, hija mayor, es estudiante de bachillerato de un colegio particular, con un hermano de 7 años, familia monoparental por divorcio, ambos padres con carrera profesional, la madre trabaja jornadas mayores a 8hrs al día y ella cumple las funciones parentales. Sus padres se encuentran en una edad intermedia del ciclo vital, entre 40 y 50 años de edad.

- Adolescente de 19 años hija menor, con dos hermanas de 25 y 23 años, vive con sus padres, ambos Profesionistas, ella está por terminar la carrera en fisioterapia, apoya en su casa con las labores domésticas y a cuidar a sus sobrinos por las tardes.

Entre ellas no hay ninguna relación ni conocimiento. Los padres se encuentran en una edad avanzada del ciclo vital, entre 50 y 60 años de edad.

Como criterios de inclusión se consideró que fueran adolescentes, estudiantes y que aceptaran la invitación de participación, así como la confirmación del consentimiento informado por parte del padre o madre para realizar la misma. Los criterios de exclusión fueron que los padres no autorizaran el consentimiento informado y/o que las menores no quisieran responder la entrevista en su totalidad.

Los criterios de eliminación fueron si alguna de las estudiantes estuviera en un tratamiento psiquiátrico o se encontrara con efectos del consumo de alguna sustancia psicoactiva, que le impida realizar la entrevista.

Instrumento

Se realizó una Entrevista a profundidad semiestructurada, compuesta por 12 reactivos en base a un Eje: Factores de Riesgo psicosocial, abarcando dos Categorías: Sustancias Psicoactivas y Autocuidado.

Una entrevista en profundidad utilizada como técnica para recabar información, se define como, una conversación larga, personal, no estructurada, para que el entrevistado exprese de forma libre sus opiniones, actitudes, o preferencias sobre el tema de investigación en específico (Varguillas y Ribot, 2007).

Procedimiento

Las participantes llegaron al Departamento de Orientación Vocacional y Consejería Educativa de la Facultad de Psicología solicitando un proceso de orientación, se les invitó a participar en el estudio, respetando los aspectos éticos apegados a los Artículos del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología y el Aviso de Privacidad de la Universidad Autónoma de Coahuila, así como en base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, para el uso de la información y la grabación en audio en su totalidad. Se les explicó a los padres de las adolescentes sobre la participación de sus hijas en el proceso de la entrevista, se les leyó el aviso de privacidad y se les proporcionó el consentimiento informado apegados al código ético del psicólogo y la protección de datos para el manejo de información personal y el manejo de datos para uso académico con el resguardo de su identidad y la confidencialidad de la información; así como el proceso de la grabación en audio de la entrevista. Después de recibir el consentimiento se programó una cita para la explicación del estudio y otra sesión para la entrevista. Cada entrevista se realizó en el departamento de Orientación vocacional con una duración aproximada de 45 a 50 min. cada una. Posterior a la entrevista se les hizo una invitación a las estudiantes para recibir apoyo psicológico por las situaciones que están viviendo.

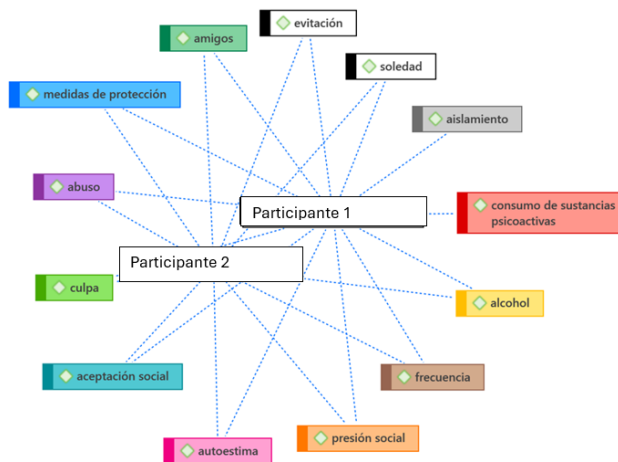
Procesamiento de datos

Se realizó la transcripción fiel de las entrevistas del audio a un documento de Word a través de la herramienta de transcripción. Utilizando un análisis temático y con apoyo del programa ATLAS.ti 23, se realizó un análisis de contenido con el objetivo de integrar una cantidad significativa de texto en menos categorías de contenido basadas en reglas explícitas de codificación y un análisis de discurso para la demostración de la información relevante (ATLAS.ti 2024).

RESULTADOS

De acuerdo con la codificación se puede observar en la siguiente Figura 1 Red de Factores de Riesgo Psicosocial, se muestra la recurrencia de algunos factores de riesgo y factores de autocuidado que las participantes presentan como el consumir alcohol, fumar, consumir drogas y como a su vez los amigos son personas que inducen, pero que también les ayudan a protegerse, como lo mencionó Beverido (2020), en su artículo de riesgos psicosociales en adolescentes.

Figura 1. Red de factores de riesgo psicosocial



Fuente: elaboración propia

Otra situación importante que se observa es la relación que tiene la presión social para el inicio y permanencia del consumo.

“O sea que, para estar ahí, para juntarte con ellos y pues tomas”

Esto está relacionado con la frecuencia y los amigos pues la relación con ellos puede ser determinante para el consumo de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, vemos la evitación como un elemento de protección

“porque pues no quiero decepcionarla o así, porque nunca he tomado hasta perderme”

Lo cual propicia el aislamiento o la sensación de soledad al evitar el consumo relacionado con los amigos.

En esta Red se observan, todas las condiciones físicas y emocionales de los adolescentes, de las cuales en su mayoría contemplan un riesgo, como una autoestima baja, la necesidad de aceptación con los amigos, o no poder decir que no a tomar, fumar o consumir drogas, tal y como se observa en la imagen. Los códigos que se relacionan con las entrevistas son muy significativos, ya que ambas entrevistadas hablan de normalizar del consumo de sustancia.

En la tabla 2 se observa que algunos factores de riesgo psicosocial están relacionados con emociones incapacitantes como la culpa, soledad y aislamiento. Por otro lado, factores sociales, especialmente la que está relacionada con los pares, como lo es la presión social, la violencia, el abandono escolar y la actividad sexual de riesgo están implicados tanto en el inicio como en el consumo regulado de sustancias psicoactivas.

Tabla 1. Operacionalización y guion de entrevista

Eje	Indicador	Pregunta
Factor de Riesgo Psicosocial	Motivos de Consumo	¿Qué razones son las que ocasionan que consumas?
	Ambiente de Consumo	¿Hay alguna situación en la escuela, casa o con amigos que te provoca el consumir?
	Percepción de Riesgo	¿Hay lugares en los que es normal su consumo? ¿Te das cuenta de que estas en riesgo?
	Problemas Asociados	¿Has tenido algún problema escolar, familiar o legal por su consumo?
Consumo de Sustancias Psicoactivas	Edad de Inicio	¿A qué edad comenzaste a consumir alcohol y/o drogas?
	Frecuencia	¿Con qué frecuencia lo consumes?
	Cantidad	¿Qué cantidad consumes?
	Uso Simultáneo	¿Has consumido más de una sustancia al mismo tiempo?
Autocuidado		¿Cómo te cuidas en una fiesta?
	Factor Protector	¿Con quién platicas si te sientes deprimido?
	Salud Mental	¿Cómo cuidas tus emociones?

Tabla 2. Análisis de Contenido de los Factores de Riesgo Psicosocial

Códigos	Frecuencia	Citas
Culpa	28	Empecé a consumir y pasaron cosas por las que ahora voy a terapia, pero me daba miedo que mis papas supieran.
Soledad	20	Siento que estaba como me sentía muy mal diario porque decía, Ay, no es que siempre estoy sola y tengo miedo. Y lloraba
Aislamiento	18	Eso afectó mucho, por qué. Bueno, yo en mi caso ya no salía. Dije, Ay a gusto mi tranquilidad, pero de repente dije, Ay, me da, me da miedo no convivir con alguien
Presión social	14	El estar aguantando esos comentarios que obviamente me van a hacer sentir mal, a lo mejor no lo voy a demostrar, pero internamente mi pensamiento es como que ya me quiero ir porque no me siento comprendida
Aceptación Social	12	Las personas que a lo mejor. No se. Se juntan con cualquier persona para tomar y los acepten en su grupito
Violencia	4	Pues como le comentaba de los chavos, cuando están tomados, no sé, o sea que puede haber un abuso. y de las chavas que se pongan agresivas y me quieran pegar, eso es fuerte y me da miedo.
Abandono Escolar	4	Es que bueno, también no estudié un año por lo de la pandemia, me dio miedo, no sabía si iba a hacer amigos. Y como que ya me había acostumbrado a estar sola siempre, porque en la pandemia yo sí no salía, la pasaba sola encerrada
Actividad Sexual	2	es que todo tiene un porqué de que consumes mucho alcohol, que me beso con uno, que me beso con otro, que me atrevo y pues termino teniendo relaciones

Por su parte, en la tabla tres se demuestra que las sustancias de referencia son el alcohol y tabaco, sin embargo, también de manifiesta el consumo de marihuana, que viene en combinación por alcohol y tabaco, en situaciones de convivencia social con pares.

Tabla 3. Análisis de Contenido de los Consumo de sustancias psicoactivas

Códigos	Frecuencia	Citas
Alcohol	58	De más chica lo hacía mucho de tomar para sentirme súper bien y feliz
Fumar	30	Por ejemplo, la primera vez que probé el tabaco, o sea, dije no, si lo tengo que hacer, porque si no me quedo sin amiga
Consumo de sustancias	30	Entonces hay veces. Que consciente o inconsciente, lo hago. De qué quiero de que ah si, un churro ¿no? sí, yo lo fumo, y sigo con un shot
Frecuencia	29	Es que cuando salía con bueno el grupito del desmadre, no con el grupito tranquilo, había momentos en el que yo estaba muy callada o me daban crisis y pues iba para no quedar mal. Lo que pasó es que en ocasiones me decía, Ay, aliviánate, no pasa nada, toma una cerveza o fúmale y esto y esto y pues así cada fin de semana.
Abuso	28	Por eso hay veces que ya no solo con esas, con ese grupito, porque salen en ese plan de tomar. Es como que cien por ciento hay mota.

Finalmente, en la tabla 4 se presentan los factores protectores de autocuidado del consumo de sustancias psicoactivas, en donde la autoestima lleva a distanciarse de los pares que pueden incitar al consumo de sustancias y buscar atención profesional.

Tabla 4. Análisis de Contenido del Autocuidado

Códigos	Frecuencia	Citas
Autoestima	34	Ah, ya, a quererme más, sí, o sea, ay, es que no sé cómo decirle, pero o sea mí misma no me consiento, pero si en realidad te mereces esto, porque, o sea, si eres y si haces cosas bien, pues si.
Medidas de protección	32	Creo que alejándome de personas que sé que me hacen daño y no estar yo solita autosaboteándome, porque a veces uno mismo es su mayor enemigo, porque está todo bien y tú sólo haces que te vaya mal de la nada.
Evitación	26	Pues conocer más mi límite, o sea poner un límite de que hasta aquí hasta aquí hay, te ofrezco más, no, Gracias ya, ya estoy bien. O sea, no necesito esto, vale más mi salud física y emocional que cualquiera otra cosa.
Tratamiento	18	Ahora sí que, si yo no hubiera estado en un proceso de psicología, psiquiatría y todo. Este creo que hoy iría a cualquier reunión

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En este estudio se muestra cómo los factores de riesgo psicosocial y el autocuidado están vinculados al consumo de sustancias psicoactivas percibida por los adolescentes, dependiendo del contexto social y emocional en el que viven. En particular, se observa que la presión social y la influencia de amigos tienen un papel dual: pueden tanto incitar como moderar el consumo, en función del entorno y de las dinámicas de grupo, tal como menciona Beverido et al., (2020), el papel de los amigos es significativo, ya que pueden inducir el consumo de sustancias para favorecer la aceptación grupal, pero también pueden servir como apoyo en la prevención de conductas de riesgo (Cordero-Zambrano,2020).

Los factores psicosociales como el abandono escolar, la falta de educación sexual o reacciones violentas que se reflejan en los códigos de las entrevistas, destaca la normalización del consumo y su abuso como una estrategia para integrarse socialmente, incluso a costa de la salud o las consecuencias que de ello se derivan (Marlatt y Witkiewitz, 2016).

Otro aspecto importante es el autocuidado, expresado en la evitación de sustancias como mecanismo de protección, descrito también por Fernández-Hermida et al. (2019), aunque esto pueda generar en los adolescentes sentimientos de aislamiento o soledad, se observó el interés en recibir un tratamiento psicológico o psiquiátrico que ayude a su bienestar físico y/o emocional, equilibrando las diferentes áreas de su vida, como lo sugiere Cosden y Wahler (2018).

Este estudio subraya la importancia de fortalecer el autocuidado y habilidades de resistencia en los adolescentes para enfrentar la presión social de manera saludable y segura para que eso no sea una causa del consumo de sustancias psicoactivas.

Las limitaciones de este estudio fueron que la muestra fue pequeña y no representativa, lo cual limita la posibilidad de generalizar los resultados a una población más amplia de adolescentes, también que los datos se basaron en entrevistas a profundidad, sin embargo, esto puede influir en la precisión de las respuestas debido a sesgos de memoria o a la voluntad de los adolescentes para hablar abiertamente sobre el consumo de sustancias, otra limitante es el enfoque reducido en variables psicosociales, aunque se consideraron factores de presión social y de autocuidado, otros factores psicosociales importantes como la situación familiar y el contexto económico no fueron analizados en profundidad, lo que limita una comprensión holística del problema. Algo importante que se debe considerar para futuros estudios es el seguimiento longitudinal, ya que este estudio no incluyó un seguimiento a lo largo del tiempo, por lo que no es posible conocer cómo evolucionan los comportamientos de consumo y las prácticas de autocuidado en las mismas adolescentes y realizar una comparación entre adolescentes con diferentes niveles de

riesgo, que factores protectores o tipos de apoyo social y prácticas de autocuidado favorecen de manera diferencial a los adolescentes.

REFERENCIAS

Alianza para la Protección y la Prevención del Riesgo Psicosocial en Niñas, Niños y Adolescentes. (2019). *Alianza para la Protección y la Prevención del Riesgo Psicosocial en Niñas, Niños y Adolescentes*. Recuperado de <https://fad.es/wp-content/uploads/2019/05/Alianza-para-la-protección-y-la-prevención-del-riesgo-psicosocial-en-niñas-niños-y-adolescentes.pdf>

Beverido Sustaeta, P., Salas García, B., Gogeochea Trejo, M.C., De San Jorge Cárdenas, X., y Cruz Juárez, A. de los Ángeles. (2020). Riesgos psicosociales predictores de consumo de drogas en universitarios de Ciencias de la Salud. *Pensando Psicología*, 16(2), 1–25. doi:10.16925/2382-3984.2020.02.06

Cordero-Zambrano, T. (2020). Influencia de los factores psicosociales en la conducta impulsiva de los adolescentes. *Psicología UNEMI*, 4(6), 39–51. doi:10.29076/issn.2602-8379vol4iss6.2020pp39-51p

Cosden, M. y Wahler, R.G. (2018). Emotional self-regulation as a protective factor against substance abuse in adolescents. *Journal of Adolescence and Substance Use*, 23(2), 149–161. doi:10.3390/ejihpe13060071

Creswell, J.W. y Poth, C.N. (2018). *Investigación cualitativa y diseño de investigación: elección entre cinco enfoques*. 4.ª edición, SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks.

Fernández-Hermida, J.R., Calafat, A., Becoña, E., Tsertsvadze, A., y Foxcroft, D. (2019). Prevention of substance abuse in adolescence: The role of self-regulation and emotion management. *Journal of Substance Use and Misuse*, 54(3), 400–413.

Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Gastaldo, D., Magalhães, L., Carrasco, C., y Davy, C. (2020). Self-care programs for adolescents: Implementing Orem's theory in preventive health interventions. *Journal of Adolescent Health*, 66(3), 274–281.

Gómez, A.S., Núñez, C., Caballo, V.E., Agudelo Osorio, M.P., y Grisales Aguirre, A.M. (2019). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Behavioral Psychology*, 27(3), 1–12.

Instituto Mexicano de la Juventud. (2018). *Conoce las diferencias entre uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado de <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psycoactivas>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Salud y seguridad social. Salud mental. Suicidios registrados*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

México Unido Contra la Delincuencia. (2021). *Índice global de políticas sobre drogas*. Recuperado de https://www.mucd.org.mx/wp-content/uploads/2021/11/GDPI_Report_Foreword_ExecSumm_ES.pdf

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones. (2024). *Desafíos y esperanzas: Abordando la salud mental y las adicciones en la actualidad*. Secretaría de Salud.

Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6ª ed.). Mosby.

Organización de las Naciones Unidas. (2024). *Informe mundial sobre drogas 2024*. Recuperado de <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Abuso de sustancias*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Secretaría de Salud. (2024). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las adicciones*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/934304/Manual_okSISVEA2023.5_22072024.pdf

Taylor, S.K. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Fuente-Martín, A. de la, y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: Consideraciones para la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 34(2), 264–277. doi:10.24245/mim.v34i2.1595

Varguillas, C. y Ribot, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Revista de Educación Laurus*, 13(23), 249–262. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76102313>

Villatoro, J.A., Medina-Mora, M.E., Campo, R.M. del, Fregoso Ito, D.A., Bustos, M.N., Resendiz, E., Mujica, R., Bretón, M., Soto, I.S., y Martínez, C. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39(4), 193–203. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es&tlng=es

CAPÍTULO 37

IMPACTO EN LA SALUD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA: EVALUACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA

KARLA PATRICIA VALDÉS GARCÍA, MARISOL FRANCO LÓPEZ,
Y JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR
Universidad Autónoma de Coahuila

INTRODUCCIÓN

La elevada prevalencia de la fibromialgia (FM) y las consecuencias que genera en el individuo, su bienestar, el entorno familiar, social y laboral, suponen una problemática importante de salud pública (WHO, 2022). La FM es una causa común de dolor crónico musculoesquelético en el mundo, con una prevalencia en la población general que va desde un 0,2% al 6,4% (Queiroz, 2013); en México específicamente se afirma que hasta un 4 % de la población general adulta tiene este diagnóstico; la edad de aparición de la FM oscila entre los 25 y los 65 años, muestra mayor incidencia en mujeres (Becerra, 2016; Pozos, 2017).

En el síndrome de la FM, el dolor crónico generalizado es el síntoma principal, sin embargo, también puede haber presencia de síntomas como la fatiga, alteraciones en el patrón de sueño, síntomas funcionales y del afecto (Sarzi-Puttini et al., 2020). La FM tiene consecuencias significativas en el funcionamiento diario, el dolor y la fatiga, de manera constante afectan la capacidad y la motivación para realizar sus actividades diarias, incluso con tareas simples como conducir, participar de actividades sociales, visitar a familiares y amigos, lo que trae una afectación significativa en su calidad de vida (Levine y Horesh, 2020).

La organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la calidad de vida como la evaluación subjetiva de cada individuo acerca de la posición que ocupa en su sistema cultural y de la satisfacción que reportan con los valores que guían los logros, expectativas y los estándares de sus vidas (OMS, 2009). En la calidad de vida influyen diversos factores físicos, psicológicos, sociales y culturales que modulan la calidad de vida percibida en cada momento (Grande, Calero y Ortega-Martínez, 2021).

Se afirma que en general, las enfermedades reumáticas reducen de manera considerable la calidad de vida, la FM es una de las enfermedades reumáticas que más incide en la calidad de vida de los sujetos que tienen este diagnóstico, afectando su capacidad y funcionamiento físico, actividad cognitiva, estado emocional, relaciones interpersonales, carrera profesional y laboral, del mismo modo, puede tener un impacto en la salud mental (Grande, Calero y Ortega-Martínez, 2021).

En los últimos años, diversos estudios han identificado dimensiones que con frecuencia afectan la calidad de vida de los individuos con este diagnóstico, algunas de estas dimensiones son: (a) área biológica, que determina la localización, duración e intensidad del dolor (Cardona, León y Cardona, 2014); (b) área física, implica la movilidad y el desplazamiento (Smith et al., 2011); (c) área psicoafectiva que se asocia al malestar emocional y a las respuestas de afrontamiento y ajuste, y a trastornos psiquiátricos (Galvez-Sánchez et al., 2019); (d), área social, incluye la percepción y los significados que la persona y su contexto, otorga a su diagnóstico; aislamiento y cambios en la interacción (Cardona, León y Cardona, 2014); (e) área económico/laboral, puede traer consigo desempleo e incapacidades laborales (Cabo-Mesguer et al., 2017).

De acuerdo con lo anterior, los sujetos con diagnóstico de FM tienen importantes limitaciones a nivel físico, dolor crónico e intenso, trastornos psicológicos, problemas laborales, disminución de ingresos, problemas familiares y sociales, entre otros; es decir, presentan una gran cantidad de síntomas a nivel físico, psicológico y social que afectan su funcionalidad y realización de actividades diarias, lo que disminuye de manera significativa su calidad de vida (Grande, Calero y Ortega-Martínez, 2021).

La FM es una enfermedad de difícil manejo y de tratamiento complejo y sintomático, y generalmente, su tratamiento se inicia de manera tardía debido a la dificultad del diagnóstico, lo que puede implicar una agudización de los síntomas y mayor afectación en la calidad de vida; sin embargo, el enfoque que más se ha propuesto en las diferentes guías, es el tratamiento multidimensional, multicomponente o abordaje integrado de la FM que permita brindar una intervención integral de los síntomas que se presentan en el sujeto, lo anterior incluye la educación al paciente, fármacos, intervenciones no farmacológicas y diferentes modalidades de ejercicio físico adaptadas a cada individuo (Buitrago et al., 2017).

A partir de la problemática descrita, el presente estudio busca evaluar y analizar las variables mencionadas, con el fin de describir la salud percibida por un grupo de individuos con diagnóstico de FM, y de esta manera, tener una mayor comprensión sobre este problema, proporcionando un marco teórico sobre la relación que existe entre la percepción de salud y la Fibromialgia en México.

Planteamiento de la investigación

A partir de la problemática descrita, el presente estudio busca evaluar y analizar las variables mencionadas, con el fin de describir la salud percibida por un grupo de individuos con diagnóstico de FM, y de esta manera, tener una mayor comprensión sobre este problema, proporcionando un marco teórico sobre la relación que existe entre la percepción de salud y la Fibromialgia en México.

Objetivo general

Describir el impacto en la percepción de la Salud en sujetos con diagnóstico de Fibromialgia en México.

Objetivos específicos

1. Evaluar la percepción de salud en sujetos con diagnóstico de Fibromialgia en México
2. Describir el impacto en la percepción de la salud en los individuos con diagnóstico de Fibromialgia en México

Hipótesis:

Ha1: La percepción de salud se ve afectada debido a la fibromialgia y su sintomatología derivada, tiene un impacto significativo en la percepción de salud.

Ha2: Los sujetos con diagnóstico de fibromialgia evidenciaron que dicho diagnóstico no afecta la percepción de salud de manera negativa.

MÉTODO

Diseño

El presente estudio corresponde a un estudio cuantitativo de tipo transversal con alcance descriptivo (Ato, López y Benavente, 2013). En relación con el objetivo del estudio, se analizaron las variables de la investigación para describir la relación entre las mismas.

Participantes

Se recolectaron datos mediante un muestreo aleatorio de 204 personas de ambos sexos (93.7% mujeres y 3.8% hombres), de 18 a 88 años ($M=44.7$, $DE=10.4$), en su mayoría viven con su pareja e hijos (40.6%), seguido de aquellas personas que viven solo con sus hijos (16.6%), con su pareja (23%), padres (22%), solos (18%), con sus padres e hijos (5.8%), hijos y nietos (2.9%), padres y pareja (2.4%), y con personal de asistencia (0.49%). En cuanto al nivel de escolaridad, el (37%) tienen un grado licenciatura, seguido de aquellos con escolaridad de preparatoria (19.6%), secundaria (15.6%), técnico (12.7%), posgrado (12.2%) y primaria (1.96%). Respecto al ámbito laboral se encontró que solo el (56.3%) tenían trabajo contestar la batería de instrumentos.

Se indago por antecedentes familiares del diagnóstico y se halló que el (20%) cuenta con familiares que tienen FM; el (75.4%) de la muestra ha asistido a terapia psicológica y el (64%) no realiza actividad física o deportiva.

Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que fueran personas que tuvieran el diagnóstico de Fibromialgia, mayores de edad, sujetos que hayan nacido y vivieran en México.

Instrumentos

Datos sociodemográficos

Cuestionario sociodemográfico de elaboración propia que evalúa y se interpreta en función de los datos sociodemográficos obtenidos

Cuestionario de Salud SF-12

El cuestionario de Salud SF-12 es la adaptación realizada por Alonso y Cols del SF-12 Health Survey, es una versión reducida del Cuestionario de Salud SF-36. Tiene dos componentes: Físico y Mental, que se abordan a través de 8 dimensiones, Función Física, Función Social, Rol Físico, Rol Emocional, Salud Mental, Vitalidad, Dolor Corporal y Salud General; las respuestas se puntúan y se suman para obtener un puntaje total para cada dominio de salud. Los puntajes se suman y se transforman en una escala de 0 a 100, donde un puntaje más alto indica mejor calidad de vida relacionada con la salud.

La evaluación en esta investigación de la consistencia interna (Alfa de Cronbach) para la dimensión física fue de 0.75 y para la dimensión mental fue de 0.77; total instrumento 0.83.

Procedimiento

Se realizó un envío masivo por medio de redes sociales de la encuesta aplicada a través del formato Google Forms. Se difundió por redes sociales, grupos de apoyo de personas con diagnóstico de FM, el ingreso a dichos grupos tenía filtros donde evaluaban si la persona podía ingresar o no, es decir, si cumplían con criterios de ingreso como el diagnóstico o el interés de ser parte del grupo.

En el primer apartado de la encuesta se refirió que la misma era voluntaria con posibilidad de finalización en cualquier momento. Una vez finalizada y enviada la encuesta, los resultados se vaciaban en una base de datos para ser posteriormente procesada.

Análisis de datos

Se procesaron los datos con el software estadístico de JASP, inicialmente para conocer e identificar las características de los sujetos que fueron parte de la muestra fue empleada la distribución de frecuencias. También, se establecieron los estadísticos descriptivos para cada una de las categorías evaluadas, con el objetivo de identificar las medidas de tendencia central, la media aritmética (M) constituye una medida de tendencia que expresa el valor promedio de las respuestas, la Desviación (DT), permite obtener el grado en que las puntuaciones de las variables se alejan de su media; el valor máximo (Máx) constituye el valor más grande y el valor (Mín) el más pequeño.

RESULTADOS

Los instrumentos de la investigación fueron aplicados al 100% de los participantes (N=204). Con el objetivo de evaluar la percepción de salud en individuos con diagnóstico de Fibromialgia, se realizaron distribuciones de frecuencias para obtener datos de las medidas de tendencia central, los rangos y la variabilidad o dispersión de los indicadores.

En la tabla 1 se presenta el análisis de medias y desviación estándar de la puntuación total de las subescalas del Cuestionario de Salud SF-12, Salud General, Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Dolor Corporal, Salud Mental, Vitalidad, Función Social. De acuerdo con la prueba de Shapiro-Wilk las puntuaciones de todas las variables analizadas muestran que ninguna sigue una distribución normal, sin embargo, debido a que los valores de la simetría (As) y curtosis (K) fueron inferiores a 2, se aceptó la hipótesis de distribución normal.

Tabla 1. Puntuaciones totales de las subescalas del SF-12

Variable	M	DE	As	K	Shapiro Wilk	p
Dimensión Física						
Salud General	26.63	25.19	0.94	0.527	0.787	<.001
Función Física	26.47	25.98	0.49	-0.709	0.825	<.001
Rol Físico	5.88	21.39	3.71	12.88	0.294	<.001
Dolor corporal	28.67	22.44	0.53	-0.191	0.863	<.001
Dimensión Mental						
Rol Emocional	23.52	38.89	1.24	-0.191	0.605	<.001
Salud Mental	36.76	19.88	0.19	0.003	0.966	<.001
Vitalidad	23.33	17.21	0.51	1.089	0.844	<.001
Función social	37.74	24.12	-0.11	-0.384	0.854	<.001

Nota: M: media aritmética, DE: desviación estándar, As: asimetría de Pearson, Prueba de Shapiro Wilk, p: nivel de probabilidad

La tabla 2 presenta el análisis de medias y desviación estándar de la puntuación total de las escalas del Cuestionario de Salud SF-12; dimensión física, dimensión mental y SF-12 en general, que indica el porcentaje de percepción de salud percibido por la muestra.

Tabla 2. Puntuaciones totales de la escala aplicada SF-12

Variable	M	DE	As	K	Shapiro Wilk	
					Shapiro Wilk	p
Dimensión Física	32.34	23.58	0.53	-0.365	0.945	<.001
Dimensión Mental	40.13	20.88	0.30	-0.025	0.978	0.003
SF-12	36.24	19.71	0.47	-0.225	0.977	0.002

Nota: M: media aritmética, DE: desviación estándar, As: asimetría de Pearson, Prueba de Shapiro Wilk, p: nivel de probabilidad

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

A lo largo de este estudio se abordó la FM y su sintomatología derivada, con el objetivo de evaluar la calidad de vida en los sujetos que tienen este diagnóstico a través de la percepción de salud que tienen en la actualidad.

Los resultados obtenidos evidencian que los componentes de la dimensión física tienden a presentar puntajes bajos, presentando mayor afectación en el rol físico, seguido de la función física, percepción de salud general y dolor corporal; lo que se relaciona de manera directa con la movilidad y el desplazamiento en los individuos con diagnóstico de FM que se ve afectado debido a la duración e intensidad del dolor (Smith et al., 2011; Cardona, León y Cardona, 2014).

En cuanto a la dimensión mental, el puntaje de mayor afectación esta vinculado a la vitalidad, que es uno de los principales indicadores de bienestar subjetivo que le permite ver al sujeto la posibilidad de vivir, crecer y desarrollarse (Sánchez et al., 2014), seguido por el rol emocional, la salud mental en general y por último, la afectación que tiene en su funcionalidad social. El área psicoafectiva juega un papel fundamental ya que el malestar emocional podría actuar como modulador o detonante en los síntomas como el dolor; sin embargo, es importante establecer que el área emocional se relaciona directamente con las respuestas de afrontamiento y ajuste al diagnóstico en cada uno de los individuos (Galvez-Sánchez et al., 2019).

Un área importante en la dimensión mental es la función física, que influye en la forma como los sujetos y su contexto perciben y significan la realidad de este diagnóstico y sus síntomas, también, puede traer consigo deterioro en las relaciones sociales; áreas laborales y/ económicas que puede traer consigo incapacidades laborales o desempleo, teniendo en cuenta que solo el 56.3% de la muestra trabajaba al momento de participar en la investigación (Cardona, León y Cardona, 2014; Cabo-Meseguer et al., 2017).

Se evidencia que la dimensión física presento mayor afectación según la vivencia y percepción de los participantes, sin embargo, la dimensión mental también presento puntuaciones bajas, lo que podría disminuir aún más la calidad de vida de las personas con este diagnóstico. Al hablar de la puntuación general de la escala, es importante resaltar que la escala podría tener puntajes de 0 a 100, a mayor puntaje, mayor calidad

de vida relacionada con la salud; por esta razón, es necesario resaltar que la muestra en general obtuvo un puntaje de 36.24% lo que indica una menor calidad de vida relacionada con la salud, de acuerdo con la percepción y el impacto que tiene la FM en la vida de los participantes.

Se hace necesario resaltar la necesidad de continuar con los procesos de investigación científica, en México se carece de información documental sobre la epidemiología del dolor y la FM (Covarrubias et al., 2010); es prioridad conocer la realidad actual del fenómeno dentro del contexto mexicano para de esa forma lograr realizar intervenciones efectivas que tengan un impacto en la calidad de vida de las personas.

Del mismo modo, se recomienda fortalecer el acercamiento a la muestra, realizar estudios que permitan acercarse a las vivencias de las personas de manera mas profunda, como lo podría hacer un enfoque cualitativo, que permita seguir nutriendo los datos y la información hallada, para continuar trabajando en pro del bienestar y la calidad de vida en las personas con diagnóstico de FM.

REFERENCIAS

- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Becerra, J. (2016). Factores explicativos del funcionamiento en memoria en pacientes con síndrome de fibromialgia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(2), 189-202.
- Buitrago, F., Tejero, M., Gato, C., Rivera, N., y Pérez, F. (2017). Abordaje integrado de la fibromialgia. *Terapéutica en APS*, 24(7), 395-404.
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., y Trillo-Mata, J.L. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Medicina Clínica (Bar)*, 149(10), 441-448. doi:10.1016/j.medcli.2017.06.008.
- Cardona J., León V., y Cardona A. (2014). Estado de salud y calidad de vida en pacientes con fibromialgia, Medellín. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(1), 10-20. doi:10.1016/S0121-8123(14)70142-2
- Covarrubias, G.A., Guevara, L.U., Gutiérrez, S.C., Betancourt, S.J., y Córdova, D.J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), 207-213. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf>
- Galvez-Sánchez, C.M., Duschek, S., y Reyes Del Paso, G. A. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 13(12), 117-127. doi:10.2147/PRBM.S178240
- Grande, M., Calero, M., y Ortega-Martínez, A. (2021). Impacto social y familiar de la fibromialgia. *Seminario Médico*, 63(1), 13-27.
- Levine, D. y Horesh, D. (2020). Suicidality in Fibromyalgia: A Systematic Review of the Literature. *Front. Psychiatry*, 11, 535368. doi: 10.3389/fpsy.2020.535368
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Constitution of the world health organization*. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Organization [WHO] (2022). *Salud Musculoesquelética*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

Pozos, R. (2017). *Frecuencia de Fibromialgia y/o Fatiga Crónica en el Primer Nivel de Atención*. [Tesis de Maestría, Universidad Veracruzana]. Recuperado de: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49699/PozosCuevasRI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Queiroz, L.P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia topical collection on fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8). doi:10.1007/s11916-013-0356-5

Sánchez, E., García, M., Valverde, J.M., y Pérez, M. (2014). Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos. *Clínica y Salud*, 25(2),85-93.

Sarzi-Puttini, P., Giorgi, V., Marotto, D., & Atzeni, F. (2020) Fibromyalgia: An update on clinical characteristics, etiopathogenesis and treatment. *Nature Reviews Rheumatology*, 16(11), 645-660. doi:10.1038/s41584-020-00506-w.

Smith, H.S., Harris, R., y Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician*, 14, 217-245. World Health.

CAPÍTULO 38

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS MAYORES SANAS

LANDYS PATRICIA PUMAREJO MARTÍNEZ,
MARÍA DEL CARMEN REQUENA HERNÁNDEZ,
Y ESTELA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ
Universidad de León

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional se ha convertido en un fenómeno global que plantea significativos desafíos a las sociedades contemporáneas. Este fenómeno es impulsado principalmente por la disminución de las tasas de natalidad y el aumento en la esperanza de vida, lo que resulta en una proporción creciente de personas mayores en la población total. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), se estima que para 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años, lo que representa un incremento significativo en la población mayor, duplicando la cifra actual. Este aumento en la longevidad se atribuye a avances en atención médica, mejoras en las condiciones de vida y un acceso más amplio a servicios de salud de calidad, generando lo que se ha denominado un "tiempo ganado" de aproximadamente 23 años después de la jubilación. Durante este periodo, las personas aspiran a mantener su independencia y calidad de vida (Foro Económico Mundial [FEM], 2020).

A medida que las sociedades se adaptan a esta transformación demográfica, enfrentan importantes retos en la provisión de servicios de salud y apoyo social. Estos deben orientarse no solo a la atención sanitaria, sino también al mantenimiento de la autonomía funcional de las personas mayores, promoviendo su capacidad para llevar una vida plena y activa (Beard et al., 2016; Crocker et al., 2024). La intersección de la salud pública, la política social y la planificación comunitaria se vuelve crucial para abordar las necesidades de este segmento creciente de la población.

El autocuidado emerge como un componente esencial en el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas mayores. Según la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, el autocuidado se define como la práctica de actividades que los individuos realizan por sí mismos para mantener su vida, salud y bienestar. Orem identifica dos dimensiones fundamentales en el autocuidado: la agencia de autocuidado, que se refiere a la capacidad de los individuos para tomar decisiones y actuar de manera autónoma en el manejo de su salud, y las prácticas de autocuidado,

que engloban las actividades específicas orientadas al mantenimiento y mejora de la salud (Orem, 1991). Ambas dimensiones son cruciales para que las personas mayores conserven su funcionalidad y calidad de vida.

La literatura científica respalda la importancia del autocuidado, mostrando que se asocia con una mejor calidad de vida, una menor tasa de hospitalización y una reducción en la dependencia de servicios de atención institucional (Lorig y Holman, 2003; Taylor et al., 2019). Un envejecimiento saludable implica no solo la ausencia de enfermedades, sino también la capacidad de participar activamente en la vida diaria y social, lo cual el autocuidado facilita al preservar las capacidades físicas y cognitivas (Rowe y Kahn, 2015).

Para que las personas mayores logren mantenerse en sus domicilios y conservar su independencia, es esencial comprender en profundidad las prácticas de autocuidado que adoptan en su vida cotidiana, así como las herramientas que facilitan la gestión efectiva de su salud (Galdas et al., 2015). La OMS subraya la importancia de fortalecer el autocuidado como uno de los pilares de una estrategia integral para el envejecimiento saludable, promoviendo la funcionalidad y la independencia en las personas mayores (OMS, 2020).

La valoración y medición del autocuidado a través de herramientas específicas es fundamental para desarrollar políticas de salud pública orientadas a esta población, permitiendo identificar y fomentar aquellas prácticas que mejor previenen enfermedades y mantienen la calidad de vida (Eller et al., 2018; Fulmer et al., 2019). La evaluación de autocuidado en personas mayores mediante herramientas de medición confiables permite captar las dimensiones de salud más valoradas y fomentadas en su vida diaria (Annele et al., 2019). Además de identificar necesidades individuales, estas herramientas permiten evaluar el impacto de programas de salud destinados a la promoción de la autonomía en la vejez, facilitando la creación de intervenciones efectivas (Berkman et al., 2021).

En consecuencia, un análisis profundo de las prácticas de autocuidado y su medición es indispensable para implementar enfoques de atención que respeten y fortalezcan la capacidad de las personas mayores para enfrentar proactivamente los desafíos del envejecimiento y permanecer en sus hogares con calidad de vida (Fernández y Ojesto, 2018; Beard y Officer, 2016). A medida que se desarrollen nuevas herramientas y estrategias de intervención, será crucial considerar las voces y experiencias de las personas mayores, asegurando que se sientan empoderadas y apoyadas en su proceso de autocuidado.

Objetivo

El propósito de este estudio es realizar una revisión sistemática de las herramientas de evaluación que miden el autocuidado en personas mayores sanas, con el fin de analizar sus propiedades psicométricas, identificar las dimensiones del autocuidado evaluadas, y determinar la adecuación de estos instrumentos para capturar tanto la agencia como las prácticas específicas de autocuidado en esta población.

METODOLOGÍA

Para cumplir con el objetivo del presente estudio, se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo las pautas PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) y empleando la herramienta COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments) para evaluar la calidad metodológica de los estudios que validan instrumentos de autocuidado en personas mayores sanas. A continuación, se describen los pasos específicos de esta metodología.

Criterios de elegibilidad

Los estudios incluidos debían cumplir con los siguientes criterios: a) personas mayores sanas que vivan de manera independiente y sin condiciones crónicas incapacitantes. b) herramientas validadas o utilizadas específicamente para medir el autocuidado en personas mayores, que abarquen dimensiones de salud física, social y desarrollo personal. c) estudios de validación, revisiones de instrumentos y estudios observacionales descriptivos que proporcionen datos sobre las propiedades psicométricas (fiabilidad, validez y sensibilidad) de los instrumentos. d) se incluyeron estudios en inglés y español) se consideraron estudios publicados en los últimos diez años para asegurar la relevancia y actualidad de las herramientas.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science y Google Scholar para identificar estudios que cumplieran con los criterios establecidos. Las estrategias de búsqueda emplearon términos clave como “self-care assessment,” “measurement tools,” “older adults,” “healthy aging,” “psychometric validation,” “social support,” y “personal development,” combinados mediante operadores booleanos AND y OR. Cada estrategia de búsqueda fue documentada, incluyendo la fecha y los filtros aplicados en cada base de datos para asegurar la transparencia y reproducibilidad del estudio.

Selección de estudios

La selección de los estudios se realizó en tres etapas:

- Cribado inicial de títulos y resúmenes: Dos revisores independientes evaluaron títulos y resúmenes para identificar estudios potencialmente elegibles.
- Revisión de texto completo: Los estudios preseleccionados fueron revisados en su totalidad para confirmar su elegibilidad según los criterios establecidos.
- Resolución de discrepancias: Cualquier discrepancia en la inclusión de estudios fue discutida entre los revisores. En caso de desacuerdo persistente, se consultó a un tercer revisor para tomar una decisión final.

Extracción y síntesis de datos

Para cada estudio incluido, se extrajeron los siguientes datos:

- Nombre y descripción del instrumento de evaluación.
- Dimensiones de autocuidado evaluadas (físico, social, desarrollo personal).
- Población objetivo y contexto de aplicación.
- Propiedades psicométricas reportadas, como fiabilidad, validez y sensibilidad.

Los datos extraídos se organizaron en tablas comparativas que permitieron una visión clara de las propiedades psicométricas y la aplicabilidad de cada instrumento en el contexto del autocuidado en personas mayores sanas.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios de validación de los instrumentos fue evaluada utilizando la herramienta COSMIN. Esta herramienta permite un análisis detallado de las propiedades psicométricas, incluyendo la validez de contenido, la fiabilidad y la sensibilidad de las herramientas de evaluación. Cada estudio fue evaluado individualmente, proporcionando una base sólida para comparar la calidad de los instrumentos.

Análisis de resultados

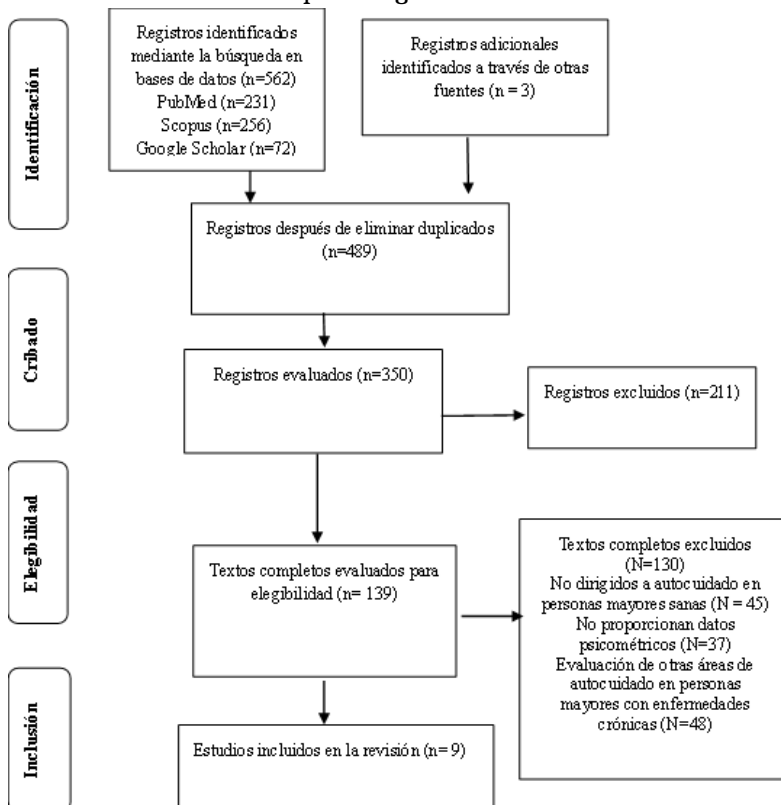
Los hallazgos de los estudios se presentaron de forma descriptiva, detallando las características psicométricas de cada instrumento y su adecuación para la medición del autocuidado en personas mayores sanas. Se incluyeron datos cuantitativos sobre las puntuaciones de fiabilidad y validez de cada herramienta, lo que facilitó la identificación de los instrumentos más robustos y apropiados para esta población. Además, se destacaron las dimensiones específicas evaluadas por cada test, así como el contexto de aplicación y la población objetivo, proporcionando un panorama integral de la efectividad de las herramientas disponibles.

RESULTADOS

Tras una exhaustiva revisión sistemática, se identificaron y analizaron un total de nueve instrumentos de evaluación que miden el autocuidado en personas mayores sanas. Estos instrumentos se clasifican en dos categorías principales: agencia de autocuidado y prácticas de autocuidado. La categoría de agencia de autocuidado se centra en la capacidad de los individuos para tomar decisiones informadas y llevar a cabo acciones relacionadas con su autocuidado. En contraste, la categoría de prácticas de autocuidado se enfoca en las actividades específicas que los individuos realizan para mantener su salud física, social y emocional.

La búsqueda sistemática inicial identificó 634 registros, de los cuales 562 procedían de bases de datos académicas (PubMed, Scopus, Web of Science) y 72 de fuentes adicionales, como Google Scholar y referencias cruzadas. El proceso de selección de estudios se ilustra en el Diagrama de Flujo PRISMA (Figura 1). Cada etapa del cribado y la evaluación de elegibilidad fue diseñada para asegurar la inclusión de instrumentos específicos y validados de autocuidado aplicables a personas mayores sin enfermedades crónicas ni discapacidades.

Figura 1. Resultado de la búsqueda siguiendo el método PRISMA



Proceso de cribado y selección

En la fase de cribado inicial, se eliminaron duplicados, resultando en 489 estudios elegibles para la revisión de títulos y resúmenes. De estos, 350 registros fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión, ya sea porque se enfocaban en poblaciones con condiciones de salud particulares (por ejemplo, enfermedades crónicas o discapacidades) o porque el objetivo del instrumento no era la evaluación del autocuidado. Esto redujo la muestra a 139 estudios, los cuales fueron sometidos a una revisión exhaustiva de texto completo.

Durante esta revisión, se excluyeron 130 estudios por diversas razones: 45 incluían instrumentos aplicables a poblaciones con características distintas a las personas mayores sanas, 37 carecían de datos psicométricos relevantes para evaluar la fiabilidad y validez de los instrumentos, y 48 se centraban en el autocuidado de personas mayores con enfermedades crónicas. Al final de esta fase, 9 estudios cumplieron con todos los criterios y fueron seleccionados para su inclusión en esta revisión sistemática.

Descripción de los instrumentos seleccionados

La Tabla 1 sintetiza las características fundamentales de los nueve instrumentos de autocuidado incluidos en esta revisión. Cada instrumento se describe en función de su autoría y año de publicación, el número de ítems distribuidos por dimensiones, las dimensiones específicas que evalúa y una breve descripción de cada prueba. Todos los instrumentos se fundamentan en la teoría de Orem (1991), excepto el último de la tabla, que se basa en el modelo de Backman (2007). Todos están diseñados para aplicarse en un contexto de salud. Además, se especifican la población objetivo, el propósito de la evaluación y los resultados psicométricos obtenidos.

De los instrumentos seleccionados, solo tres se enfocan en la medición de prácticas específicas de autocuidado, mientras que los restantes están orientados a la evaluación de la agencia del autocuidado.

Tabla 1. Características de los Instrumentos de Evaluación del Autocuidado en Personas Mayores

Título del Test	Autor y Año	Nº ítems (distribución por dimensiones)	Dimensiones evaluadas	Descripción del Test	Población Objetivo	Propósito del Instrumento	Resultados Psicométricos
Self-As-Carer Inventor y	Ferguson, A., y Morley, J. E., 2002	40 (10 para autoconocimiento, 15 para toma de decisiones, 15 para autoevaluación)	Autoconocimiento, toma de decisiones	Evalúa la capacidad de juicio y el autoconocimiento en autocuidado.	Personas mayores independientes	Evaluar agencia de autocuidado para toma de decisiones autónomas	Fiabilidad: $\alpha = 0.82$; Validez de constructo $r = 0.67$
Self-Care Ability Scale for the Elderly (SASE)	Süderharmn et al., 1996	17 (7 para habilidades prácticas, 10 para apoyo social)	Repertorio de cuidados	Mide la capacidad percibida de autocuidado en personas mayores.	Mayores en entorno comunitario	Medir la capacidad de autocuidado en su entorno	Fiabilidad: $\alpha = 0.76$; Validez convergente con escala Barthel $r = 0.70$
Mental Health-Related Self-Care Agency Scale (MH-SCA)	West y Isenberg, 1997	35 (15 para motivación, 10 para afrontamiento, 10 para energía)	Autocuidado en salud mental	Evalúa el poder de autocuidado en el contexto de salud mental.	Personas mayores con enfoque en salud mental	Valorar agencia en salud mental para autocuidado emocional	Fiabilidad: $\alpha = 0.89$; Validez factorial confirmatoria CFI = 0.91
Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASA-R)	Alhambra-Borrás et al., 2017	15 (8 para iniciativa, 7 para responsabilidad)	Capacidad de autocuidado	Componentes de autocuidado para la promoción de un envejecimiento activo.	Mayores en servicios de atención primaria	Determinar capacidades de autocuidado para promoción de la salud	Fiabilidad: $\alpha = 0.88$; Validez de constructo $r = 0.75$
Exercise of Self-Care Agency Scale (ESCA)	Cunha et al., 2024	29 (12 para actividades diarias, 10 para salud mental, 7 para apoyo social)	Autoatención diaria	Capacidad para realizar actividades diarias de autocuidado.	Mayores en actividades de vida diaria	Evaluar agencia para el mantenimiento de la autoatención	Fiabilidad test-retest ICC = 0.85; Validez de contenido CVI = 0.88
Lorenson's Self-Care Capability Scale (LSCS)	Dale et al., 2012	56 (20 para habilidades físicas, 18 para habilidades mentales, 18 para apoyo social)	Capacidad de autocuidado	Capacidades para la toma de decisiones y ejecución en el autocuidado cotidiano.	Personas mayores en domicilio	Medir habilidades para decisiones cotidianas	Fiabilidad: $\alpha = 0.80$; Validez discriminante entre grupos $F = 12.5, p < 0.01$

Tabla 1. Características de los Instrumentos de Evaluación del Autocuidado en Personas Mayores (continuación)

Título del Test	Autor y Año	Nº ítems (distribución por dimensiones)	Dimensiones evaluadas	Descripción del Test	Población Objetivo	Propósito del Instrumento	Resultados Psicométricos
Escala de Autocuidado para Personas Mayores (EAPM)	Campos-García et al., 2018	20 (8 físico, 7 social, 5 interno)	Autocuidado físico, social, interno	Dimensiones físicas, sociales e internas en personas mayores.	Mayores en contexto comunitario	Medición integral del autocuidado en mayores	Fiabilidad: $\alpha = 0.86$; Validez convergente $r = 0.78$ con GDS-15
Self-Care Activities Screening Scale (SASS-14)	Martínez et al., 2021	14 (5 para conciencia de salud, 5 para nutrición, 4 para afrontamiento)	Conciencia de salud, actividad física	Autocuidado para promover salud, incluyendo nutrición y habilidades de afrontamiento.	Mayores en prevención comunitaria	Evaluar prácticas de autocuidado en salud preventiva	Fiabilidad: $\alpha = 0.75$; Validez convergente $r = 0.72$
Self-Care of Home-Dwelling Elderly (SCHDE)	Räisänen et al., 2007	82 (30 responsable, 27 guiado, 25 independiente)	Autocuidado guiado, independiente	Prácticas de autocuidado en mayores que residen en sus hogares, con enfoque en satisfacción.	Personas mayores en hogar comunitario	Evaluar prácticas de autocuidado y satisfacción en domicilio	Fiabilidad: $\alpha = 0.87$; Validez factorial CFA, CFI = 0.93

- EAPM: Evalúa actividades de autocuidado específicas en contextos físicos y sociales, como la alimentación balanceada, el ejercicio físico regular y la participación en actividades recreativas. Esta herramienta proporciona información sobre el nivel de compromiso en prácticas que mantienen la salud física y emocional.

- SASS-14: Mide prácticas de autocuidado en términos de conciencia de salud, actividad física, nutrición y habilidades de afrontamiento, centrándose en actividades prácticas de autocuidado preventivo.

- SCHDE: Evalúa las prácticas de autocuidado en personas mayores que residen en sus domicilios, con un enfoque en la satisfacción con el autocuidado guiado e independiente. Este test se orienta hacia actividades de autocuidado en el entorno cotidiano.

Fiabilidad y validez de los instrumentos

En términos psicométricos, los instrumentos seleccionados presentan una fiabilidad y validez sólidas, lo que respalda su aplicabilidad en la evaluación del autocuidado en personas mayores sanas. Los coeficientes de fiabilidad, medidos mediante el alfa de Cronbach, superan 0.75 en la mayoría de los instrumentos,

indicando una buena consistencia interna. Por ejemplo, el MH-SCA y el ASA-R presentan valores de alfa superiores a 0.85, lo que sugiere una alta fiabilidad en la medición de conceptos relacionados con la agencia de autocuidado.

Varios instrumentos también muestran evidencia de validez robusta. La validez de constructo y la validez convergente fueron las más reportadas, confirmando que estos instrumentos son efectivos para medir los aspectos específicos para los que fueron diseñados. Por ejemplo, el SCHDE logró un índice de ajuste adecuado en el análisis factorial confirmatorio ($CFI=0.93$), sugiriendo que su estructura dimensional es apropiada para evaluar diferentes tipos de autocuidado en personas mayores que viven en sus hogares.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión destacan una limitación en la conceptualización del autocuidado en personas mayores, que históricamente ha sido influenciada por una perspectiva centrada en el deterioro y la gestión de enfermedades crónicas. Este enfoque ha generado instrumentos de evaluación orientados casi exclusivamente a la agencia de autocuidado —la capacidad de autogestión y toma de decisiones personales— sin captar adecuadamente las prácticas específicas de autocuidado en personas mayores sanas (Beard et al., 2016; OMS, 2021). Esta visión tradicional se apoya en la teoría de Orem sobre la autogestión, que se centra en el manejo de la salud en función de las necesidades clínicas, más que en el desarrollo personal o la prevención activa de deterioro funcional.

Para responder a los desafíos del envejecimiento poblacional, es necesario ampliar la definición de autocuidado en personas mayores, considerando que muchas de ellas alcanzan edades avanzadas en condiciones óptimas de salud. Según la OMS, los enfoques de autocuidado en personas mayores sanas deberían incluir tanto la capacidad de autogestión como las prácticas concretas que promuevan un envejecimiento saludable y activo.

Necesidad de un cambio de paradigma en la evaluación del autocuidado

El contexto actual de envejecimiento poblacional exige un cambio de paradigma en la evaluación del autocuidado. En lugar de centrarse únicamente en la agencia, el autocuidado debe ser conceptualizado como una práctica compleja que integra actividades diarias que fomentan la autonomía, la funcionalidad y el bienestar general de las personas mayores. La OMS (2020) enfatiza que el autocuidado debe incluir prácticas que promuevan el desarrollo físico, mental y social continuo, contribuyendo así al desarrollo personal y a la calidad de vida. Esta perspectiva implica que se reconozca la diversidad de experiencias de las personas mayores, quienes, aunque

puedan enfrentar desafíos relacionados con la edad, también poseen una amplia gama de capacidades y deseos de participar activamente en su propio cuidado.

Es fundamental que los nuevos instrumentos de medición no solo evalúen la capacidad de autogestión, sino que también identifiquen y promuevan prácticas concretas que las personas mayores pueden realizar en su vida diaria. Esto incluye actividades como el ejercicio regular, la alimentación saludable, la participación social y el manejo del estrés, las cuales son todas esenciales para un envejecimiento saludable y activo.

Limitaciones de los instrumentos actuales en la medición de prácticas de autocuidado

La revisión ha revelado que, entre los instrumentos examinados, pocos abordan las prácticas específicas de autocuidado de forma detallada. Herramientas como EAPM y SASS-14 ofrecen una visión preliminar de prácticas comunes, pero son insuficientes para evaluar en profundidad las actividades que contribuyen a la funcionalidad y la independencia en la vejez (Van Houtum et al., 2015). Esta falta de atención a las prácticas de autocuidado concretas limita nuestra comprensión de cómo los adultos mayores pueden mantener su salud y bienestar.

Estudios longitudinales han demostrado que las prácticas de autocuidado, como la actividad física, la socialización y la gestión de la salud mental, son factores clave para mantener la funcionalidad y la calidad de vida. Sin embargo, estos aspectos están subrepresentados en los instrumentos actuales (Seid et al., 2023). Esta brecha en la evaluación puede resultar en intervenciones de salud pública que no abordan adecuadamente las necesidades reales de la población mayor, comprometiendo así la efectividad de los programas destinados a mejorar su calidad de vida.

La OMS también resalta que la promoción de un envejecimiento saludable depende de la capacidad de los individuos para participar en actividades que mantengan su bienestar físico, mental y social (OMS, 2020). Sin embargo, los instrumentos actuales no logran captar la variedad de prácticas de autocuidado que estas personas realizan, lo cual limita la efectividad de las evaluaciones y el desarrollo de programas de salud pública adaptados a sus necesidades. Esto resalta la necesidad de involucrar a las personas mayores en el diseño y la evaluación de herramientas que se alineen con sus realidades y experiencias vividas.

Implicaciones para el desarrollo de nuevos instrumentos de autocuidado

A partir de esta revisión, se hace evidente la urgencia de desarrollar y validar instrumentos de autocuidado que integren tanto la agencia como las prácticas específicas de autocuidado. Estos nuevos instrumentos deben ser culturalmente sensibles y adaptarse a diversos contextos, con el fin de ofrecer una evaluación

holística que refleje las prácticas cotidianas de autocuidado de las personas mayores en distintas realidades sociales y culturales (Zarit y Femia, 2017). Incorporar métricas que evalúen actividades como la interacción social, la actividad física y la gestión emocional proporcionará una base sólida para diseñar intervenciones de salud pública orientadas a promover el desarrollo personal y la independencia de las personas mayores (Eller et al., 2018).

Además, es esencial que estos instrumentos sean validados no solo en contextos clínicos, sino también en entornos comunitarios donde las personas mayores viven y participan activamente. Esto permitirá que las herramientas sean relevantes y aplicables a la vida diaria de los adultos mayores, asegurando que los programas de salud pública sean efectivos y estén basados en la realidad de sus experiencias.

CONCLUSIONES

En conclusión, los resultados de esta revisión destacan la urgente necesidad de innovar en el diseño de herramientas de autocuidado que no solo se centren en la prevención y gestión de la salud, sino que también fomenten el crecimiento y desarrollo personal de las personas mayores. Adoptar un enfoque integral permitirá establecer una visión más positiva y holística de la vejez, alineada con los objetivos de un envejecimiento activo y saludable. Esta transformación en la forma de abordar el autocuidado no solo beneficiará a los individuos, sino que también contribuirá al fortalecimiento de comunidades más resilientes y al bienestar general de la sociedad. Al priorizar el desarrollo de instrumentos que capturen las experiencias y prácticas de autocuidado, se puede avanzar hacia un modelo de atención que valore la dignidad y autonomía de las personas mayores, asegurando su derecho a vivir plenamente en todas las etapas de la vida.

REFERENCIAS

- Alhambra-Borrás, T., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., y Sánchez-García, J. (2017). The appraisal of self-care agency scale-revised (ASA-R): adaptation and validation in a sample of Spanish older adults. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, E48. doi:10.1017/sjp.2017.52
- Annele, U., Satu, K.J., y Timo, E.S. (2019). Definitions of successful ageing: a brief review of a multidimensional concept. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90(2), 359. doi:10.23750/abm.v90i2.8376
- Beard, J.R., Officer, A., y Cassels, A.K. (2016). The world report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154. doi:10.1016/S0140-6736(15)00516-4
- Berkman, L.F., Zheng, Y., Chen, C., Loucks, E.B., Mak, H.W., y Williams, D.R. (2021). Social ties and health: A life course approach. *American Journal of Public Health*, 111(9), 1553-1560. doi:10.2105/AJPH.2021.306330
- Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J.M., Galiana, L., y Gutiérrez, M. (2018). Autocuidado: Nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores [Self-care: New evidence for its

measurement in older adults]. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(2), 87-93. doi:10.1016/j.regg.2018.01.010

Crocker, T.F., Ensor, J., Lam, N., Jordão, M., Bajpai, R., Bond, M.,... Clegg, A. (2024). Community based complex interventions to sustain independence in older people: Systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 384. doi:10.1136/bmj-2023-077764

Eller, L.S., Lev, E.L., Yuan, C., y Watkins, A.V. (2018). Describing self-care self-efficacy: Definition, measurement, outcomes, and implications. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(1), 38-48. doi:10.1111/2047-3095.12143

Fernández, C.S. y Ojesto, A.G. (2018). El reto del tratamiento antitrombótico en ancianos con fibrilación auricular: ¿Justifica la edad la estrategia antitrombótica en ancianos con fibrilación auricular? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(6), 317-318. doi:10.1016/j.regg.2018.05.005

Foro Económico Mundial. (2020). *La economía de la longevidad: Generación de crecimiento económico y nuevas oportunidades para las empresas*.

Fulmer, T., Dellaserra, C., Liu, T., Mishra, R., Pullman, A.,... Richardson, H. (2019). Addressing the social determinants of health in aging: A conceptual framework. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(7), 1381-1387. doi:10.1111/jgs.15964

Galdas, P., Fell, J., Bower, P., Kidd, L., Blickem, C., McPherson, K.,... Richardson, G. (2015). The effectiveness of self-management support interventions for men with long-term conditions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(3). doi:10.1136/bmjopen-2014-006620

Geden, E. y Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the Self-As-Carer Inventory. *Nursing Research*, 40(1), 47-50.

Kearney, B.Y. y Fleischer, B.J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing Health*, 2(1), 25-34. doi:10.1002/nur.4770020105

Lorensen, R.N. (1998). Psychometric properties of self-care management and life-quality amongst elderly. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2(2), 78-84. doi:10.1016/S1361-9004(98)80035-6

Lorig, K.R. y Holman, H.R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01

Martínez-Villar, M., Luis-García, E.O., Yair-Oliveros, E., Fernández-Berrocal, P., Sarrionandia, A., Vidaurreta, M., y Bermejo-Martins, E. (2021). Validity and reliability of the Self-Care Activities Screening Scale (SASS-14) during COVID-19 lockdown. *Health Qual Life Outcomes*, 19(1). doi:10.21203/rs.3.rs-42014/v1

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Ageing and health. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Räisänen, U. y Pakkala, K. (2007). Self-care of home-dwelling elderly: A tool for assessing self-care practices in the home environment. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 295-304. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04224.x

Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (2015). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433

Seid, S.S., Amendoeira, J., y Ferreira, M.R. (2023). Self-Care and Quality of Life Among Adult Patients with Heart Failure: Scoping Review. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231193719. doi:10.1177/23779608231193719

Süderhamn, U. y Rognan, K. (1996). Self-care ability scale for the elderly: Development and validation of a scale for the assessment of self-care ability in older adults. *Journal of Nursing Measurement*, 4(2), 115-124. doi:10.1891/1061-3749.4.2.115

Taylor, S.J., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H.L., Schwappach, A.,... Sheikh, A. (2014). A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions. (PRISMS Practical Systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions). *Health Services and Delivery Research*, 2(53), 1-580. doi:10.3310/hsdr02530

West, P. y Isenberg, M. (1997). Instrument development: the Mental Health-Related Self-Care Agency Scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(3), 126-132. doi:10.1016/s0883-9417(97)80035-0

CAPÍTULO 39

IMPACTO EMOCIONAL DEL ROL DE CUIDADORES PRIMARIOS DE JÓVENES CON ADICCIONES DEL NORESTE DE MÉXICO

JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ*, CECILIA MEZA PEÑA*,
Y NUBIA LETICIA GARCÉS MERÁZ**

**Universidad Autónoma de Nuevo León; **Secretaría de Salud*

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2022) en su Informe Mundial sobre las Drogas 2020, estimó que en el año 2018 hubo un 5.4% de personas en el mundo que habían consumido drogas al menos una vez en el año, oscilando las edades de entre 15 a 64 años. Asimismo, informan que durante los años 2009-2018, los consumidores de cualquier droga aumentaron a nivel mundial de 210 millones a 269 millones, lo que representa un aumento en la prevalencia del consumo de drogas en más del 12% (UNODC, 2022).

Un razonamiento a este crecimiento durante la última década refiere a una diversificación de las sustancias disponibles en los mercados de drogas, más allá de las sustancias tradicionales como cannabis, cocaína y heroína el mercado se ha expandido a las drogas sintéticas y el uso no médico de medicamentos farmacéuticos y medicamentos recetados (UNODC, 2022). Todo lo cual plantea un reto mayor a la prevención del consumo de drogas y el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas.

Este mismo organismo estima que de los consumidores, al menos 35,6 millones de personas padecen trastornos por consumo de drogas (UNODC, 2022), lo que muestra que el patrón de su consumo de drogas es perjudicial, o pueden experimentar dependencia de drogas y/o requerir tratamiento. Esto corresponde a una prevalencia global del consumo de drogas-trastorno del 0,7% entre la población de 15 a 64 años. El hecho de que aparezcan periódicamente nuevas drogas sintéticas hace complicado ir a la par de conocer sus efectos nocivos y probables trastornos específicos.

Por otra parte, se concibe a la adolescencia y la edad adulta temprana como un período de transición que conlleva cambios a nivel cerebral, del desarrollo cognitivo y emocional. Se argumenta que también es una etapa de mayor vulnerabilidad al inicio del consumo de drogas y la adolescencia, es decir, los años 12 a 17 años, es el período crítico de riesgo para el inicio del consumo de sustancias. En la población de entre 15 y 64 años, los niveles máximos de consumo de drogas se observan entre aquellos entre 18 y 25 años (United Nations, 2020).

En el último año, en México, se reportó dar servicios de prevención y atención en más de 35.6 millones de personas, esto a través de la Estrategia Nacional para la Prevención de las Adicciones (ENPA) (Secretaría de Salud, 2023). Así mismo, en los últimos años se ha observado una transición epidemiológica en cuanto a la demanda de atención por uso de metanfetaminas, esto de acuerdo a Datos del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones 2023, señalan que actualmente se atraviesa una (Secretaría de Salud, 2023). Durante ese periodo el consumo de anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis o estimulantes de uso médico creció 218%. Así mismo, en 2022 las anteriormente citadas fueron las sustancias de mayor demanda de tratamiento, con 46.2% de los casos, seguidos del alcohol con un 24.6%, y marihuana o cannabis con el 13.3% (Secretaría de Salud, 2023). Estos datos que nos hacen ver el gran problema de uso de sustancias en el país y la gran demanda a las instituciones de salud.

Todo lo anterior nos lleva a considerar que de igual manera se ha incrementado el número de personas que intentan ayudar a aquellas o aquellos usuarios que padecen este problema (Ruiz y Nava, 2012). Regularmente es una persona la que se hace cargo del cuidado y apoya a las personas que tiene un problema de salud, ya sea en casa acompañándolas a las consultas o al hospital. Cuando se asume esa responsabilidad a esta persona se denomina cuidador primario los apoyan de diversas formas como acompañarlas a las consultas o durante las hospitalizaciones, comprar o suministrar medicamentos, les realizan curaciones o bien platicar con ellos o darles ánimos, entre muchas otras (Rangel-Domínguez, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) ha señalado que los cuidadores informales suelen ser familiares, amistades o miembros de la comunidad que prestan cuidados a una persona en condición de enfermedad. El cuidador informal no recibe remuneración, mientras que los trabajadores del cuidado proveen cuidados en el marco de los sistemas formales de prestación de servicios de cuidados a largo plazo, contando con entrenamiento profesional ya sea en enfermería, trabajo social, cuidados paliativos, entre otros (Rivas y Ostiguín, 2011).

En el caso de cuidadores de personas con uso de sustancias se ha encontrado que se le han asignado a la mujer el papel de cuidar ya que se plantea que las mujeres han asumido el rol tradicional de cuidar como algo propio de su sexo, característica que contribuye a la “invisibilidad” del rol de cuidadora (Ortiz, Fabelo, e Iglesias, 2016).

Se ha encontrado también que las principales manifestaciones emocionales de la sobrecarga del cuidador están representadas por la continua presencia de estados depresivos y de ansiedad (Hurtado, 2021; Infantes, Jorge, y Tenorio, 2015).

Carrara, Fernandes, Bobbili, y Ventura (2021) señalan que los cuidadores son un grupo importante para desarrollar intervenciones anti-estigma en poblaciones con afecciones en salud mental, ya que ellos son capaces de modificar las creencias que

tiene la población acerca de diversas afecciones. Por su parte, Knaak, Mantler, y Szeto (2017) han señalado que el impacto del estigma en cuidadores de salud afecta en la calidad del cuidado que ellos proveen, y se vuelve una barrera para la búsqueda de apoyos que permitan mejorar la calidad de atención de la persona a su cuidado.

Si bien las situaciones estresantes se presentan en la vida de todas las personas, las investigaciones han mostrado que la sintomatología es más elevada en las personas con pocos recursos económicos, quienes a su vez tendrían menos recursos sociales para enfrentar sucesos de vida estresantes (Valdez, Pérez, Lavoignet, Cruz, y Hernández, 2021). Asimismo, Segura (2015) plantea que las mujeres tienen una alta carga de estrés debido a la multiplicidad de roles que desempeñan dentro y fuera del ámbito laboral, en donde se incluye su rol de cuidadoras de niños, ancianos o personas enfermas.

La falta de una red familiar, de amigos o conocidos que ayuden a la persona ya sea de forma moral, emocional e instrumentalmente está asociado a una mayor presencia de síntomas físicos y psicológicos (López et al., 2009; Pérez et al., 2009). Por el contrario, el tener una adecuada red de soporte social permite mitigar y controlar las emociones a través del reparto social de las mismas con personas que nos son significativas (Mikulić, Čavar, Jurišić, Jelinčić, y Degmečić, 2023; Nava, 2016).

Este rol acaba transformándose en una carga diaria, que produce un agotamiento físico y psicológico importante para el cuidador; por lo tanto, en una lógica de cuidar al cuidador, si entendemos y atendemos el porqué de ciertas de sus conductas, podremos contribuir a mejorar su sensación de bienestar y calidad de vida, lo que permitirá una mejor atención de su parte hacia los jóvenes con problemas de adicción.

Uno de los resultados más consistentes en el rol de los cuidadores primarios, de personas que atienden a personas con problemas de adicción, refieren a la manifestación de conflictos familiares que conllevan un fuerte impacto emocional en los cuidadores (Secretaría de Salud, 2023).

El tener un familiar que presente una problemática como las adicciones, es en sí un suceso vital, que tiene como característica el ser indeseable, ser impredecible y en cierta medida, incontrolable, por lo cual es necesario realizar investigación para evaluar el impacto psicológico del rol de cuidador primario de jóvenes con adicciones, sobre todo debido a los pocos estudios en nuestro contexto respecto a este fenómeno.

Por todo lo anterior, el presente estudio se propone analizar el impacto emocional en los cuidadores de jóvenes que asisten a un centro de atención para adicciones, específicamente en las variables de depresión, ansiedad y estrés.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuyo diseño es cuantitativo, de alcance correlacional.

Participantes

La muestra consistió en 20 cuidadores primarios de jóvenes que asisten al Centro de Atención Primaria en Adicciones del gobierno estatal del Estado de Nuevo León, México. Como criterios de inclusión se solicitó ser cuidadora-or informal principal, tener mínimo 3 meses cuidando al joven, no recibir ningún tipo de remuneración económica por cuidarlo. La edad promedio es de 52.00 (intervalo 28-79), la mayoría de ellas amas de casa (45%) y empleados (20%). El 45% se encontraba en una relación de pareja, siendo un 35% solteros y/o divorciados. El 80% de ellos mujeres y el 20% hombres. Un 10% cuenta con estudios de primaria, un 25% secundaria, 35% preparatoria y 30% estudios de carrera. En nivel socioeconómico el 80% se consideraba que tenía un ingreso suficiente. El 55% eran madres de los usuarios, el 10% los padres, y el porcentaje restante otros familiares y/o personas cercanas.

Reportaron que los jóvenes con adicciones a los que acompañaban tenían en promedio 3 años viviendo esa situación. Mientras que ellos tenían 1 año y 9 meses de estar apoyando al joven con su problemática.

Instrumentos

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 (DASS 21, Lovibond y Lovibond, 1995). Se trata de un cuestionario que permite la evaluación de la presencia e intensidad de estados afectivos en tres dimensiones: depresión, ansiedad y estrés. Los ítems se responden con base a la presencia e intensidad de cada síntoma que percibe la persona en la última semana, teniendo opciones de respuesta que van en *escala tipo Likert* de 0 a 3 puntos. Cada dimensión consta de siete ítems, permitiendo el cálculo de un puntaje total con la suma de los ítems, variando el total en un rango entre 0 y 21 puntos. La escala presenta buenas propiedades psicométricas con índices de consistencia interna de 0.85 para la escala de depresión, en la de ansiedad de 0.72, y en la de estrés de 0.79 (Román et al., 2014).

Procedimiento

El estudio forma parte de un proyecto llevado a cabo en colaboración con la Secretaría de Salud y la Facultad de Psicología de la UANL, contando con la aprobación del Comité de Ética de la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León con folio de registro, HP-SSNL-22-005. El estudio se llevó a cabo con padres o madres acompañantes de jóvenes que asisten a los Centros de Atención Primaria en Adicciones, mismos que se especializan en la atención de jóvenes con adicciones. Los acompañantes identificados como cuidadores primarios de estos jóvenes con adicciones fueron abordados en la sala de espera del CAPA que visitaban, se les explicó la importancia de conocer cómo impacta emocionalmente a los cuidadores primarios,

el hecho de tener un hijo con problema de adicciones y se les invitó a participar en el estudio, con el objetivo de conocer justamente dicho impacto.

Una vez que la persona aceptaba participar en el estudio, se le leía el consentimiento informado, explicando nuevamente los alcances del estudio, la voluntariedad de su participación, garantizando a su vez el anonimato y el resguardo de los datos que se generan, entre otros aspectos éticos. Asegurando la comprensión de dicha información se le solicitaba su firma de consentimiento y se procedía al llenado de los cuestionarios, siempre acompañado por personal de psicología quien le leía detenidamente las preguntas y opciones. Todo el levantamiento de datos fue realizado en espacios destinados para ello por el personal de la Jurisdicción Sanitaria a que correspondía el CAPA.

Análisis

Con el objetivo de caracterizar a la población estudiada, se estimaron medidas de tendencia central, reportando los porcentajes de las variables de interés. En cuanto a las tendencias de los puntajes de los sujetos en las tres subescalas del *DASS-21* (depresión, ansiedad y estrés) se el cómputo de los valores y la clasificación de puntajes de los mismos en los niveles propuestos por los autores.

Posteriormente se realizó el análisis de correlación con el objetivo de conocer la manera en la que las variables de depresión, ansiedad y estrés interactúan entre ellas mismas y con el tiempo que tiene el joven al que cuidan con el problema de adicción, así como con el tiempo que tienen ellos de brindar el apoyo. Todos los valores de significancia fueron establecidos en nivel de 0.05.

RESULTADOS

El 55% reportan que han mejorado, mientras que el 15% consideran que siguen batallando. Un 5% no ha notado mejoría y un 10% muestra esperanza en que mejoraran. El 45% considera que su situación emocional no influye en el joven al cual brinda cuidado, mientras que el 55% si considera que influye.

El tener a su cuidado a un joven con adicciones les afecta principalmente el ver cómo se ve afectado por su problema (20%), seguido por problemas de conducta del joven (15%), la posibilidad de recaer (10%), inconvenientes familiares (10%) y desgaste físico y mental (10%) y otros.

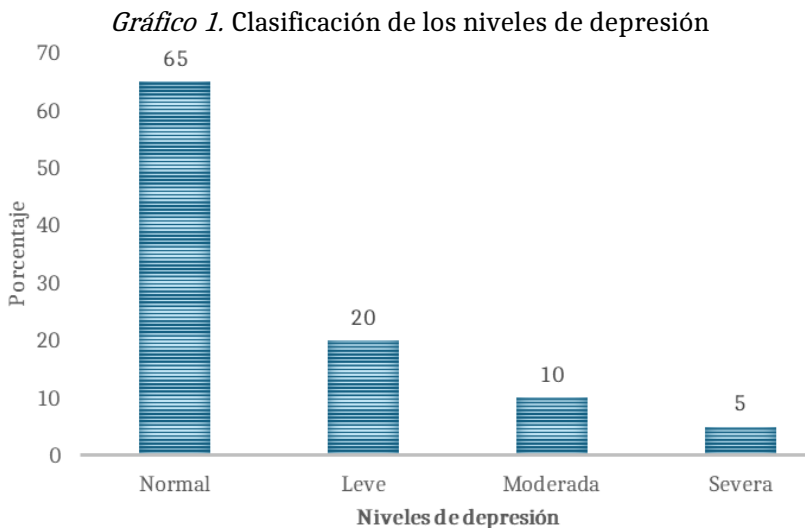
Por contraparte, lo que sienten que más les ha ayudado en la situación que viven en torno al joven adicto, es el apoyo social y familiar (20%), observar los cambios positivos (10%), el amor que sienten por él/ella (10%), pasar más tiempo con el/ella (10%), entre otros.

Los cuidadores reportan en un 55% sentirse satisfechos con su vida actual. El 20% muy satisfechos, el 10% regular satisfechos y solo el 10% se sienten poco o nada satisfechos.

De lo aprendido de la experiencia en el cuidado del joven con adicciones, el 15% señala el desarrollo de capacidad de hacer frente a la situación, el 10% señala el mejorar en cómo criar a los hijos, un 10% señala que ha aprendido a poner límites, ya en menor porcentaje reportan aprender a tener paciencia y comprensión (5%), y otro 5% el cómo poder ayudar y mejorar la comunicación con otro 5%.

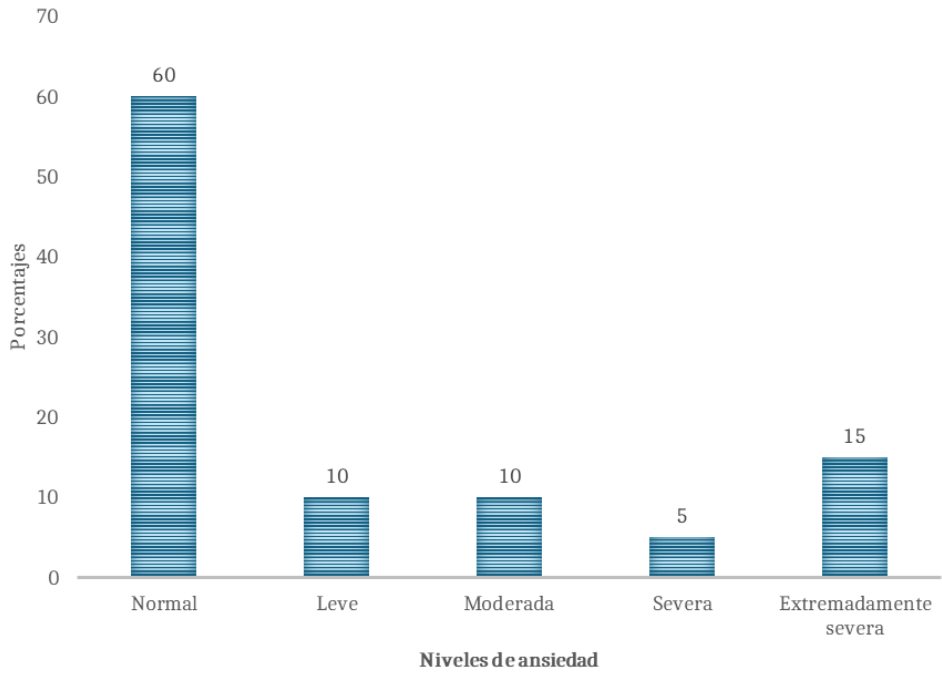
Lo que reportan que más se les ha dificultado en torno a esto que viven con el joven, destaca el lidiar con sus ausencias (10%), sus problemas de conducta (10%), la negación de que tenía un problema (5%), que tenga recaídas (5%), dificultades económicas (5%), entre otras.

En cuanto a la variable de depresión, el Gráfico 1 nos muestra que el 35% de los participantes muestran algún grado de depresión. Debemos señalar que, en el caso de depresión, no se registraron casos de participantes con depresión extremadamente severa.



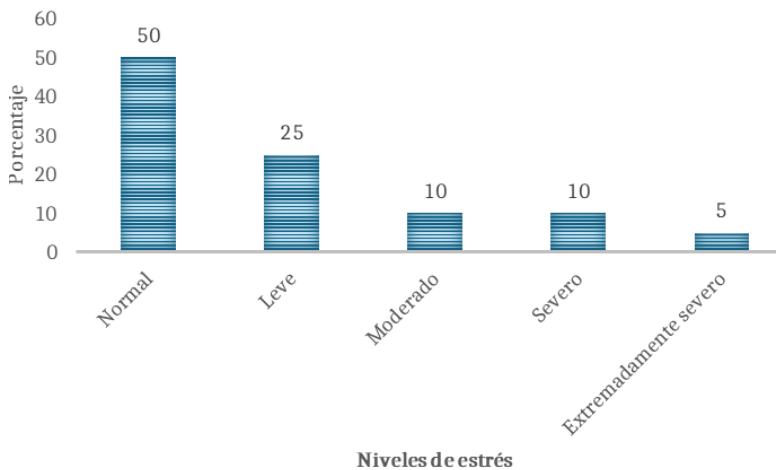
En cuanto a la ansiedad, esta se puede observar presente en el 40% de los participantes, siendo un 15% el que presenta niveles de ansiedad extremadamente severa y un 5% con ansiedad severa.

Gráfico 2. Clasificación de los niveles de ansiedad



En cuanto a la variable de estrés, esta se encuentra presente en el 50% de los participantes, siendo un 15% los que presentan niveles entre severos y extremadamente severos (Gráfico 3).

Gráfico 3. Clasificación de los niveles de estrés



El análisis de la relación entre las variables nos muestra que el estrés se relaciona de manera significativa y positiva con las variables de ansiedad, depresión; mientras que correlaciona de manera negativa con las variables de tiempo con la adicción del joven al que brinda cuidados primarios. Además, se observa una correlación positiva de la ansiedad con la depresión (Tabla 1).

Tabla 1. Correlación entre las variables

	Depresión	Ansiedad	Estrés	Tiempo
Depresión	1			
Ansiedad	0.442*	1		
Estrés	.619**	.564**	1	
Tiempo	-.356	-.225	-.500*	1

Nota: Tiempo adicción en semanas del joven al que se le proporciona cuidado. Tiempo apoyo refiere al tiempo en semanas que el cuidador reporta dar cuidado al joven con problema de adicciones

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El objetivo de nuestro estudio fue analizar el impacto emocional en los cuidadores de jóvenes que asisten a un centro de atención para adicciones, específicamente depresión, ansiedad y estrés. En ese sentido encontramos que el 35% de los participantes muestra algún grado de depresión. En cuanto a la ansiedad esta se presenta en el 40% de los participantes. Por último, el estrés se encuentra presente en el 50% de los participantes. Podemos observar que el estrés es la sintomatología más presente, seguida de la ansiedad y por último, pero no menos importante la depresión, todas ellas con porcentajes altos de presencia en la muestra. Nuestro estudio coincide con los hallazgos reportados por Roca (2022), quien reportó encontrar niveles moderados de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de jóvenes con adicciones a drogas.

En cuanto a la correlación entre ellas, vemos que la depresión se correlaciona significativamente con el estrés, pero no así con la ansiedad. Por su parte el estrés se correlaciona significativamente con la ansiedad. Consideramos que estos datos muestran el alto impacto emocional que conlleva el desempeñar el rol de cuidador primario de una persona con uso de sustancias, aspecto que, aunque señalado en la literatura, muchas veces los cuidadores no acuden a servicios de salud mental (López, 2023).

Al respecto también tendríamos que considerar que los jóvenes con adicciones a los que acompañaban tenían en promedio 3 años y medio viviendo esa situación. Mientras que los cuidadores tenían en promedio 1 año y 9 meses de estar apoyando al joven con su problemática, este tiempo es menor a lo observado en un estudio en peruanos sobre cuidadores primarios de jóvenes adictos a drogas, en donde Roca

(2022). Consideramos que sobrellevar esa situación durante todo ese tiempo y ver que los avances son graduales, a veces con recaídas, provoca que los estados emocionales sean intensos e intermitentes pudiendo pasar del ánimo al desánimo y viceversa, siendo una constante la incertidumbre de la evolución de la problemática.

Por otra parte, se realizaron análisis de contraste de las emociones con el sexo biológico reportado por los participantes, no resultando significativo ninguno de ellos, lo cual nos habla que el impacto emocional es generalizado, independientemente del sexo. Si bien en nuestra muestra hay un bajo porcentaje de hombres, podemos considerar que, en los estudios sobre cuidadores primarios, existe una clara tendencia a asumir ese rol por parte de las mujeres (Carreño-Moreno, Pacheco-López, y Arias-Rojas, 2024), coincidiendo con nuestros datos.

Otro factor que puede estar asociados al alto impacto emocional que se observa en los cuidadores puede deberse al estigma social de tener un familiar señalado como drogadicto (Richert, Johnson, y Svensson, 2018; Tambling, Russell, y D'Aniello, 2021). Tomando en cuenta que la mayoría de los participantes fueron madres de las personas que asistían al centro de atención, y otro porcentaje relevante eran padres, podemos considerar que los señalamientos de sus endogrupos pueden jugar un papel negativo al sentirse juzgados por los mismos. De hecho, hay estudios que han encontrado que el estigma hacia la familia es más fuerte que el estigma hacia el usuario (Pérez, 2018). Con argumentos como “no pudieron educarlo, no le pusieron atención”, aunado a un probable sentimiento de que se lucha solo con esa situación, lo cual se incrementa al paso de tiempo. Lo cual puede desencadenar sentimientos de culpa por sentirse responsable de la situación de tener un hijo o un familiar con adicciones, complejizando tanto el estigma como la culpa, el proceso emocional. Consideramos que sería pertinente ahondar en el estudio del estigma y la culpa en este tipo de cuidadores.

A la par de lo señalado en el párrafo anterior, podemos indicar que es necesario para seguir trabajando el tema de los cuidadores primarios, incluir variables como fortaleza de carácter, resiliencia, el apoyo familiar, así como la relación y diferencias por el nivel socioeconómico de los participantes. En nuestro estudio en la muestra estuvo constituida por un nivel socioeconómico bajo y medio, por lo cual es necesario ampliarlo a otros niveles económicos.

Quisiéramos puntualizar la necesidad de apoyar a los cuidadores primarios en situaciones como las vistas en este trabajo. Sobre todo, porque no hay quien los apoye de manera institucional con programas específicos para ellos, como por ejemplo en los alcohólicos anónimos y el programa dedicado a ellos de Al-Anon (2024). Es por ello por lo que es necesario que todos los programas que atienden a personas con problemas de adicción, a la par, diseñen e implementen programas de apoyo a los cuidadores primarios. El fortalecer a quien cuida a una persona con problemas de

adicción, puede ser un factor determinante, en la adhesión al tratamiento, como ha sido señalado en otros estudios (Ubalde, 2023).

REFERENCIAS

- Al-Anon México (2024). *Bienvenido al sitio de Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon A.C.* Recuperado de: <https://alanon.mx/>
- Carrara, B.S., Fernandes, R.H.H., Bobbili, S.J., y Ventura, C.A.A. (2021). Health care providers and people with mental illness: An integrative review on anti-stigma interventions. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 840-853. doi: 10.1177/0020764020985891
- Carreño-Moreno, S., Pacheco-López, M., y Arias-Rojas, M. (2024). Role adoption, anxiety, depression and loneliness in family caregivers of patients with chronic diseases. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, e4140. doi: 10.1590/1518-8345.6926.4140
- Hurtado, J.C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(1). doi: 10.48102/pi.v29i1.339
- Infantes, L.E., Jorge, S.E., y Tenorio, L.K. (2015). *Caracterización del cuidador familiar de la persona consumidora de drogas, en una comunidad terapéutica de Lima* (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/225>
- Knaak, S., Mantler, E., y Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116. doi: 10.1177/0840470416679413
- López, M., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso, F.J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
- López, M.J. (2023). *Funcionamiento familiar y conocimiento de las adicciones en familiares de personas que consumen sustancias psicoactivas* (Tesis doctoral). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Recuperado de: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/19741/1/13%20TMPAICA%28019%29.pdf>
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Mikulić, M., Čavar, I., Jurišić, D., Jelinčić, I., y Degmečić, D. (2023). Burden and Psychological Distress in Caregivers of Persons with Addictions. *Challenges*, 14(2), 24. doi: 10.3390/challe14020024
- Nava, B. (2016). *Convivencia con un drogodependiente: consecuencias psicológicas, satisfacción con la familia, niveles de sobrecarga y esfuerzo en el familiar cuidador* (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla, España. Recuperado de: <https://idus.us.es/bitstream/handle/>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2022). *Informe Mundial sobre las drogas 2022. 2 Panorama mundial de la demanda y la oferta de drogas.* Recuperado de: <https://www.unodc.org/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/>

Ortiz, A., Fabelo, J.R., y Iglesias, S. (2016). Sobrecarga en cuidadores primarios de adictos en recuperación. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(2).

Pérez, A., García, L., Rodríguez, E., Losada, A., Porras, N., y Gómez, M.A. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria*, 41(11), 621-628. doi: 10.1016/j.aprim.2009.03.005

Pérez, L.R. (2018). Estigma, símbolos corporales y discriminación de personas consumidoras y sus familiares. *Cultura y Droga*, 23(25), 57-84. doi: 10.17151/culdr.2018.23.25.5

Rangel-Domínguez, N.S. (2014). *Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios. Cuidarnos para cuidar mejor*. Hospital General "Manuel Gea González". Recuperado de: <https://cuidadospaliativos.org/>

Richert, T., Johnson, B., y Svensson, B. (2018). Being a parent to an adult child with drug problems: Negative impacts on life situation, health, and emotions. *Journal of Family Issues*, 39(8), 2311-2335. doi: 10.1177/0192513X177486

Rivas, J. y Ostiguín, R.M. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*, 8(1), 49-54. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>

Roca, A.J. (2022). *Nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en una institución psiquiátrica durante la pandemia de Covid-19 en Lima-Perú* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/>

Ruiz, A.E. y Nava, M.G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/>

Secretaría de Salud (2023). *35.6 millones de personas en México han recibido servicios de prevención y atención en adicciones*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/>

Segura, R.M. (2015). El efecto de los factores estresantes en las mujeres. *Alternativas en Psicología*, 18, 35-47.

Tambling, R.R., Russell, B., y D'Aniello, C. (2021). Where is the family in young adult substance use treatment? The case for systemic family therapy for young adults with substance use disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12. doi: 10.1007/s11469-020-00471-1

Ubalde, A.V. (2023). *Rol del Cuidador Familiar y la Adherencia al Tratamiento de Paciente del Servicio de Adicciones de un Centro de Salud Mental Comunitario, Lima, 2023* (Tesis de especialidad). Lima, Perú. Recuperado de: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/>

United Nations (2020). *World Drug Report 2020. (United Nations Publication, Sales No. E.20.XI.6)*. Recuperado de: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

Valdez, Z., Pérez, Y., Lavoignet, B., Cruz, F., y Hernández, C. (2021). Acontecimientos vitales estresantes en mujeres trabajadoras de un mercado del estado de Veracruz, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 11(1), e-6536. doi: 10.18041/2322-634X/rcso.1.2021.6536

