

Influencia de variables cognitivas y formativas sobre el bienestar sexual, emocional y conductas saludables en adultos jóvenes universitarios, mediada por factores identitarios.

Carmen Leonor García Rodríguez

Mariajose Carrillo Wilches

Dairo Ruiz Romero

Mario Antonio Tatis

Fundación Universitaria Unisanitas

John Alexander Castro Muñoz

Mayo 2026

## Salud mental, psicoterapia y neurociencias

Psicología de la salud, clínica y psicoterapia

### Resumen

**Introducción:** La salud sexual, emocional y física constituyen dimensiones interrelacionadas del bienestar. No obstante, el análisis ha prestado poca atención al papel conjunto de la metacognición, el pensamiento crítico y el conocimiento sobre el cuidado de la salud. La evidencia sugiere que estas variables podrían relacionarse con la aceptación de la identidad sexual y los estereotipos de género, favoreciendo el bienestar. Este estudio examinó si dichas variables cognitivas se relacionan con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción y el cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional, considerando los factores identitarios como mediadores. Participaron 314 adultos jóvenes universitarios de Bogotá, entre 18 y 30 años ( $M = 24,37$ ;  $DE = 3,60$ ).

Se realizó un estudio cuantitativo y transversal. La metacognición se evaluó con el MAI; el pensamiento crítico con el Inventario de Disposición hacia el Pensamiento Crítico; el conocimiento sobre el cuidado de la salud con el SAHLSA-50; las construcciones de género con el IMAFE; la identidad con la orientación sexual mediante la Escala de Identidad con la Orientación Sexual; y el cuidado emocional, la satisfacción sexual y los inmunógenos comportamentales mediante instrumentos validados. Los datos se analizaron mediante ecuaciones estructurales con Mínimos Cuadrados Parciales (PLS-SEM), utilizando SmartPLS 4 y bootstrapping de 5.000 iteraciones.

El modelo presentó un ajuste adecuado ( $SRMR = 0,102$ ). Los instrumentos mostraron consistencia interna aceptable, excepto el pensamiento crítico, cuya validez convergente quedó representada por la dimensión de juicio. El conocimiento sobre el cuidado de la salud predijo la aceptación de la identidad con la orientación sexual ( $\beta = 0,717$ ;  $T = 13,75$ ), la

masculinidad ( $\beta = 0,869$ ;  $T = 6,13$ ), la feminidad ( $\beta = 0,554$ ;  $T = 3,07$ ), la reevaluación cognitiva ( $\beta = 0,527$ ;  $T = 6,33$ ) y la supresión emocional ( $\beta = 0,582$ ;  $T = 6,99$ ). El pensamiento crítico se relacionó con la masculinidad ( $T = 3,99$ ), la feminidad ( $T = 3,50$ ), la aceptación de la identidad con la orientación sexual ( $T = 3,94$ ), la reevaluación cognitiva ( $T = 2,60$ ) y la supresión emocional ( $T = 2,34$ ). La aceptación de la identidad con la orientación sexual se relacionó con la reevaluación cognitiva ( $T = 4,38$ ) y la supresión emocional ( $T = 4,78$ ), mientras que la masculinidad se relacionó únicamente con la supresión emocional ( $T = 2,22$ ). No se observaron relaciones significativas con los inmunógenos comportamentales. El  $R^2$  de la aceptación de la identidad con la orientación sexual fue de 0,608.

Los resultados respaldan el papel mediador de la aceptación de la identidad con la orientación sexual en la relación entre el conocimiento sobre el cuidado de la salud, el pensamiento crítico y el cuidado emocional. La masculinidad medió la supresión emocional. Las variables cognitivas no influyeron directamente sobre los inmunógenos comportamentales, lo que indica que el componente cognitivo es necesario, pero insuficiente, para promover conductas saludables. Estos hallazgos aportan evidencia para el diseño de políticas de salud e intervenciones psicoeducativas diversidad identitaria, orientadas al fortalecimiento de los procesos cognitivos, la aceptación identitaria y la incorporación de componentes motivacionales y de planificación de la acción.

Mental Health, Psychotherapy, and Neuroscience

Health Psychology, Clinical Psychology, and Psychotherapy

## **Abstract**

**Introduction:** Sexual, emotional, and physical health are interrelated dimensions of well-being. However, research has paid limited attention to the combined role of

metacognition, critical thinking, and health care knowledge. Evidence suggests that these variables may be associated with sexual identity acceptance and gender stereotypes, thereby promoting well-being. This study examined whether these cognitive variables are related to behavioral immunogens, sexual health satisfaction and care, and emotional care, considering identity-related factors as mediators. A total of 314 young university adults from Bogotá, aged between 18 and 30 years ( $M = 24.37$ ;  $SD = 3.60$ ), participated in the study.

A quantitative, cross-sectional study was conducted. Metacognition was assessed using the Metacognitive Awareness Inventory (MAI); critical thinking through the Critical Thinking Disposition Inventory; health care knowledge through the SAHLSA-50; gender-related constructs through the IMAFE; sexual orientation identity through the Sexual Orientation Identity Scale; and emotional care, sexual satisfaction, and behavioral immunogens through validated instruments. Data were analyzed using Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) with SmartPLS 4 and bootstrapping procedures of 5,000 iterations.

The model demonstrated an adequate fit ( $SRMR = 0.102$ ). The instruments showed acceptable internal consistency, except for critical thinking, whose convergent validity was primarily represented by the judgment dimension. Health care knowledge predicted acceptance of sexual orientation identity ( $\beta = 0.717$ ;  $T = 13.75$ ), masculinity ( $\beta = 0.869$ ;  $T = 6.13$ ), femininity ( $\beta = 0.554$ ;  $T = 3.07$ ), cognitive reappraisal ( $\beta = 0.527$ ;  $T = 6.33$ ), and emotional suppression ( $\beta = 0.582$ ;  $T = 6.99$ ). Critical thinking was associated with masculinity ( $T = 3.99$ ), femininity ( $T = 3.50$ ), acceptance of sexual orientation identity ( $T = 3.94$ ), cognitive reappraisal ( $T = 2.60$ ), and emotional suppression ( $T = 2.34$ ). Acceptance of sexual orientation identity was positively associated with cognitive reappraisal ( $T = 4.38$ ) and emotional suppression ( $T = 4.78$ ), whereas masculinity was associated only with emotional

suppression ( $T = 2.22$ ). No significant relationships were found with behavioral immunogens. The  $R^2$  value for acceptance of sexual orientation identity was 0.608.

The findings support the mediating role of acceptance of sexual orientation identity in the relationship between health care knowledge, critical thinking, and emotional care.

Masculinity specifically mediated emotional suppression. Cognitive variables did not directly influence behavioral immunogens, indicating that cognitive factors are necessary but insufficient to promote healthy behaviors. These findings provide evidence for the development of health policies and psychoeducational interventions sensitive to identity diversity, aimed at strengthening cognitive processes, fostering identity acceptance, and incorporating motivational and action-planning components.

## Tabla de contenido

Introducción.....	9
Justificación.....	12
Planteamiento del problema.....	18
Limitaciones de los modelos contemporáneos de la conducta saludable.....	21
Metacognición.....	22
Pensamiento crítico.....	39
Acceso a la información y nivel de conocimiento en salud.....	38
Estereotipos e identidad de género.....	44
Orientación sexual.....	50
Identidad con la orientación sexual.....	56
Inmunógenos comportamentales.....	58
Satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual.....	65
Cuidado emocional.....	71
Conclusión de las variables.....	77
Pregunta de investigación.....	81
Objetivos.....	81
Hipótesis.....	82
Método.....	84
Diseño.....	84
Participantes.....	85
Muestreo.....	86
Tamaño de la muestra.....	87
Procedimiento de recolección de datos.....	88
Plan de análisis.....	91
Instrumentos.....	91
Control de sesgos.....	98
Consideraciones éticas.....	99

Impacto ambiental.....	101
Resultados.....	101
Índices de ajuste global del modelo .....	102
Validez del modelo externo.....	105
Análisis del modelo interno o de relaciones .....	108
Validez discriminante mediante cargas cruzadas.....	109
Coeficiente de determinación ( $R^2$ ) de las variables endógenas.....	117
Relaciones de influencia mediadas por los factores identitarios.....	118
Análisis descriptivos.....	119
Análisis inferenciales.....	120
Análisis del modelo externo .....	120
Análisis del modelo interno.....	121
Pruebas de hipótesis.....	121
Discusión.....	123
Conclusión.....	130
Vacíos y limitaciones.....	132
Referencias.....	136
Anexos.....	155

## Índice de tablas

Tabla 1. Resultados de la validez convergente.....	105
Tabla 2. Cálculo del índice de varianza inflada (VIF) para las relaciones propuestas en el modelo .....	111
Tabla 3. Coeficientes de ruta del modelo de contrastación hipótesis.....	112

## Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de relaciones esperadas del componente cuantitativo.....	85
Figura 2. Analisis del modelo interno o de relaciones.....	108
Figura 2. Modelo final de relaciones de influencia estadísticamente significativas.....	122

## Introducción

En el ámbito de la psicología clínica y de la salud, el desarrollo de habilidades cognitivas como la metacognición y el pensamiento crítico se ha identificado como fundamental para el bienestar psicológico y la toma de decisiones informadas. Estas competencias permiten a los individuos evaluar y regular sus propios procesos de pensamiento, facilitando una mayor empatía y bienestar psicológico (Steinert et al., 2022). Además, el pensamiento crítico, al ser una competencia enseñable, contribuye significativamente a la capacidad de las personas para procesar información de manera efectiva y evitar la manipulación o desinformación, lo cual es esencial para la toma de decisiones informadas tanto a nivel individual como societal (Steinert et al., 2022).

Los inmunógenos comportamentales, entendidos como conductas que fortalecen el sistema inmunológico y promueven la salud, han cobrado relevancia en la promoción del bienestar integral. Estos comportamientos incluyen prácticas como el ejercicio regular, una alimentación equilibrada y el mantenimiento de relaciones sociales saludables, los cuales no solo benefician la salud física, sino que también tienen un impacto positivo en la salud mental y emocional (Stenlund et al., 2024). La adopción de estos comportamientos saludables se asocia con una mayor satisfacción sexual a largo plazo, destacando la interconexión entre los hábitos de vida saludables y el bienestar sexual (Stenlund et al., 2024).

La satisfacción sexual y el cuidado de la salud sexual son componentes esenciales del bienestar general. La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no simplemente la ausencia de enfermedad o disfunción (Organización Mundial de la Salud, 2006). Estudios recientes han demostrado que una mayor satisfacción sexual se correlaciona positivamente con la salud mental y emocional, así como con la calidad de las relaciones

interpersonales (Sánchez-Fuentes et al., 2021). Además, la educación sexual y el acceso a información precisa y confiable son fundamentales para empoderar a las personas en el cuidado de su salud sexual, promoviendo prácticas seguras y satisfactorias (BMC Women's Health, 2023).

El cuidado emocional se ha ubicado como un componente fundamental en la promoción del bienestar psicológico y físico, especialmente en el campo de la psicología clínica y de la salud. Este concepto abarca una serie de prácticas y habilidades que permiten a las personas reconocer, comprender y regular sus emociones de manera adaptativa, influyendo directamente en su calidad de vida. A lo largo del tiempo, diversas aproximaciones terapéuticas, como la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso, y la Terapia Centrada en la Compasión, han demostrado ser efectivas en la mejora de la regulación emocional y la resiliencia psicológica, integrando elementos como la atención plena, la autocompasión y el desarrollo de fortalezas personales.

En este contexto, la presente investigación parte de un problema central que implica la comprensión profunda de las variables que predicen, median o determinan el nivel de cuidado emocional, especialmente en adultos jóvenes con un criterio de inclusión que sean estudiantes universitarios. En esta investigación se propone explorar cómo diversas competencias psicológicas y factores contextuales se relacionan con variables clave del bienestar integral. Específicamente, se plantea que la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a la información y al conocimiento en salud, se asocian de manera significativa y positiva con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y el cuidado de la salud sexual, así como con el cuidado emocional. A su vez, se considera que estas relaciones podrían estar mediadas por aspectos identitarios, como los estereotipos de género y la orientación sexual. En este sentido, se explora si dichas variables de mediación pueden influir en la forma en que

los individuos gestionan su bienestar físico, emocional y sexual, modulando el impacto de sus recursos cognitivos y personales sobre prácticas saludables y de autocuidado. Por ello, se presenta una fundamentación teórica y empírica detallada que busca sustentar las hipótesis planteadas, a través de una revisión crítica de los hallazgos más relevantes sobre las variables del modelo propuesto.

Se presta especial atención a la orientación sexual desde una perspectiva identitaria, explorando su interacción con estereotipos e identidad de género, los cuales han sido identificados como parte de la revisión para la realización del presente estudio integrando variables predictivas como la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a la información, entendidas todas en su conjunto como habilidades y recursos que podrían influir en la manera en que las personas construyen su identidad, interpretan su entorno y enfrentan los prejuicios sociales, y en esa medida que podrían contribuir al autocuidado como en el caso de los inmunógenos comportamentales, la satisfacción incluida la esfera sexual y el cuidado emocional.

En este estudio se plantea modelo correlacional explicativo que integra variables cognitivas, personales y formativas como la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a la información o nivel de formación en salud como factores que podrían influir en la presencia de conductas protectoras y promotoras de bienestar, específicamente los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual, el cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional.

Este modelo considera, además, el papel mediador de la orientación sexual desde una perspectiva identitaria y los estereotipos e identidad de género, con el fin de comprender cómo estos aspectos modulan la relación entre las variables predictoras y los resultados en salud. La formulación de este modelo se sustenta en evidencia empírica y teórica que será

desarrollada en los apartados siguientes, lo cual permite abordar el fenómeno desde una perspectiva integral.

De acuerdo con lo anterior la investigación no solo busca comprender los mecanismos que deterioran o promueven la salud considerando su cuidado desde las dimensiones física, sexual y emocional, sino también establecer un marco explicativo que permita aportar al diseño posterior de intervenciones enfocadas en estas variables, con un sustento en evidencia científica.

Este análisis integrador permitirá avanzar en el conocimiento sobre cómo los procesos cognitivos, emocionales, identitarios y contextuales se entrelazan para influir en la salud psicológica, proponiendo así un modelo explicativo que fortalezca el abordaje clínico y preventivo desde una perspectiva multidimensional.

Esta investigación, de enfoque cuantitativo y diseño descriptivo-correlacional, basándose en un modelo explicativo, analizó la relación entre variables cognitivas y formativas (metacognición, pensamiento crítico y acceso a la información) y variables de salud y bienestar (inmunógenos comportamentales, satisfacción sexual, cuidado de la salud sexual y emocional), considerando como mediadores los estereotipos e identidad de género y la orientación sexual. El proceso incluyó una revisión teórica, aplicación de instrumentos validados, recolección de datos y análisis estadísticos, lo que permitió identificar asociaciones significativas y aportar evidencia empírica al campo de la psicología clínica y de la salud.

### **Justificación**

La presente investigación es socialmente relevante porque aborda factores cognitivos, personales y formativos como la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a

información en salud influyen en aspectos clave del bienestar sexual y emocional, tales como la satisfacción sexual, el cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional. Conocer estas relaciones, junto con el papel mediador de los estereotipos, la identidad de género y la orientación sexual, permite diseñar intervenciones más efectivas y adaptadas a la diversidad social, promoviendo así una salud sexual integral y reduciendo el impacto negativo de prejuicios y estigmas.

Para autores como Hernández y Carretón (2024) la desinformación y la propagación de interpretaciones erróneas a través de las redes sociales afectan la salud mental autodeclarada y pueden generar pánico público; las noticias falsas relacionadas con la salud resultan especialmente perjudiciales, ya que generan confusión, dificultan el pensamiento crítico y socavan la confianza del público en la comunidad científica, lo que pone en riesgo la salud pública, por esto es fundamental implementar estrategias que frenen la difusión y aceptación de este tipo de contenidos, al mismo tiempo que se refuerza el papel de los medios de comunicación en la difusión de información rigurosa, veraz y contrastada.

La sociedad se beneficiará de este conocimiento al disponer de herramientas para diseñar intervenciones psicoeducativas, terapéuticas y comunitarias más eficaces, centradas en la promoción de la salud desde una perspectiva inclusiva, crítica y preventiva. Por ejemplo, fomentar la metacognición y el pensamiento crítico ha demostrado mejorar la toma de decisiones, el afrontamiento al estrés y la autorregulación emocional (Wells, 2009; Halpern, 2014). Según Wells (2009), las dificultades en la autorregulación emocional aumentan la vulnerabilidad al malestar psicológico, interfieren en la toma de decisiones y debilitan los recursos de afrontamiento ante situaciones estresantes. Halpern (2014) refuerza esta perspectiva al señalar que la ausencia de pensamiento crítico y autorreflexión limita la

capacidad para adaptarse a entornos sociales complejos y manejar emociones de forma constructiva.

Así mismo el acceso adecuado a la información en salud se asocian con una mayor capacidad de resiliencia, bienestar emocional y adopción de conductas saludables (Park & Peterson, 2009; Nutbeam, 2008).

Además, comprender el impacto de los estereotipos de género y la orientación sexual como factores moduladores del bienestar permite visibilizar las desigualdades y vulnerabilidades que enfrentan poblaciones históricamente marginadas, como las personas LGBTIQ+; la evidencia muestra que el estigma social y la discriminación aumentan el riesgo de ansiedad, depresión y conductas de riesgo, afectando negativamente la salud pública (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2016). Sin embargo, estos efectos no se limitan a las minorías sexuales. Los estereotipos de género también influyen en las personas cisgénero, restringiendo la expresión emocional, el acceso al autocuidado y la posibilidad de relaciones sexuales y afectivas saludables. Tal como señalan Pachankis et al. (2015), los entornos que validan la diversidad y promueven el bienestar emocional benefician a todas las personas, no solo a quienes forman parte de grupos vulnerables. En esa misma línea, Neff y Germer (2013) evidencian que el cultivo de la autocompasión y el autocuidado emocional fortalece la salud mental general, lo que subraya la importancia de favorecer estos procesos en toda la población, más allá de su identidad u orientación.

Para Ramos (2006) en la mayoría de los países, la salud sexual y reproductiva ha cobrado relevancia dentro de las políticas y programas sanitarios, reflejando una preocupación institucional por el bienestar integral de las personas, al reconocer que la sexualidad y la reproducción son dimensiones fundamentales para la realización individual y con efectos significativos en el desarrollo social y económico; La satisfacción sexual se ha

vinculado positivamente con un mayor cuidado de la salud sexual y reproductiva, ya que promueve conductas preventivas como el uso del condón, la búsqueda de servicios de salud y la comunicación asertiva en las relaciones íntimas (Sánchez-Fuentes et al., 2021). Este bienestar sexual se relaciona, además, con una vivencia positiva del cuerpo, el placer y la toma de decisiones informadas, factores clave para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS). En Colombia, la prevalencia estimada para 2016 fue de 0,70 % para gonorrea en mujeres y 0,60 % en hombres, 9,2 % para clamidia en mujeres y 7,4 % en hombres, y 1,25 % para sífilis activa en ambos sexos, lo que evidencia una carga importante de ITS en la población general (Vallejo-Ortega et al., 2022). Según Goerg et al. (2013), la reducción de las ITS mediante estrategias integrales de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno contribuye no solo a mejorar la salud sexual y reproductiva, sino también al desarrollo económico y social, al disminuir costos en salud pública, mejorar la productividad laboral y favorecer el desarrollo humano sostenible. La capacidad o falta de ella para controlar la fecundidad, especialmente en las mujeres, impacta directamente en la salud y el bienestar, y su negación representa una vulneración de derechos humanos, además de implicar consecuencias para la estabilidad global, el equilibrio entre la población y los recursos naturales, y la relación entre los seres humanos y su entorno.

Debido a lo anterior, Montoya (2007) plantea que el cuidado del sí, en el área de la sexualidad requiere una base de idoneidad y competencia técnica, lo cual implica que el personal de salud debe incorporar los saberes teóricos y prácticos vinculados a la promoción de la salud sexual. Así estos autores afirman que el desconocimiento de los derechos sexuales tanto por parte de los profesionales como de las comunidades limita su ejercicio y obstaculiza el acceso a recursos educativos y asistenciales que podrían reducir las desigualdades. La ausencia de cuidado de la salud sexual implica escasa educación, bajo uso de métodos de protección y desinformación, lo que incrementa significativamente el riesgo de transmisión

de ITS. En Colombia, solo el 22 % de adolescentes usa condón de manera consistente, lo que coloca a gran parte de la población joven en situación de vulnerabilidad (Loaiza-Guevara et al., 2024). Esta falta de autocuidado contribuye a una alta prevalencia de ITS que, si no se tratan, generan consecuencias emocionales considerables, como ansiedad, depresión y baja autoestima, especialmente en mujeres con menor satisfacción sexual (Sánchez-Fuentes et al., 2021). Estudios muestran además que mujeres con baja satisfacción reportan mayores síntomas de ansiedad y depresión, y el uso prolongado de antidepresivos puede agravar la función sexual (Loaiza-Guevara et al., 2024; Sánchez-Fuentes et al., 2021). En contraste, promover el acceso a información confiable, educación sexual y pruebas de detección temprana permite prevenir ITS, reducir costos sanitarios, mejorar resultados reproductivos y favorecer el bienestar mental y la productividad social (Loaiza-Guevara et al., 2024; Ministerio de Salud Colombia, 2017-2021). En este contexto, la actitud del personal sanitario se convierte en una herramienta para difundir derechos sexuales y promover la salud mental, especialmente si se enfoca en construir relaciones basadas en la confianza mutua, facilitando así la identificación de conductas sexuales de riesgo y la transmisión de valores asociados a una sexualidad responsable desde una perspectiva de derechos.

No contar con este conocimiento implica mantener brechas de atención, prevención y promoción en salud mental, especialmente en poblaciones vulnerables. La falta de comprensión sobre estas variables puede perpetuar prácticas clínicas y sociales que invisibilizan problemáticas reales, refuerzan estereotipos, limitan el acceso equitativo a los servicios de salud y obstaculizan el desarrollo del potencial humano en todas sus dimensiones. La falta de hábitos inmunológicos como alimentación saludable, actividad física, descanso adecuado y vínculos sociales activos incrementa significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En Colombia, más del 76 % de las muertes prematuras se atribuyen a ECNT como enfermedades cardiovasculares,

diabetes y cáncer, las cuales están fuertemente vinculadas a factores de estilo de vida (OPS/OMS, 2023). Según el Ministerio de Salud, el incremento en la actividad física podría reducir un 30 % los casos de enfermedades cardiovasculares, un 27 % los de diabetes tipo 2 y un 25 % los de cáncer (Valderrama Vergara, 2023). Además, la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 muestra que, entre adultos de 18 a 44 años, el 36,7 % reportó al menos una enfermedad crónica: obesidad (10,5 %), hipertensión (5,9 %) y enfermedad gastrointestinal (4,3 %) y que la comorbilidad con trastornos mentales es significativamente mayor en quienes padecen estas condiciones (Revista Colombiana de Psiquiatría, 2016).

La ausencia del cuidado emocional, es decir, la falta de autorreflexión, autocompasión y regulación emocional tiene consecuencias directas sobre la salud mental y el bienestar general. En Colombia, los trastornos de ansiedad y depresivos representan una carga de enfermedad considerable: la prevalencia vital de cualquier trastorno en adultos de 18 a 44 años alcanzó el 10,1 % (IC 95 %: 8,8-11,5 %) y la prevalencia en los últimos 12 meses fue del 5,1 % (IC 95 %: 4,3-6,0 %) (Revista Colombiana de Psiquiatría, 2016). La comorbilidad entre estos trastornos es del 17,6 %, siendo mayor en mujeres (20,4 %) que en hombres (13,5 %). Asimismo, el Ministerio de Salud reporta un crecimiento sostenido de casos entre 2019 y 2023, alcanzando más de 1,18 millones de casos de depresión y 2,28 millones de ansiedad, con predominio en mujeres (72 % y 69 % respectivamente) (Ministerio de Salud, 2023). La falta de cuidado emocional también se asocia con mayor prevalencia de suicidio, pobre desempeño funcional, baja autoestima y exclusión social (Valderrama Vergara, 2023).

En síntesis, esta investigación responde a la necesidad de articular conocimientos científicos con intervenciones sensibles al contexto, la diversidad y los determinantes sociales de la salud, con el propósito de generar transformaciones significativas a nivel individual, relacional y comunitario.

## Planteamiento del problema

A partir de la revisión de literatura científica, se ha identificado que variables como la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a la información en salud tienen influencia positiva sobre aspectos fundamentales del bienestar psicológico. Sin embargo, persiste un vacío en torno a cómo se relacionan de manera conjunta y significativa con variables clave de salud mental como los hábitos de vida (inmunógenos comportamentales), la satisfacción y el cuidado de la salud sexual, y el cuidado emocional en población adulta joven, considerando como mediadores los estereotipos de género y la orientación sexual (identidad).

La evidencia actual señala que la metacognición facilita la comprensión interpersonal y favorece la regulación emocional y cognitiva, lo cual podría influir en la toma de decisiones saludables. Perikova y Starchenko (2019) hallaron que los programas centrados en el desarrollo intrapersonal fortalecen la metacognición mediante la autorreflexión y que está a su vez permite resolver problemas de forma estructurada (Arteaga-Checa et al., 2023). No obstante, no se ha explorado su impacto directo en los hábitos de vida saludables desde una perspectiva multidimensional. Esto plantea la pregunta sobre si su inclusión en modelos predictivos podría anticipar mejor el comportamiento en salud.

Respecto al pensamiento crítico, estudios recientes indican que este favorece la identificación de riesgos, la evaluación de información médica y la toma de decisiones autónomas (Facione, 2020; Barba et al., 2023). En el contexto de la salud sexual y emocional, su relevancia es clara, ya que permite cuestionar normas impuestas y construir visiones más saludables de sí mismo y del otro. Sin embargo, se desconoce cómo interactúa con otras variables cognitivas y sociales para influir en el cuidado emocional o la satisfacción sexual.

El acceso a la información en salud y el nivel de formación en salud representan factores clave en la adopción de conductas preventivas. Diversos estudios (Nutbeam, 2008;

Paasche-Orlow & Wolf, 2010) han resaltado que un mayor conocimiento en salud se asocia con mejores decisiones y mayor adherencia a comportamientos saludables. No obstante, la forma en que este conocimiento se integra con variables cognitivas y actitudinales para producir efectos en la salud emocional y sexual aún es poco clara.

En cuanto a las variables mediadoras, los estereotipos de género siguen siendo una barrera significativa en la construcción de la identidad personal y en el ejercicio de la autonomía sobre el cuerpo y las emociones. Se ha evidenciado que estos estereotipos limitan el acceso equitativo a la salud emocional y sexual (Connell, 2014; WHO, 2021). A pesar de los avances teóricos, no existen estudios que modelen su papel como variable mediadora entre factores psicológicos y los resultados en salud, lo que limita las intervenciones basadas en evidencia.

Por otra parte, la orientación sexual como identidad ha sido asociada con niveles más altos de riesgo psicosocial debido a experiencias de discriminación y exclusión. Investigaciones como las de Meyer (2003) y Salas-Blas (2022) muestran que las personas con orientaciones sexuales diversas enfrentan barreras estructurales y emocionales que afectan su bienestar general. Sin embargo, no se ha profundizado en cómo estas condiciones median las relaciones entre recursos personales y conductas de salud en población joven, particularmente en contextos latinoamericanos.

En conjunto, el problema radica en que, a pesar de la evidencia individual sobre la influencia de variables como la metacognición, el pensamiento crítico, no se cuenta con un modelo integrador que permita entender su relación conjunta y su impacto sobre la salud emocional y sexual, ni cómo los estereotipos de género y la orientación sexual condicionan esas relaciones. Esta ausencia de articulación entre procesos psicológicos, sociales y

culturales impide una comprensión holística del desarrollo humano integral en adultos jóvenes.

Este vacío de información es especialmente relevante dado que comprender estos vínculos permitiría diseñar intervenciones psicoeducativas y estrategias de salud pública más sensibles a las necesidades reales de la población. Además, existe viabilidad para la investigación, ya que las variables involucradas pueden ser evaluadas con instrumentos validados y existen antecedentes metodológicos para el análisis de modelos multivariados y de mediación.

Por lo anterior, el presente estudio busca contribuir al conocimiento integrador sobre los factores que inciden en la salud mental, emocional y sexual en adultos jóvenes, respondiendo a la pregunta: ¿Es significativa la relación de influencia de la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a la información en salud sobre los hábitos de vida, la satisfacción y cuidado de la salud sexual, y el cuidado emocional, considerando los estereotipos de género y la orientación sexual como variables mediadoras?

Sin esta investigación, no podríamos comprender de forma articulada cómo se relacionan los recursos psicológicos con los factores culturales para generar bienestar, lo que limita el diseño de intervenciones efectivas y contextualizadas.

A partir del problema de investigación, para comprender en detalle las bases conceptuales de estos componentes en este apartado, se presenta la fundamentación teórica y empírica que sustenta la investigación, para proporcionar evidencia reciente que permita respaldar las hipótesis planteadas. Para ello, se desarrolla una revisión detallada de los conceptos clave y de los hallazgos más relevantes en torno a las variables del modelo, estableciendo la relación predictiva, mediadora y de criterio entre ellas. La orientación sexual, desde una perspectiva identitaria, se examina en su interacción con factores como los

estereotipos y la identidad de género, señalados en la literatura como elementos moduladores del bienestar psicológico y de la salud conductual. Asimismo, se consideran las variables predictivas, que incluyen la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a la información, dado que estos factores cognitivos y emocionales pueden incidir en la construcción de identidad y en la manera en que las personas internalizan o desafían los estereotipos de género. Finalmente, se analizan los efectos sobre variables criterio, tales como los niveles de inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y el cuidado de la salud sexual, así como el cuidado emocional, con el fin de comprender los posibles mecanismos de influencia que derivan en la promoción o el deterioro del bienestar individual y social. Este análisis permitirá establecer un marco explicativo sólido que contribuya al conocimiento en el ámbito de la psicología clínica y de la salud.

### **Limitaciones de los modelos contemporáneos de conducta saludable**

Aunque modelos como el HAPA (Schwarzer, 2008), la alfabetización en salud de Nutbeam (2008) y el Modelo de Autorregulación de Leventhal han demostrado utilidad para explicar la adopción de conductas saludables, la mayoría asume que los individuos procesan la información sanitaria de forma relativamente homogénea. Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que la interpretación de los mensajes de salud está mediada por factores identitarios, culturales y sociales, entre ellos la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos de género internalizados (Gamarel et al., 2022; Mereish et al., 2023).

Desde la perspectiva de la Teoría del Estrés de las Minorías propuesta por Ilan H. Meyer, las personas pertenecientes a minorías sexuales enfrentan experiencias crónicas de estigmatización que modifican la percepción del riesgo, la búsqueda de ayuda y la utilización

de servicios sanitarios. Por tanto, la exposición a información de salud no garantiza su utilización efectiva si esta información no resulta congruente con la identidad, experiencias y contexto sociocultural del individuo.

Este vacío teórico justifica la necesidad de desarrollar modelos explicativos que integren simultáneamente variables cognitivas, emocionales e identitarias para comprender de forma más precisa los procesos de autocuidado emocional, sexual y conductual en adultos jóvenes.

### **Metacognición**

El término metacognición fue introducido por el psicólogo John H. Flavell en la década de 1979. Este concepto se refiere al conocimiento y la regulación de los propios procesos cognitivos, es decir, la capacidad de una persona para reflexionar sobre cómo aprende, controla y ajusta sus estrategias de pensamiento (Flavell, 1979). Sin embargo, la idea de reflexionar sobre el propio pensamiento tiene raíces más antiguas, con filósofos como Platón y Aristóteles (como se citó en Flavell, 1979), explorando conceptos relacionados con la autorreflexión y la conciencia de uno mismo. La idea de reflexionar sobre el propio pensamiento no es nueva. Desde la antigüedad, filósofos como Platón y Aristóteles ya discutían conceptos similares, como la autorreflexión y la conciencia de uno mismo.

En términos sencillos Platón menciona la importancia del conocimiento de uno mismo y de la introspección, mientras que Aristóteles explora cómo las personas pueden ser conscientes de sus propios procesos mentales. Flavell (1979) hace referencia a estas ideas filosóficas para mostrar que la metacognición tiene raíces profundas en la historia del pensamiento humano.

La introspección ha sido objeto de un extenso análisis por parte de los estudiosos de la mente, uno de los más precisos y claros en su enfoque fue Karl Jaspers (1913), este identificó tres niveles o dimensiones de la introspección: (1) la autoobservación, que implica la toma de conciencia sobre los propios procesos mentales; (2) el autoentendimiento, donde además de percibir estos procesos, se les otorga significado e interpretación, y (3) la automanifestación, que consiste en expresar estos contenidos, generalmente a través del lenguaje verbal o escrito (Díaz Gómez, 2022).

Más tarde, Jean Piaget (1950), con su teoría del desarrollo cognitivo, sentó las bases para comprender cómo los individuos desarrollan la capacidad de pensar sobre su propio pensamiento. En su teoría del desarrollo cognitivo, propuso que los niños atraviesan diferentes etapas de desarrollo mental, cada una con características específicas que influyen en cómo procesan la información y adquieren conocimiento. Piaget, en sus investigaciones, observó que el desarrollo ocurre en distintas etapas o fases, con base en esto, estableció una serie de cuatro etapas "epistemológicas", hoy en día conocidas como etapas cognitivas (sensoriomotor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales), que se presentan de manera bien definida en los seres humanos (Velásquez, 2014).

Uno de los aportes clave de Piaget a la comprensión de la metacognición es la idea de que, a medida que los niños avanzan en su desarrollo, comienzan a tomar conciencia de sus propios procesos de pensamiento. Especialmente en la etapa operacional formal (aproximadamente desde los 11 años en adelante), los individuos desarrollan la capacidad de pensar de manera abstracta y reflexionar sobre su propio razonamiento (Piaget, 1972).

Por ejemplo, en esta etapa, los adolescentes pueden cuestionar cómo llegaron a una conclusión o evaluar estrategias de aprendizaje, lo que es un aspecto fundamental de la metacognición. En este sentido, Piaget sentó las bases para entender cómo se desarrolla la

capacidad de pensar sobre el propio pensamiento, lo que posteriormente fue ampliado por investigadores como Flavell (1979).

La metacognición es un concepto fundamental en la psicología clínica y de la salud, ya que se refiere a la capacidad de las personas para reflexionar sobre sus propios procesos cognitivos y regularlos (Flavell, 1979). Esta habilidad permite evaluar, supervisar y controlar el pensamiento, influyendo directamente en el aprendizaje, la resolución de problemas y la toma de decisiones (Flavell & Miller, 1993). Se diferencia de la cognición, que abarca los procesos mentales implicados en la adquisición y procesamiento de información, como la percepción, la memoria y el razonamiento (Anderson, 2015).

Asimismo, la metacognición se distingue de la autorregulación, un proceso más amplio que, además de la metacognición, incluye aspectos como la motivación y el control del comportamiento (Zimmerman, 2002). Mientras que la metacognición se centra en el monitoreo y ajuste del pensamiento, la autorregulación abarca dimensiones emocionales y conductuales que influyen en el aprendizaje. Investigaciones recientes han explorado la relación entre la metacognición y funciones ejecutivas como la flexibilidad cognitiva y la inhibición de respuestas automáticas, destacando su papel en el aprendizaje adaptativo y en la toma de decisiones (Roebbers, 2017).

Por otro lado, estudios en neurociencia han evidenciado que la metacognición está vinculada a la actividad en la corteza prefrontal, lo que sugiere una base biológica para estos procesos (Fleming & Dolan, 2012). Además, Frith (2012) examinó el papel de la metacognición en las interacciones sociales humanas, argumentando que la capacidad de reflexionar sobre los propios pensamientos y los de los demás es esencial para la cooperación y la comunicación efectiva. A través de una revisión de estudios en neurociencia y psicología, el autor señala que la metacognición no solo facilita la autorregulación cognitiva, sino que

también permite inferir estados mentales ajenos, fortaleciendo así las dinámicas sociales. Asimismo, Frith destaca la relación entre la metacognición y la teoría de la mente, sugiriendo que los déficits en esta capacidad pueden estar asociados con trastornos como el autismo y la esquizofrenia. En este sentido, la metacognición emerge como un mecanismo clave para la regulación de la interacción social y el mantenimiento de la cohesión grupal.

Perikova y Starchenko (2019), exploraron la relación entre la inteligencia emocional y la conciencia metacognitiva en estudiantes universitarios, proporcionando una perspectiva actualizada sobre cómo estos constructos interactúan en el contexto educativo. El estudio destaca que la conciencia metacognitiva implica la capacidad de los individuos para supervisar y regular sus propios procesos cognitivos. Esta habilidad se divide en dos componentes principales: conocimiento metacognitivo se refiere al entendimiento que una persona tiene sobre sus propias capacidades cognitivas y las estrategias que puede emplear para optimizar su aprendizaje. La regulación metacognitiva involucra la planificación, supervisión y evaluación de las actividades cognitivas durante el proceso de aprendizaje. Estos componentes permiten a los estudiantes evaluar, supervisar y ajustar su pensamiento, lo que influye directamente en la forma en que aprenden, resuelven problemas y toman decisiones. La investigación de Perikova y Starchenko (2019) encontró una correlación positiva significativa entre las subescalas de inteligencia emocional ("Inteligencia Emocional Interpersonal", "Inteligencia Emocional Intrapersonal", "Comprensión Emocional") y la conciencia metacognitiva, sugiriendo que una mayor inteligencia emocional está asociada con una mayor conciencia y regulación de los propios procesos cognitivos. Además, el estudio resalta la importancia de la metacognición en el contexto educativo, ya que su desarrollo puede mejorar la capacidad de los estudiantes para autorregular su aprendizaje y adaptarse a diversas demandas académicas. Por lo tanto, incorporar estrategias que fomenten

la conciencia metacognitiva en los programas educativos podría conducir a mejoras significativas en el rendimiento académico y en el bienestar general de los estudiantes.

Un estudio realizado por Keestra (2017) analiza cómo la metacognición y la reflexión son esenciales para expertos que participan en colaboraciones interdisciplinarias, ofreciendo perspectivas desde la ciencia cognitiva y la filosofía, destaca que, si bien los expertos poseen conocimientos profundos en sus respectivas disciplinas, esta especialización puede llevar a sesgos cognitivos y rigidez en situaciones novedosas o fuera de su dominio de experiencia. Para mitigar estas desventajas, propone que los expertos empleen la metacognición para monitorear y regular sus propios procesos cognitivos y representaciones mentales. Esta práctica mejora la comprensión interdisciplinaria al permitir a los expertos ser más conscientes de sus propias limitaciones y predisposiciones, facilitando una integración más efectiva de perspectivas diversas. Finalmente, Keestra (2017) introduce el concepto de "Equilibrio Reflexivo" como un proceso adicional que, junto con la metacognición y la reflexión filosófica, permite a los expertos alcanzar una integración interdisciplinaria justificada y coherente. Este enfoque integral asegura que la colaboración entre disciplinas sea más efectiva y que las soluciones desarrolladas sean más completas y bien fundamentadas.

Arteaga-Checa et al. (2023) desarrollaron un programa de intervención para fortalecer la inteligencia intrapersonal en estudiantes universitarios, destacando su impacto en la autorregulación y el autoconocimiento. Se centra en el desarrollo de la inteligencia intrapersonal y la sabiduría en estudiantes universitarios, específicamente en las áreas de "Expresión y Comunicación Corporal" y "Expresión, Comunicación y Creación de manifestaciones motoras" en el grado de Educación Primaria. La inteligencia intrapersonal se refiere a la capacidad de una persona para comprenderse a sí misma, incluyendo sus

emociones, motivaciones y deseos. Este autoconocimiento es fundamental para la autorregulación y el bienestar emocional. El programa "Conócete a ti mismo" busca potenciar esta inteligencia mediante metodologías activas que promueven la reflexión y la conciencia personal. Se concluyó que los programas centrados en la inteligencia intrapersonal pueden complementar el desarrollo de la metacognición, ya que ambos procesos implican una profunda reflexión sobre uno mismo. Integrar estrategias que fomenten la inteligencia intrapersonal en contextos educativos podría enriquecer la capacidad de los estudiantes para autorregular su aprendizaje y adaptarse a diversas demandas académicas y personales Arteaga-Checa et al.,2023.

Para Pablo y Gana (2024) la metacognición se refiere a la habilidad de observar, evaluar y regular nuestros propios procesos cognitivos, como la percepción, la memoria y tiene relación con la toma de decisiones, la valoración que hacemos del mundo, las personas que nos rodean e incluso de nosotros mismos, estos procesos metacognitivos influyen en la regulación del comportamiento, las relaciones interpersonales y la salud mental en general, por lo tanto se considera que una mayor capacidad cognitiva, es decir, la habilidad de evaluar con mayor precisión nuestros pensamientos, nos permite reflexionar mejor sobre nuestras acciones y así ajustarlas de manera adecuada.

Sobre este constructo, se han desarrollado varios estudios para su comprensión, los cuales se presentan en detalle a continuación. El primero de ellos, afirma que este proceso desempeña un papel central en diversas áreas de la vida humana, influyendo en el aprendizaje, la resolución de problemas y la salud mental. De acuerdo con Tigero et al., (2024) este proceso se evidencia en el aprendizaje de los estudiantes con habilidades que les permiten planificar, supervisar y evaluar su proceso de aprendizaje, lo que les permite identificar estrategias efectivas y corregir errores. A esta conclusión llegaron estos autores, de

acuerdo con el estudio enfocado en diseñar estrategias metacognitivas para mejorar la comprensión lectora en estudiantes de educación básica. En este evaluaron los niveles de lectura inferencial, crítica y literal. Por otro lado, respecto a la resolución de problemas las personas con altos niveles de metacognición, al ser conscientes de sus propios procesos cognitivos, pueden abordar los problemas de manera más estructurada, evaluando diferentes enfoques y ajustando sus estrategias según sea necesario. De acuerdo con la revisión documental de García y García (2024), la metacognición permite a los individuos planificar eficientemente, seleccionar estrategias apropiadas y evaluar su progreso en la resolución de problemas; en su estudio estos autores analizaron el desarrollo del aprendizaje autónomo y la metacognición en estudiantes de bachillerato, destacando la importancia de estas habilidades en la vida diaria.

Un estudio de Campoverde y López (2024) evaluó el fortalecimiento del pensamiento crítico y las estrategias metacognitivas en estudiantes universitarios, encontrando mejoras significativas en las habilidades cognitivas y de autorregulación. La metacognición está vinculada a la autorregulación emocional. Una adecuada conciencia metacognitiva puede ayudar a las personas a manejar el estrés y la ansiedad, mientras que déficits en esta área se han asociado con trastornos como la depresión y la esquizofrenia.

En los últimos años, la investigación en metacognición ha avanzado significativamente, especialmente en el contexto de la psicología clínica y de la salud. Una revisión de la literatura destaca la fuerte relación entre el aprendizaje autónomo y la metacognición. El desarrollo de habilidades metacognitivas permite a los estudiantes ser más autónomos, planificar eficientemente su estudio, seleccionar estrategias apropiadas y evaluar su progreso. Se enfatiza en la necesidad de que los profesores creen un entorno educativo que promueva la reflexión y enseñen estrategias metacognitivas específicas. Al respecto, los

organizadores gráficos se han convertido en una herramienta valiosa para facilitar el desarrollo de la metacognición y el pensamiento crítico. Estos instrumentos pedagógicos permiten a los estudiantes visualizar y estructurar la información, promoviendo una mayor comprensión y autorregulación en el proceso de aprendizaje (López-Martínez, 2023).

Las estrategias metacognitivas son apropiadas para promover la comprensión lectora, una habilidad vital en el proceso de aprendizaje. Un estudio analizó el impacto de estas técnicas en estudiantes de educación básica, encontrando que la aplicación de estrategias metacognitivas mejora significativamente la comprensión lectora.

Estas investigaciones subrayan la relevancia de la metacognición en la comprensión y tratamiento de diversos aspectos del aprendizaje y la salud mental, así como en la promoción del bienestar general, por lo tanto, corresponde a una capacidad esencial que influye en múltiples aspectos de la vida humana. Un estudio desarrollado por Inchausti et al. (2017) describe como un enfoque terapéutico que combina el entrenamiento metacognitivo con habilidades sociales específicamente dirigido a pacientes con esquizofrenia puede ser fundamental para mejorar las habilidades sociales y la calidad de vida de los pacientes destacando la importancia de trabajar sobre la conciencia metacognitiva, ya que los pacientes con esquizofrenia suelen tener dificultades en la percepción de su propio estado mental, lo que puede afectar negativamente su interacción social y su funcionamiento en la vida diaria. El tratamiento MOSST (Metacognitive Social Skills Training) se centra en mejorar la autorregulación cognitiva de los pacientes, ayudándoles a identificar, reflexionar y modificar sus propios pensamientos y comportamientos durante las interacciones sociales.

El estudio propone una metodología estructurada para el entrenamiento, que incluye ejercicios prácticos, role-playing y técnicas de reflexión metacognitiva, y proporciona evidencia de que este enfoque mejora significativamente las habilidades sociales de los

pacientes, reduciendo el aislamiento social y mejorando la integración en su entorno. Este enfoque terapéutico resalta la aplicabilidad de la metacognición en el tratamiento de trastornos mentales graves, mostrando cómo la mejora de la conciencia y regulación cognitiva puede tener un impacto positivo en el bienestar social y emocional de los pacientes con esquizofrenia Inchausti et al., (2017).

Por otro lado, un estudio sobre la relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave analiza cómo la percepción metacognitiva del propio funcionamiento cognitivo y el autoestigma influyen en la experiencia de recuperación de personas con trastornos mentales graves, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, resalta que la metacognición, entendida como la capacidad de reflexionar y evaluar los propios procesos cognitivos, desempeñan un papel fundamental en la manera en que los pacientes perciben su enfermedad, sus capacidades cognitivas y su proceso de recuperación. Garay Arostegui, Pousa Rodríguez y Pérez Cabeza (2014). Las personas con enfermedades mentales graves que tienen una percepción metacognitiva positiva y realista de su funcionamiento cognitivo tienden a tener una experiencia de recuperación más satisfactoria, ya que son más capaces de autorregularse, reconocer sus limitaciones y adaptarse a los desafíos de la enfermedad.

Un estudio realizado por Castro, Hernández-Pozo y Barahona Torres (2021) investigaron la relación entre metacognición, autodeterminación, impulsividad e inteligencia emocional, y su impacto en el bienestar psicológico y los hábitos de vida saludables en adultos jóvenes. En su estudio con 223 universitarios de Bogotá, Colombia, encontraron que la autodeterminación se relaciona positivamente con la inteligencia emocional y negativamente con la impulsividad. Además, tanto la inteligencia emocional como la

impulsividad influyen significativamente en el bienestar psicológico y en la adopción de hábitos saludables. Aunque no se halló una relación directa entre metacognición e impulsividad, sí se observó una conexión positiva entre metacognición e inteligencia emocional. Estos hallazgos sugieren que fortalecer la autodeterminación y la inteligencia emocional podría ser clave para promover la salud mental y estilos de vida saludables en adultos jóvenes.

Adicionalmente existe evidencia de que la metacognición solo puede contribuir a los procesos de cuidado de la salud por su participación en procesos de autoconocimiento y en la interacción, social, sino que además aporta en los procesos de recuperación al ser una variable que contrarresta los efectos negativos de otras variables asociadas como la autoestima. que se refiere a la internalización de los estigmas sociales relacionados con las enfermedades mentales, también tiene un impacto negativo en la recuperación. Una intervención metacognitiva, que permita a los pacientes mejorar su percepción sobre su propio funcionamiento cognitivo, puede ser clave en el tratamiento de los trastornos mentales graves. Además, se destaca la importancia de reducir el autoestigma para mejorar la calidad de vida y facilitar la recuperación Las personas que se estigmatizan a sí mismas debido a su trastorno mental pueden experimentar un menor sentido de autoeficacia y control, lo que afecta negativamente su capacidad para participar activamente en su proceso de recuperación. El enfoque metacognitivo en este contexto no solo ayuda a los pacientes a desarrollar una mayor conciencia de sí mismos, sino que también promueve una actitud más positiva y proactiva frente a la enfermedad. Comprender su desarrollo, funciones e implicaciones permite diseñar intervenciones más efectivas en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, promoviendo una mejor autorregulación y bienestar en los individuos Garay Arostegui et al. (2014). Se evidencia en el estudio de Li et al. (2023) en el cual investigan la influencia de la metacognición en los comportamientos relacionados con la salud, destacando su papel

en la autorregulación y la toma de decisiones sobre el bienestar. A través de un modelo de mediación, los autores encuentran que una mayor capacidad metacognitiva está asociada con hábitos de vida más saludables, incluyendo la gestión del estrés y la adopción de conductas preventivas. Este hallazgo es especialmente relevante para la salud mental de los adultos jóvenes, quienes atraviesan una etapa de alta demanda académica, laboral y social que puede afectar su bienestar psicológico. La investigación sugiere que promover la metacognición en esta población podría ser una estrategia efectiva para fomentar la autoeficacia en el autocuidado y reducir conductas de riesgo. Linsenmeyer y Long (2023) abordaron la formación de la identidad profesional (FIP), un proceso complejo y prolongado que culmina cuando los estudiantes "piensan, actúan y sienten como médicos". Durante este proceso, ciertos aspectos, como el currículo oculto, pueden conducir a resultados cognitivos subóptimos, incluyendo sesgos implícitos y una toma de decisiones clínicas deficiente. Los autores destacan la importancia de la escritura reflexiva, especialmente la metacognición, en la educación médica de pregrado. Sin embargo, reconocen la escasez de ejemplos concretos y explicaciones sobre cómo integrar plenamente ejercicios de escritura reflexiva en diversas situaciones, experiencias y niveles de desarrollo.

Para Zion & Cohen (2021) en las investigaciones, la salud es un pilar fundamental que permite a las personas adquirir y aplicar el conocimiento necesario para mantenerse saludables a lo largo de su vida, esto también abarca sus capacidades, habilidades, conocimientos, motivación y confianza para acceder, interpretar, evaluar y utilizar la información relacionada con la salud. Con esta base, pueden tomar decisiones informadas y responsables sobre su bienestar, contribuyendo a la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y una mejor calidad de vida. Esto hace referencia a las habilidades metacognitivas y el pensamiento crítico, relacionadas con el aprendizaje autodirigido, ya que estas investigaciones apuntan a una relación con la nutrición y conductas saludables.

Para abordar esta brecha, el artículo proporciona marcos conceptuales, estructuras curriculares concretas y herramientas reflexivas utilizadas en dos facultades de medicina. Estas herramientas están diseñadas para gestionar el proceso cognitivo de indagación interna, apoyando así la formación de la identidad profesional y el pensamiento metacognitivo de los estudiantes (Linsenmeyer & Long 2023).

La metacognición juega un papel relevante en los procesos de salud en psicología, ya que permite a los individuos desarrollar una mayor conciencia y regulación de sus propios procesos cognitivos y emocionales. Su estudio ha permitido avances significativos en la comprensión de cómo las personas piensan sobre sus pensamientos, lo que resulta clave en la terapia psicológica, la toma de decisiones clínicas, la adherencia a tratamientos y el cuidado de la salud desde un enfoque preventivo. En el ámbito de la psicología clínica y de la salud, la metacognición facilita la autorreflexión, el manejo de sesgos cognitivos y la mejora de estrategias de afrontamiento, lo que impacta positivamente en la promoción del bienestar y la prevención de trastornos mentales. Así mismo participa de los procesos de interacción social y en la capacidad de cuestionar las convenciones sociales sobre las cuales se dan dichas interacciones. Por ello, integrar procesos metacognitivos en la práctica psicológica no solo optimiza la intervención terapéutica, sino que también fortalece la autonomía del paciente en su proceso de cambio, consolidando un modelo de atención más efectivo y centrado en la persona. También favorece la explicación de fenómenos de interés de la psicología de la salud, como lo es el estudio de factores psicosociales asociados al cuidado de la salud y al incremento de la satisfacción con la vida.

### **Pensamiento crítico**

El pensamiento crítico tiene raíces profundas en la filosofía occidental, especialmente en la Grecia antigua. Sócrates, con su famoso método socrático, promovió la importancia del

cuestionamiento y la reflexión como medios para llegar a la verdad. A través de preguntas relevantes, desafió a sus interlocutores a examinar sus creencias y a pensar de manera más profunda (Paul, 1990).

Durante la Ilustración, pensadores como John Locke (1690) y David Hume (1748) ampliaron las nociones de conocimiento y razonamiento, subrayando la importancia de la experiencia y la observación empírica como bases para la formación del juicio. Immanuel Kant Con su *Crítica de la razón pura* y *Crítica de la razón práctica*, enfatizó la importancia del juicio autónomo y la razón como base del conocimiento, sentando las bases para el pensamiento crítico (Kant, 1787). Hegel (1807) A través de su dialéctica (tesis, antítesis y síntesis), Hegel influyó en la idea de cuestionar supuestos y desarrollar un pensamiento más profundo y estructurado. En el siglo XX, filósofos comenzaron a integrar el pensamiento crítico en la educación, destacando la necesidad de desarrollar habilidades reflexivas y evaluativas en los estudiantes para enfrentar problemas complejos. John Dewey (1910)

Para Nieto y Valenzuela (2013) existe un consenso sobre la importancia y la necesidad de fortalecer el pensamiento crítico, pero no hay un acuerdo claro en cuanto a su definición, sus componentes, como desarrollarlo o su vínculo con otras características individuales como lo son la inteligencia, el estilo de aprendizaje o la personalidad, esto se atribuye a la complejidad de su naturaleza, lo que dificulta englobar todos sus aspectos en una sola definición; debido a esto, el pensamiento crítico implica el juicio tanto derivado del proceso de razonamiento como de sus resultados, con el objetivo de proporcionar una retroalimentación que sirva para mejorarlo.

La psicología toma ideas de autores como Ennis, McPeck, Paul y Siegel, para estudiar el pensamiento crítico. Según estas perspectivas, el pensamiento crítico es una habilidad cognitiva que ayuda a razonar mejor y resolver problemas, especialmente en la vida diaria;

adicionalmente se destaca por estar relacionado con la inteligencia, ya que implica reflexionar antes de tomar decisiones y actuar de manera objetiva y adecuada según la situación (Osorio, 2020). De acuerdo con esto, y considerando la conceptualización y evidencias recientes, se podría inferir que es altamente probable que exista una fuerte relación con la metacognición.

El pensamiento crítico se define como la capacidad de analizar y evaluar de manera racional los argumentos y las ideas, basándose en evidencias y en una reflexión lógica (Facione, 2015). En el contexto de la psicología clínica, desde la perspectiva del profesional, implica una evaluación rigurosa de los diagnósticos, tratamientos e intervenciones psicológicas, asegurando que las decisiones se tomen de manera fundamentada y en lo posible con un nivel reducido de sesgos (Halpern, 2014). Este enfoque también promueve una actitud abierta y flexible hacia nuevas evidencias, lo cual es esencial en la práctica clínica, donde las condiciones y los contextos de los pacientes varían ampliamente. La capacidad de aplicar el pensamiento crítico permite a los psicólogos formular intervenciones más ajustadas a las necesidades particulares de cada paciente (D'Zurilla & Nezu, 2010). Un estudio cualitativo realizado en Buenos Aires entrevistó a 73 pacientes de psicoterapia para explorar su percepción sobre las intervenciones de sus terapeutas. Los resultados destacaron la importancia de adaptar las estrategias terapéuticas a las necesidades individuales, diferenciando entre intervenciones directivas y receptivas, y considerando cómo estas son valoradas por los pacientes (Olivera et al., 2016).

Desde lo planteado por Méndez y Palomeque (2022) el desarrollo del pensamiento crítico fortalece las habilidades y competencias del personal de la salud, permitiéndoles transformar su forma de razonar y construir nuevos conocimientos cada vez más relevantes y útiles; debido a esto es fundamental promover en la formación de los estudiantes estrategias

educativas que faciliten su aplicación en distintos contextos, tanto a nivel personal como profesional. Además, el pensamiento crítico es esencial para comprender las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del ser humano.

El pensamiento crítico no sólo es crucial para los profesionales de la salud mental, sino también para los propios pacientes. De acuerdo con un estudio de Tsai et al. (2018), pacientes que desarrollan habilidades de pensamiento crítico tienen más probabilidades de cuestionar sus propios patrones de pensamiento disfuncionales, lo que puede resultar en una mejora significativa de su bienestar emocional. Además, el fortalecimiento del pensamiento crítico en pacientes con trastornos mentales contribuye a una mayor adherencia a las intervenciones terapéuticas y a una toma de decisiones más autónoma respecto a su tratamiento (Sadeghi et al., 2020). En el campo de la psicología clínica, la investigación contemporánea ha puesto énfasis en cómo el pensamiento crítico mejora la práctica terapéutica. En su investigación, Cacioppo (2021) encontró que los psicólogos que cultivan habilidades de pensamiento crítico son más eficaces en la evaluación de los pacientes y en la selección de las mejores intervenciones. Estas habilidades también favorecen la creación de una alianza terapéutica más fuerte, ya que permiten un mayor entendimiento y empatía hacia los pacientes.

Por otro lado, en el ámbito de la psicología de la salud, estudios recientes han explorado cómo el pensamiento crítico influye en la autoeficacia de los pacientes con enfermedades crónicas. Según la investigación de Ajzen et al. (2021), pacientes con habilidades críticas son más capaces de gestionar su salud de manera autónoma, eligiendo tratamientos que se ajustan mejor a sus necesidades y adoptando un rol activo en su proceso de recuperación. El pensamiento crítico sigue siendo un área activa de investigación en psicología clínica y de la salud, con nuevos enfoques que exploran cómo integrarlo en la

formación profesional y en el tratamiento de pacientes. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es un ejemplo de un enfoque terapéutico que utiliza el pensamiento crítico para ayudar a los pacientes a identificar y cambiar patrones de pensamiento disfuncionales (Beck, 2011). Además, investigaciones recientes como las de Boekaerts (2022) sugieren que las intervenciones educativas que promueven el pensamiento crítico entre los psicólogos clínicos no solo mejoran la toma de decisiones, sino que también fomentan una mayor resiliencia emocional frente a los desafíos clínicos.

El desarrollo del pensamiento crítico en la educación en salud es un componente esencial para fomentar la toma de decisiones informadas y autónomas en niños y adolescentes. Un estudio reciente realizado por Prokop-Dorner et al. (2024) analizó los métodos de enseñanza utilizados en la educación en salud desde la infancia hasta la secundaria, encontrando que las intervenciones educativas suelen centrarse en temas como el estilo de vida, el consumo de sustancias, la salud sexual y reproductiva, y la nutrición. A través de una revisión de 115 estudios empíricos, los autores identificaron seis dimensiones clave que diferencian los métodos de enseñanza: el componente central de enseñanza, el educador principal, el nivel de actividad de los alumnos, el contexto de enseñanza, los materiales educativos y la importancia atribuida al pensamiento crítico (Prokop-Dorner et al., 2024).

Los resultados indican que la mayoría de las intervenciones no abordan el desarrollo del pensamiento crítico de manera integral, y que el énfasis en esta habilidad varía significativamente entre las estrategias educativas. En particular, aquellas intervenciones en las que el pensamiento crítico tenía un papel central empleaban principalmente métodos basados en la resolución de problemas y promueven una participación de los estudiantes (Prokop-Dorner et al., 2024). Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de estos

enfoques es limitada, debido a la falta de descripciones detalladas en los estudios revisados y a la ausencia de evaluaciones sistemáticas de sus resultados. Ante esta situación, los autores sugieren la creación de una lista de verificación para garantizar una descripción más detallada de las intervenciones educativas en salud y mejorar su replicabilidad en distintos contextos educativos (Prokop-Dorner et al., 2024). Este estudio pone en evidencia la necesidad de diseñar enfoques educativos más integrales y basados en la evidencia para el desarrollo del pensamiento crítico en el ámbito de la educación en salud, promoviendo así una formación más efectiva y contextualizada en niños y adolescentes.

Kelman y Meriläinen (2022) abordaron cómo las comunidades pueden ser agentes activos en la promoción de su propia salud. Los autores critican las aproximaciones tradicionales de promoción de la salud comunitaria que suelen ser paternalistas y de arriba hacia abajo, y también señalan que las estrategias de abajo hacia arriba pueden imponer cargas injustas a las comunidades más vulnerables. Proponen el concepto de "ingenio" (resourcefulness) como una vía para fortalecer la salud positiva en las comunidades, destacando la importancia de enfoques basados en procesos, contextos específicos y relaciones. Este enfoque busca equilibrar las tensiones entre recursos y sostenibilidad, interdependencia y autonomía, y diversidad e inclusión comunitaria, sugiriendo que el ingenio puede abrir nuevas rutas hacia una salud comunitaria sostenible y autosuficiente. Este estudio resalta la necesidad de replantear las estrategias de promoción de la salud comunitaria, enfocándose en las capacidades y recursos internos de las comunidades para fomentar su bienestar de manera sostenible.

El pensamiento crítico es una habilidad esencial en el ámbito de la psicología, especialmente en contextos de salud, ya que permite analizar información con objetividad, tomar decisiones fundamentadas y promover el bienestar personal y colectivo. Su desarrollo

está estrechamente vinculado con la metacognición, ya que pensar críticamente requiere ser consciente de los propios procesos mentales, identificar errores de juicio y autorregular el razonamiento. En conjunto, estos elementos contribuyen a formar individuos capaces de actuar con responsabilidad, evaluar la evidencia de manera rigurosa y enfrentar desafíos complejos con autonomía y juicio moral, sobre diversas problemáticas que se presenten, incluyendo las relacionadas a salud y autocuidado.

### **Acceso a la información/ Nivel de conocimiento o nivel de formación en salud**

Desde lo planteado por Castiel y Sanz (2010) el acceso libre a la información cobró relevancia en el mundo moderno a partir del 10 de diciembre de 1948, con la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 19, se reconoce el derecho de toda persona a la libertad de expresión y opinión, lo que implica la posibilidad de investigar, recibir y difundir información sin restricciones geográficas y por cualquier medio de comunicación, además de proteger a los individuos de ser perseguidos por sus ideas.

Para Castiel y Sanz (2010) diversos teóricos han denominado la época actual como sociedad de la información, sociedad digital o sociedad del conocimiento; esta clasificación se fundamenta en la influencia del paradigma tecnológico predominante, el cual ha generado transformaciones en las interacciones humanas y en los estilos de vida; este periodo es ampliamente reconocido por el impacto significativo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el desarrollo social, económico y cultural de las sociedades. Del mismo modo, existe un consenso general sobre el papel fundamental de la educación, y en particular de la alfabetización tecnológica, como un requisito indispensable para el progreso y crecimiento de la denominada sociedad del conocimiento. Por lo tanto, en el campo de la

salud, el acceso al conocimiento y la información asociada se entiende como la disponibilidad de datos acerca de la visibilidad y producción científica de varias instituciones.

La incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el ámbito de la salud representa una herramienta clave para mejorar el impacto de las intervenciones en la comunidad, ya que su uso facilita un acceso más equitativo y eficiente a los servicios de salud, optimizando la atención y aumentando la efectividad de los tratamientos; para que se pueda implementar de manera más eficiente es fundamental la colaboración entre profesionales de distintas disciplinas, incluyendo no solo las ciencias de la salud, sino también la ingeniería, la tecnología y las ciencias económicas y administrativas (Tenelema et al, 2018).

Tradicionalmente, la información médica estaba reservada para los profesionales de la salud, como lo son médicos, personal de enfermería y profesionales dedicados a la salud pública, limitando el acceso del público general. Sin embargo, con el avance de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), especialmente internet, la información en salud se ha vuelto más accesible. Este cambio ha permitido a las personas participar activamente en decisiones relacionadas con su bienestar, promoviendo una mayor autonomía y empoderamiento. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que los pilares de la gestión del conocimiento incluyen el acceso equitativo a la información para todos y la reducción de la brecha digital. Se debe tener en cuenta lo planteado por Jardines Méndez (2007), ya que además del desafío ético inherente al progreso tecnológico, la humanidad ha tenido que afrontar las desigualdades e injusticias sociales que han surgido como consecuencia de este avance, afectando tanto la salud de las personas como la calidad de vida de las comunidades. Actualmente existe una creciente conciencia de que lograr una auténtica "salud para todos" se requiere que esta sea reconocida como un derecho humano

real y no como un ideal inalcanzable; sin embargo, factores como el aumento de las desigualdades sociales, la pobreza y las restricciones en el acceso a los servicios de salud y a las tecnologías médicas dificultan este objetivo.

En cuanto a la desinformación que se pueda generar de lo planteado anteriormente, Espinoza y Mazuelos (2020) las redes sociales han creado un flujo masivo de información donde se mezclan opiniones y datos no siempre verificados, esto representa un desafío para la salud pública, que debe combatir la desinformación y corregir noticias falsas o inexactas; además, la propagación de información errónea que se agrava por la falta de acceso claro a datos confiables y porque los usuarios eligen sus fuentes según sus creencias. Cada vez hay más evidencia de que las noticias falsas se propagan en Internet con mayor rapidez que las verídicas.

Complementando lo anterior Hernández y Carretón (2024) mencionan que la desinformación y la propagación de interpretaciones erróneas a través de las redes sociales afectan la salud mental auto-declarada y pueden generar pánico público; las noticias falsas relacionadas con la salud resultan especialmente perjudiciales, ya que generan confusión, dificultan el pensamiento crítico y socavan la confianza del público en la comunidad científica, lo que pone en riesgo la salud pública, por esto es fundamental implementar estrategias que frenen la difusión y aceptación de este tipo de contenidos, al mismo tiempo que se refuerza el papel de los medios de comunicación en la difusión de información rigurosa, veraz y contrastada.

Según la Organización Mundial de la Salud, (2020 citado en Hernández y Carretón, 2024) empleó el término infodemic “un exceso de información acerca de un tema, mucha de la cual son bulos o rumores que dificultan que las personas encuentren fuentes y orientación fiables cuando lo necesiten”. En consecuencia, la desinformación que se presenta en redes

sociales impacta la salud mental autodeclarada, es decir, (la percepción o autoevaluación que una persona tiene sobre su propio bienestar sin un diagnóstico profesional) y el estado emocional de las personas, propagando así el pánico (Losada et al. 2020), autores como Herrero, Pérez, (2022) corroboran que las noticias falsas relacionadas con la salud pueden afectar el bienestar de las personas de manera más perjudicial que las falsedades en el ámbito político.

Algunas implicaciones del acceso a la información y el nivel de conocimiento en salud y un nivel adecuado de conocimiento en salud tienen múltiples implicaciones positivas como el empoderamiento del paciente; los individuos informados pueden tomar decisiones más acertadas sobre su salud, adherirse mejor a los tratamientos y participar activamente en su cuidado. La prevención, educación y promoción de la salud, facilita la adopción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades, lo que contribuye a una mejor calidad de vida y la reducción de desigualdades. En cuanto al acceso equitativo a este tipo de conocimiento es esencial para disminuir las disparidades en salud, garantizando que todas las personas, independientemente de su contexto socioeconómico, puedan acceder a recursos y conocimientos necesarios para su bienestar (Jardines Méndez, 2007).

Recientes estudios han abordado la relación entre el acceso a la información, el nivel de conocimiento en salud y su impacto en la psicología clínica y de la salud. Acerca de las estrategias de apropiación social del conocimiento se han abordado por ejemplo desde una revisión sistemática, en la cual se identificaron diversas metodologías utilizadas en el diseño de estrategias para la apropiación social del conocimiento en salud (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2021), enfocadas en la prevención de enfermedades no transmisibles en adultos. Estas estrategias buscan involucrar a la comunidad en la gestión de su salud, promoviendo cambios conductuales positivos. Por otro lado, la transformación

digital para una salud equitativa y la adopción de bienes de salud pública digitales puede aumentar la calidad y cantidad de los servicios prestados, mejorar la rendición de cuentas y reducir las desigualdades en el acceso a la información en salud (González-Block & Reyes-Morales, 2022).

Para Guimarães et al. (2011), la literatura presenta dos enfoques epistemológicos que abordan el concepto de equidad en el ámbito de la información, a partir de los cuales surgen distintas opciones políticas. El primero, denominado vertical o jerárquico, considera que el acceso y uso de la información depende de los grupos demográficos. En contraste, el segundo plantea que, incluso entre individuos o grupos con condiciones económicas y sociales similares, pueden existir diferencias significativas en sus necesidades, acceso y utilización de la información.

La falta de acceso equitativo a la información influye directamente en las desigualdades en salud, desde una perspectiva ética, si algunas personas o grupos tienen menos acceso a información relevante sobre salud, su capacidad para tomar decisiones informadas y actuar en beneficio de su bienestar se ve afectada. Esto no solo perjudica a los individuos, sino que también impide los cambios estructurales y políticos necesarios para mejorar el sistema de salud en su conjunto, es por esto que el acceso universal a la información se convierte en una herramienta fundamental para la formulación de políticas de salud más justas y equitativas (Guimarães et al., 2011).

Como lo menciona Jardines Méndez (2007) La gestión de la información y el conocimiento está centrada en las personas, su propósito debe ser el fortalecer a los profesionales de la salud, brindándoles las herramientas necesarias para utilizar los datos disponibles, para comunicarse de manera efectiva y generar flujos de aprendizaje continuo; es fundamental promover entornos laborales en los que se fomente el intercambio de

conocimientos y se invierta en la educación, garantizando así un aprendizaje constante ya que este es esencial para desarrollar habilidades para crear y adaptar contenidos según las necesidades específicas de cada comunidad.

En resumen, las variables predictivas de este estudio como lo son Metacognición, Pensamiento Crítico y Acceso a la Información; desempeñan un papel fundamental en la construcción del conocimiento y el desarrollo de habilidades que influyen en la comprensión y análisis del problema de investigación. Estas variables no sólo favorecen el aprendizaje y la toma de decisiones, sino que también contribuyen a una perspectiva más informada y reflexiva sobre las dinámicas sociales y culturales involucradas hasta este momento. A partir de este marco, se procede a examinar las variables mediadoras del estudio, que incluyen los Estereotipos e Identidad de Género, así como la Orientación Sexual, elementos clave en la interacción y percepción de los fenómenos abordados en la investigación.

### **Estereotipos**

El término "estereotipo" proviene del griego "stereos" (sólido) y "typos" (impresión), y originalmente se refería a una placa de impresión en el ámbito de la tipografía. Fue introducido al contexto social por el periodista Walter Lippmann en 1922, quien lo utilizó para describir imágenes mentales simplificadas que las personas tienen sobre otros grupos sociales (Vázquez-Campo et al., 2008). A lo largo de la historia, los estereotipos han servido como mecanismos para simplificar la complejidad del mundo social, aunque a menudo a costa de la reducción de precisión y de justicia.

Ahora bien, al hablar de la identidad es un proceso complejo que implica la construcción de un sentido del yo a lo largo del desarrollo. Dentro de este proceso, la

identidad sexual ocupa un lugar fundamental, ya que define aspectos centrales de la experiencia individual y social. Según Vargas-Trujillo (2007), la identidad sexual es un constructo amplio que abarca distintas dimensiones, entre ellas el género, entendido como la dimensión social de la identidad sexual.

El género, en este sentido, no se limita a una categoría biológica, sino que representa un conjunto de significados, normas y roles que son socialmente construidos y asignados a las personas en función de su sexo asignado al nacer. Así, el género se convierte en una faceta central de la identidad, ya que influye en la manera en que los individuos se perciben a sí mismos y en cómo son percibidos por los demás dentro de un marco sociocultural específico (Vargas-Trujillo, 2007).

Por otro lado, Botero y Pavas (2015) plantean que el género es una categoría social que integra características psicológicas y roles asignados culturalmente a las personas según su sexo al nacer. Aquellos que no se ajustan a estos parámetros pueden ser percibidos como “anormales”. No obstante, los debates sobre los estereotipos de género han impulsado transformaciones en la manera en que hombres y mujeres construyen su identidad, lo que ha generado cambios en sus patrones de conducta, en la distribución de tareas y en las pautas de crianza, tanto dentro como fuera del hogar, transmitiendo estos cambios a las nuevas generaciones. Esto concuerda con Butler (1999), quien sostiene que el género es un fenómeno cultural en constante evolución, determinado por experiencias y transformaciones socioculturales, más allá del sexo biológico asignado.

Como parte de este proceso, los estereotipos de género juegan un papel clave en la consolidación de la identidad, ya que establecen expectativas normativas sobre cómo deben comportarse, expresarse y relacionarse las personas en función de su género. Estos estereotipos pueden reforzar inequidades y limitar la diversidad de experiencias de identidad

al imponer modelos rígidos que no siempre reflejan la realidad de los individuos. Según un estudio de López-Sáez et al. (2014), los estereotipos de género son creencias sobre las características asociadas a mujeres y hombres que mantienen la discriminación de género.

La articulación entre identidad, género y estereotipos se convierte en un aspecto crucial dentro de los estudios sobre identidad sexual y su impacto en el bienestar individual y social. Comprender la identidad de género como un proceso dinámico y en constante negociación con el entorno permite reconocer la diversidad de experiencias y la importancia de generar espacios donde las expresiones identitarias sean valoradas y respetadas.

Estudios recientes han profundizado en cómo los estereotipos afectan la práctica clínica y la salud mental. Se ha observado que los procesos de socialización y los roles de género pueden predisponer a las mujeres a desarrollar ciertas emociones, como la empatía, y dificultades para procesar la rabia, lo que influye en su salud mental (Bordines, 2024). Investigaciones en La Paz han mostrado que las percepciones estereotipadas sobre los psicólogos pueden influir en la disposición de las personas a buscar ayuda profesional, afectando la eficacia de las intervenciones psicológicas (Ordoñez Saavedra, 2018).

Un estudio evaluó los estereotipos que diferentes grupos de población, incluyendo personal sanitario y pacientes con trastornos de ansiedad, tienen sobre las personas ansiosas, revelando cómo estos estigmas pueden afectar la evaluación y tratamiento de la ansiedad (Vázquez-Campo et al., 2012).

Dentro del artículo de McFarlane (2014) se presenta una perspectiva en desarrollo sobre los estereotipos y el estereotipado, argumenta que, en ciertos contextos, el estereotipado puede desempeñar un papel funcional en la sociedad, pues ha sido históricamente considerado un fenómeno social negativo. Sin embargo, manifiesta que pueden llegar a ser útiles para moldear y guiar las actitudes y comportamientos hacia otras personas, culturas y

razas. Este artículo propone un análisis alternativo, examinando cómo los estereotipos pueden desempeñar funciones específicas en la comunicación, la identidad cultural y la percepción social. Según Ivancevich et al., (2011, citado en McFarlane, 2014) la estereotipación es un proceso perceptivo en la que las personas organizan y agrupan a los individuos, eventos y situaciones en categorías específicas, facilitando recordarlos y tener una identificación. Aunque los estereotipos no sean totalmente exactos, cumplen una función orientadora que no es completamente funcional en nuestras interacciones sociales, especialmente en contextos complejos y diversos en términos de idioma, ubicación, etnicidad y personas debido a que son creencias e ideas incompletas sobre personas y eventos. Finalmente, McFarlane (2014) refiere que cuando un estereotipo persiste a pesar de haber recibido información que lo refuta, se cae en el ámbito del prejuicio, la parcialidad y la discriminación.

En conclusión, los estereotipos son construcciones sociales que, aunque simplifican la percepción del mundo, pueden tener consecuencias negativas significativas en la salud mental y en la práctica clínica. Es fundamental que los profesionales de la salud sean conscientes de estos sesgos para garantizar una atención equitativa y efectiva.

En el estudio de Fernández, Gil, & Ballester (2022) se identifica que la orientación sexual influye significativamente en las actitudes sexistas. Las personas que se identifican como bisexuales presentan puntuaciones más bajas en sexismo, a diferencia de los hombres heterosexuales, especialmente en edades avanzadas, donde se observan actitudes sexistas más marcadas. Esto se debe, en gran medida, a una ideología conservadora arraigada en modelos sociales y culturales tradicionales. Ya que cuándo se habla de la hostilidad heterosexual se establece una visión estereotipada en las mujeres puesto que usan su atractivo y el sexo para ejercer control y manipulación sobre el hombre, además la intimidad heterosexual de las mujeres presenta una visión estereotipada como pareja, puesto que su amor y cariño es

esencial para que el hombre alcance la verdadera felicidad (Díaz, et al., 2019, Salomón, et al., 2020).

Asimismo, se encuentra que el nivel educativo influye en estas actitudes. Las personas con menor nivel de escolaridad, como aquellas con educación primaria, muestran una mayor predisposición hacia el sexismo en comparación con quienes han alcanzado niveles educativos más altos. Según Nadeem & Sahed (2017), esto se explica por una mayor flexibilidad cognitiva que desarrollan las personas con mayor formación académica, gracias a los conocimientos adquiridos y a su mayor exposición a diversos entornos sociales. Finalmente, el estudio de Fernández, Gil, & Ballester (2022) destaca que, a pesar de los avances logrados, la sociedad continúa fomentando conductas sexistas que perpetúan los estereotipos de género tradicionales.

Para Cáceres et al (2013) la consideración de ciertas sexualidades como patológicas puede impactar negativamente tanto en la vida privada como pública de las personas, afectando sus oportunidades laborales, profesionales y su experiencia en el ámbito de la salud; esta visión puede derivar en fallos legales, administrativos o laborales desfavorables, exponer a prácticas médicas dañinas, restringir el ejercicio pleno de derechos ciudadanos como la custodia, adopción o convivencia, y funcionar como justificación para la discriminación, el estigma social y diversas formas de maltrato, todo lo cual resulta incompatible con un estado de bienestar integral para las personas LGBTI.

La evidencia científica respalda que la conformidad con normas sociales y de género influye significativamente en variables como la autoestima, la autoeficacia y, por tanto, en el cuidado de la salud. Una fuerte correspondencia con estas normas se ha asociado con autoesquemas positivos que funcionan como factores protectores psicosociales (Greenaway et al., 2024).

En este sentido, Greenaway et al. (2024), a través de una revisión sistemática y metaanálisis, encontraron que la identificación con grupos sociales (como el género o la orientación sexual) se relaciona positivamente con comportamientos de salud, especialmente cuando la identidad está alineada con normas sociales ampliamente aceptadas. Esto sugiere que una fuerte identificación social puede promover actitudes y comportamientos más saludables.

En el ámbito de la autoeficacia, se ha observado que mujeres en carreras tradicionalmente dominadas por hombres, como la ingeniería, presentan una autoeficacia más baja que sus pares masculinos, a pesar de obtener resultados académicos similares o superiores. Este fenómeno se explica en parte por el desajuste entre sus capacidades reales y la interiorización de estereotipos de género (Smith & Ko, 2020).

Por otro lado, las percepciones de salud también se ven atravesadas por estos estereotipos. Aunque hombres y mujeres pueden reportar niveles similares de percepción de salud, las mujeres tienden a manifestar menor autoeficacia percibida para mantener ciertos hábitos saludables, como la actividad física, lo que puede derivar en una menor adherencia a conductas protectoras (López-López et al., 2019).

Asimismo, investigaciones recientes han encontrado que las mujeres que se adhieren más a normas de género tradicionales tienden a tener hábitos menos saludables, como menor actividad física y mayor consumo de alimentos ultraprocesados, lo que evidencia la influencia de los roles de género sobre el autocuidado (León et al., 2020).

En conclusión, los hallazgos permiten afirmar que existe una red de relaciones complejas donde el desarrollo de competencias cognitivas superiores (metacognición y pensamiento crítico) y el acceso a información adecuada en salud se correlaciona de manera positiva y directa con una construcción identitaria más libre y saludable en términos de

género y orientación sexual. Esta construcción identitaria robusta se traduce, a su vez, en mayores niveles de satisfacción sexual, mejor cuidado de la salud sexual y emocional, y adopción de hábitos de vida saludables.

En contraste, las deficiencias en estas áreas potencian los efectos negativos de los estereotipos de género y orientación sexual, afectando adversamente los niveles de bienestar emocional y físico, y fomentando conductas poco saludables. Además, los estereotipos, cuando no son cuestionados, tienden a consolidarse y perpetuar dinámicas discriminatorias, afectando el acceso a oportunidades y reduciendo la calidad de vida de los individuos, particularmente de aquellos que pertenecen a colectivos históricamente marginados.

Por tanto, desde una perspectiva académica y social, es imperativo fomentar el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico, fortalecer la metacognición, promover la educación en salud y trabajar en el fortalecimiento de las capacidades personales. Estas acciones permitirán no solo la deconstrucción de estereotipos de género dañinos, sino también la promoción de un estado de bienestar integral, respetuoso de la diversidad identitaria, y comprometido con la equidad en salud y el desarrollo humano.

### **Orientación sexual**

La orientación sexual se define como la atracción emocional, romántica o sexual que una persona experimenta hacia otras personas. Puede clasificarse en varias categorías, incluyendo heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, asexualidad y pansexualidad, entre otras (American Psychological Association, 2021).

La identidad es un proceso dinámico y complejo que implica la construcción de un sentido del yo a lo largo del desarrollo. Dentro de este proceso, la diversidad sexual juega un

papel fundamental, ya que abarca la amplia gama de orientaciones sexuales, identidades de género y expresiones de género presentes en la sociedad. Este concepto reconoce y valora las múltiples formas en que las personas experimentan y expresan su sexualidad, promoviendo el respeto y la inclusión de todas las identidades (Ballester-Arnal, 2020).

La División 44 de la American Psychological Association (APA), conocida como la Society for the Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, se dedica al avance de la investigación y la práctica profesional en torno a la diversidad de orientaciones sexuales y géneros. Su objetivo es fomentar la comprensión y el bienestar de las personas LGBTQ+ mediante el apoyo a la investigación, la educación y la formulación de políticas públicas inclusivas. Asimismo, esta división publica la revista *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, que difunde investigaciones académicas en este campo (APA, 2024).

Desde lo planteado por Alcántara (2013) entre 1950 y 1960, la identidad de género comenzó a surgir como un concepto derivado de la pregunta sobre la identidad sexual, y en este contexto, la intersexualidad y la transexualidad fueron consideradas modelos clave para estudiar cómo se desarrolla el sentido de pertenencia a un sexo; la explicación del desarrollo de la identidad sexual empezó a basarse en la diferenciación entre sexo y género, y en Estados Unidos, en particular, dos grupos de investigadores, a partir del estudio de casos clínicos, mostraron un especial interés en estos estados intersexuales y en la transexualidad.

Uno de los pioneros en la investigación de la sexualidad humana fue Alfred Kinsey, cuyo trabajo en los años 40 y 50 desafió las nociones tradicionales sobre la sexualidad. Kinsey propuso que la orientación sexual no es un fenómeno dicotómico, sino un continuo. Para ello, desarrolló la Escala Kinsey, que mide la orientación sexual en un espectro de siete puntos, desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva, con categorías intermedias que reflejan la fluidez sexual (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948).

Vivienne Cass (1979) propuso un modelo de seis etapas para describir el desarrollo de la identidad homosexual. Estas etapas incluyen confusión de identidad, reconocimiento inicial de sentimientos homosexuales comparación de identidad en la cual se realiza exploración y comparación con otros, seguido de tolerancia de identidad aceptación parcial de la identidad homosexual. Aceptación de identidad, mayor integración de la identidad sexual en la vida personal, orgullo de identidad manifestación abierta de la identidad homosexual y activismo. Síntesis de identidad: integración plena de la identidad sexual en todos los aspectos de la vida. Este modelo ha sido clave en la comprensión del proceso de formación de la identidad en personas homosexuales y sigue siendo un referente en la investigación sobre diversidad sexual (Cass, 1979).

Gregory M. Herek ha investigado ampliamente el prejuicio y la discriminación hacia las personas LGBTQ+. Su trabajo ha sido fundamental en la medición del prejuicio sexual y en la comprensión de las actitudes heterosexistas. Herek ha desarrollado herramientas para evaluar la homofobia y ha promovido estrategias para reducir la discriminación basada en la orientación sexual (Herek, 2000).

El estudio de la diversidad sexual ha evolucionado significativamente gracias a las contribuciones de múltiples investigadores. La Escala Kinsey, el modelo de Cass sobre la identidad homosexual, las investigaciones de Savin-Williams sobre la resiliencia LGBTQ+ y los estudios de Herek sobre prejuicio sexual han sido fundamentales para comprender la identidad de género y la orientación sexual desde una perspectiva psicológica y social. La División 44 de la APA continúa promoviendo estos avances mediante la investigación y la educación, consolidando un marco teórico y práctico que respalda la inclusión y el bienestar de las personas LGBTQ+.

El concepto de orientación sexual ha evolucionado significativamente a lo largo de la historia. En las civilizaciones antiguas, como la griega y la romana, las relaciones entre personas del mismo sexo eran aceptadas en ciertos contextos, aunque no se conceptualizaban en términos de identidad sexual como se hace hoy (Foucault, 1976). Con la llegada de la Edad Media y la influencia del cristianismo, la sexualidad comenzó a ser regulada por normas morales y religiosas, lo que llevó a la criminalización de las prácticas homosexuales en muchas sociedades occidentales (Boswell, 1980).

A finales del siglo XIX y principios del XX, la orientación sexual comenzó a ser objeto de estudio dentro de la psiquiatría y la psicología. Investigadores como Richard von Krafft-Ebing (1886) y Sigmund Freud (1905) teorizaron sobre la homosexualidad, aunque desde perspectivas patologizantes. Sin embargo, con el auge del movimiento de derechos humanos en la segunda mitad del siglo XX, la homosexualidad dejó de considerarse un trastorno mental. En 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) eliminó la homosexualidad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II), marcando un cambio fundamental en la comprensión científica de la orientación sexual (Drescher, 2015).

Desde entonces, la investigación en psicología ha avanzado en la comprensión de la diversidad sexual, reconociendo que la orientación sexual es una variación natural dentro del espectro humano y que está influenciada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Diamond, 2020).

Investigaciones recientes han demostrado que la orientación sexual es un constructo complejo que no solo se define por la atracción sexual, sino también por factores como la identidad personal y el comportamiento sexual (Bailey et al., 2016). Además, estudios en

neurociencia han encontrado correlaciones entre la orientación sexual y ciertas estructuras cerebrales, lo que sugiere una base biológica en su desarrollo (Savic et al., 2011).

Desde la psicología clínica y de la salud, la orientación sexual ha sido un tema central en la evaluación del bienestar psicológico de las personas LGBTQ+. Investigaciones han demostrado que las minorías sexuales enfrentan un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental debido al estrés de minoría, un concepto que describe el impacto negativo de la discriminación, el estigma y la violencia social en la salud psicológica (Meyer, 2003).

Las tasas de ansiedad, depresión y suicidio son más altas en personas LGBTQ+ en comparación con la población heterosexual, en gran parte debido a experiencias de rechazo familiar, discriminación en el sistema de salud y exclusión social (Hatzenbuehler, 2014). En este sentido, la psicología clínica juega un papel fundamental en el desarrollo de intervenciones terapéuticas que promuevan el bienestar emocional y la resiliencia en esta población (Pachankis et al., 2015).

Por otro lado, en la psicología de la salud, se ha identificado que las personas LGBTQ+ pueden enfrentar barreras en el acceso a la atención médica, lo que repercute en la prevención y el tratamiento de enfermedades. Estudios han mostrado que la discriminación en entornos clínicos puede llevar a que las personas LGBTQ+ eviten buscar atención médica, lo que puede aumentar los riesgos asociados con enfermedades de transmisión sexual, salud cardiovascular y salud mental (Logie et al., 2018).

Actualmente, las investigaciones en psicología clínica han puesto énfasis en el desarrollo de terapias afirmativas, que buscan validar y fortalecer la identidad de las personas LGBTQ+ en el contexto terapéutico. Según un estudio de Pachankis (2018), las terapias afirmativas han demostrado ser efectivas para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en personas LGBTQ+, mejorando su calidad de vida.

Asimismo, en el ámbito de la salud, recientes estudios han explorado la interseccionalidad de la orientación sexual con otros factores, como la identidad de género, la etnicidad y el estatus socioeconómico, evidenciando cómo estas interacciones influyen en la salud mental y el acceso a servicios médicos (Hughto et al., 2021).

Desde una perspectiva neurocientífica, investigaciones recientes han explorado la relación entre la orientación sexual y la estructura cerebral, sugiriendo que ciertos patrones de conectividad neuronal pueden estar asociados con la atracción sexual (Zhou et al., 2021). Aunque estos hallazgos aún están en desarrollo, refuerzan la idea de que la orientación sexual es un fenómeno complejo con múltiples determinantes.

La orientación sexual es un componente fundamental de la identidad humana, con implicaciones significativas en la salud mental y el bienestar psicológico. Desde la psicología clínica y de la salud, se han desarrollado enfoques terapéuticos y estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida de las personas LGBTQ+, abordando el impacto del estrés de minoría y promoviendo el acceso equitativo a la atención médica.

Las investigaciones actuales continúan explorando la diversidad de experiencias dentro de la comunidad LGBTQ+, subrayando la importancia de modelos terapéuticos inclusivos y del desarrollo de políticas de salud que reduzcan las desigualdades y promuevan el bienestar de esta población.

### **Identidad con la orientación sexual.**

Según Callis (2014) y Carroll (2015), como se citó en García, Ballester, Giménez, Ruiz y Gómez (2020), la orientación sexual ha sido concebida como un constructo binario, con categorías cerradas y estables en el tiempo, en el que solo se reconocen la heterosexualidad y la homosexualidad, siendo la primera considerada como la única opción “normal y saludable”. Sin embargo, a partir de la década de 1950, gracias a los avances de Kinsey, Pomeroy y Martin (1948), y Kinsey, Pomeroy y Gebhard (1953), también citados en García, Ballester, Giménez, Ruiz y Gómez (2020), se comenzó a flexibilizar esta concepción. En consecuencia, la orientación sexual empezó a entenderse como un continuo con dimensiones intermedias, lo que permitió dar visibilidad a orientaciones como la bisexualidad.

Posteriormente, Fritz Klein, psiquiatra especializado en sexualidad humana, propuso una visión amplia y flexible de la orientación sexual. A diferencia de las concepciones tradicionales que la entienden como una característica fija y binaria (heterosexual o homosexual), Klein argumentó que la orientación sexual es un fenómeno complejo que puede cambiar a lo largo del tiempo y manifestarse de diferentes maneras según el contexto personal y social de cada individuo. Para representar esta diversidad, desarrolló la Klein Sexual Orientation Grid (KSOG), un instrumento que evalúa siete dimensiones de la orientación sexual —incluyendo atracción, comportamiento, fantasías, vínculos emocionales, interacción social, estilo de vida preferido e identidad— en tres momentos distintos: pasado, presente e ideal. Esta herramienta busca reflejar la fluidez y la multiplicidad de experiencias que configuran la sexualidad humana.

En este punto, cabe resaltar que la heteronormatividad sigue teniendo gran impacto a nivel social dónde lo normal y natural siguen siendo las relaciones heterosexuales. Por lo que, personas con una orientación diferente a la heterosexual viven a diario hechos de

discriminación (Herz & Johansson, 2015). Ante esta realidad, la existencia de leyes que garanticen el acceso al matrimonio y la posibilidad de ejercer la crianza se vuelve una medida esencial para promover la inclusión (Digoix et al., 2016). Sin embargo, las personas heterosexuales también ven sus conductas condicionadas por las expectativas sociales asociadas al hecho de ser hombres, lo que genera un profundo malestar en quienes se alejan de los comportamientos prescritos por la normatividad, un ejemplo de ello es, cuando los hombres heterosexuales adoptan conductas asociadas socialmente con lo femenino, existe una alta probabilidad de que sean percibidos de manera incorrecta como homosexuales. (Bosson, Prewitt-Freilino, & Taylor, 2005).

La autoaceptación de la orientación sexual se relaciona con una menor presencia de estrés de minorías, como la homofobia internalizada y el estigma percibido, y con una mejor salud psicológica. Una revisión sistemática encontró que niveles bajos de autoaceptación se asocian con mayor depresión, ansiedad y malestar psicológico, mientras que una mayor aceptación se vincula con un mayor bienestar subjetivo (Hall, 2018).

Además, una revisión sistemática y metaanálisis reveló que niveles más altos de autocompasión se asocian con menores niveles de depresión, ansiedad, ideación suicida y homofobia internalizada, y con un mayor bienestar psicológico en personas de minorías sexuales y de género (Carvalho & Guiomar, 2022). La integración positiva de la identidad sexual también se relaciona con conductas de autocuidado y salud física. Un estudio encontró que la autocompasión modera la relación entre experiencias diarias relacionadas con la orientación sexual y el bienestar afectivo, sugiriendo que la autocompasión puede proteger el bienestar emocional frente a experiencias estresantes diarias (Liu et al., 2023).

Asimismo, una investigación sobre hombres gays y bisexuales encontró que la aceptación corporal media la relación entre la autocompasión y la imagen corporal, lo que

indica que una mayor autocompasión se asocia con una mejor percepción de la imagen corporal y, potencialmente, con conductas de salud más positivas (Regan et al., 2023). La evidencia sugiere que una mayor aceptación e integración de la identidad sexual se asocia con mejores resultados en salud mental y conductas de autocuidado en personas con orientaciones sexuales diversas. Intervenciones que promuevan la autocompasión y la aceptación pueden ser beneficiosas para mejorar el bienestar en estas poblaciones.

### **Inmunógenos comportamentales y estilos de vida saludables**

El concepto de inmunógenos comportamentales se ha desarrollado en el contexto de la psicología de la salud y la psiconeuroendocrinoinmunología, disciplinas que estudian la interacción entre el comportamiento, el sistema nervioso y la función inmunológica. La idea central es que ciertos hábitos y estilos de vida pueden fortalecer el sistema inmunológico y mejorar la resistencia del organismo frente a enfermedades (Cohen et al., 2012).

Los primeros estudios sobre la relación entre comportamiento y función inmunológica surgieron en la década de 1960, cuando se observó que el estrés crónico tenía efectos inmunosupresores (Selye, 1976). Posteriormente, en los años 80 y 90, investigaciones en psiconeuroinmunología demostraron que hábitos como el ejercicio, la alimentación saludable y la gestión del estrés podían modular positivamente la respuesta inmune (Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005).

Joseph D. Matarazzo introdujo el concepto de "inmunógenos conductuales" en el contexto de la medicina conductual, refiriéndose a aquellas conductas que fortalecen la salud y previenen enfermedades. Estos inmunógenos incluyen prácticas como la actividad física regular, una alimentación equilibrada, el control del estrés y la abstención de sustancias

nocivas como el tabaco y el alcohol. Matarazzo destacó que estos comportamientos, al ser adoptados de manera consistente, pueden mejorar significativamente la calidad de vida y reducir la incidencia de enfermedades crónicas (Cerezo-Reséndiz & Hurtado-Rodríguez, 2011).

En su artículo enfatizó la importancia de los estilos de vida saludables como componentes esenciales en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Argumentó que muchos de los problemas de salud contemporáneos están relacionados con comportamientos aprendidos y hábitos de vida, sugiriendo que la modificación de estos hábitos puede tener un impacto positivo en la salud pública (Matarazzo, 1985).

Además, Matarazzo propuso que la medicina conductual debería centrarse no solo en el tratamiento de enfermedades, sino también en la promoción de conductas saludables y la prevención de factores de riesgo. Esto implica una colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud para desarrollar estrategias efectivas que fomenten estilos de vida saludables en la población (Cerezo-Reséndiz & Hurtado-Rodríguez, 2011).

Los inmunógenos comportamentales son hábitos y conductas que tienen un efecto positivo en la regulación del sistema inmunológico y en la prevención de enfermedades (Segerstrom & Miller, 2004). Estos incluyen: ejercicio físico regular, el cual ha demostrado aumentar la actividad de las células NK (natural killer), responsables de la defensa contra virus y células tumorales (Campbell & Turner, 2018). Alimentación saludable, con una dieta rica en antioxidantes y ácidos grasos esenciales que favorecen la respuesta inmune y reducen la inflamación (Calder, 2020). Calidad del sueño, esencial para la regulación de citocinas proinflamatorias y la respuesta inmune adaptativa (Irwin, 2019). Manejo del estrés, ya que niveles elevados de cortisol debido al estrés crónico pueden suprimir la función inmune

(Sapolsky, 2004). Vínculos sociales y apoyo emocional, que influyen en la activación del sistema inmunológico y la resiliencia ante enfermedades (Uchino et al., 2018).

Desde la psicología clínica y de la salud, los inmunógenos comportamentales son clave en la promoción del bienestar y en la prevención de enfermedades. Estudios han demostrado que la implementación de estos hábitos reduce la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y trastornos psiquiátricos (Firth et al., 2020).

En pacientes con depresión y ansiedad, intervenciones basadas en ejercicio físico y alimentación saludable han mostrado efectos positivos en la regulación de la inflamación sistémica, un factor asociado con trastornos del estado de ánimo (Vancampfort et al., 2018). Además, la promoción de inmunógenos comportamentales es una estrategia eficaz en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores (Berkman et al., 2014). Las investigaciones actuales han explorado la relación entre inmunógenos comportamentales y la salud mental. Un metaanálisis reciente encontró que la actividad física regular reduce significativamente los niveles de inflamación y mejora los síntomas en pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad (Schuch et al., 2019).

En el ámbito de la psiconeuroinmunología, estudios han demostrado que la meditación y las técnicas de relajación tienen un impacto positivo en la regulación de la expresión génica relacionada con la inflamación, lo que sugiere un mecanismo biológico subyacente en la relación entre bienestar psicológico e inmunidad (Black & Slavich, 2016).

El artículo de Castrillón, Sarsosa-Prowesk, Moreno-Gómez y Moreno-Correa (2015) explora cómo el estrés académico puede afectar el sistema inmunológico, integrando conceptos de la psico-neuro-endocrino-inmunología. Aunque no se menciona específicamente el término "inmunógenos comportamentales", los autores destacan la

importancia de los estilos de vida saludables como factores protectores frente al estrés académico.

Según el estudio, el estrés académico activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que puede llevar a una respuesta inflamatoria crónica y a la supresión de la inmunidad celular. Esta activación puede aumentar la vulnerabilidad a enfermedades infecciosas y trastornos autoinmunes. Los autores sugieren que la adopción de hábitos saludables, como la práctica regular de ejercicio físico, una alimentación equilibrada y técnicas de manejo del estrés, puede mitigar estos efectos negativos y fortalecer la respuesta inmunológica (Castrillón et al., 2015).

En este contexto, los estilos de vida saludables actúan como factores protectores que pueden contrarrestar los efectos inmunosupresores del estrés académico, promoviendo una mejor salud física y mental. Asimismo, investigaciones recientes han puesto énfasis en la importancia del sueño en la regulación de la función inmune. Un estudio longitudinal encontró que la privación del sueño aumenta la susceptibilidad a infecciones y afecta la eficacia de las vacunas, resaltando el papel del sueño como un inmunógeno comportamental clave (Besedovsky et al., 2019).

Los inmunógenos comportamentales juegan un papel crucial en la salud física y mental, con implicaciones directas en la prevención y el tratamiento de diversas enfermedades. Desde la psicología clínica y de la salud, la promoción de hábitos saludables se ha convertido en un enfoque terapéutico basado en la evidencia, con un impacto significativo en el bienestar general. Las investigaciones actuales continúan explorando cómo estos factores pueden integrarse en programas de intervención psicológica y en políticas de salud pública para optimizar la calidad de vida de las personas.

Diversos estudios han demostrado que los determinantes sociales influyen significativamente en la salud mental y las conductas de autocuidado, especialmente en contextos de vulnerabilidad. En Latinoamérica, por ejemplo, la pobreza se ha identificado como un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos psicológicos. Según Leiva-Peña et al. (2021), las condiciones socioeconómicas de las personas influyen directamente en su bienestar psicológico, aumentando la probabilidad de desarrollar enfermedades mentales en aquellos que se encuentran en situación de pobreza. La Organización Mundial de la Salud (2021) señala que un enfoque biopsicosocial es necesario para abordar estos problemas, ya que los factores sociales y económicos son determinantes clave en la salud mental. Este enfoque subraya la importancia de políticas públicas que incluyan estrategias para mitigar los efectos negativos de la pobreza sobre la salud.

Además, estudios realizados en Europa refuerzan la idea de que el capital social estructural tiene un impacto directo en la salud. Fiorillo y Sabatini (2014) hallaron que las personas que mantienen interacciones sociales frecuentes, como reunirse con amigos varias veces a la semana, tienen más probabilidades de reportar una buena salud. Este fenómeno, que relaciona la actividad social con el bienestar, sugiere que las conexiones sociales son un determinante importante de la salud mental y física, ya que las relaciones interpersonales actúan como un mecanismo de apoyo ante situaciones estresantes.

En contextos de salud pública, como la pandemia de COVID-19, los determinantes sociales también han mostrado su influencia en el acceso a los servicios de salud. Un estudio realizado en Bolivia encontró que las personas con menor nivel educativo y los trabajadores informales o desempleados reportaron una mayor incidencia de síntomas relacionados con el COVID-19, además de tener un menor acceso a pruebas diagnósticas (Zegarra et al., 2021). Estos hallazgos subrayan cómo los determinantes sociales, tales como el nivel educativo y el

acceso a los recursos económicos, afectan tanto la exposición al riesgo como la capacidad de acceder a servicios de salud adecuados, lo que resalta las desigualdades sociales en el acceso a la atención sanitaria.

Por otro lado, la literatura también ha resaltado la importancia de los modelos de promoción de la salud, que integran determinantes sociales en el diseño de estrategias de salud pública. Según Franco Giraldo (2022), la evolución de estos modelos ha incluido el reconocimiento de factores como la educación, el acceso a servicios de salud y la influencia de las políticas públicas como variables esenciales para la promoción de la salud. Estos modelos sugieren que, para mejorar la salud de las poblaciones, es crucial crear entornos que faciliten el acceso a servicios y recursos que fomenten comportamientos saludables, considerando las condiciones sociales de cada población.

Finalmente, en el contexto del autocuidado, los determinantes psicológicos también juegan un papel crucial. Un estudio realizado en Colombia por Díaz et al. (2020) identificó que la autoeficacia percibida y los estilos de afrontamiento son factores psicológicos clave en la adopción de comportamientos de autocuidado en salud. Este estudio resalta la importancia de los determinantes psicológicos, como las creencias sobre la salud y el autocuidado, en la prevención y manejo de enfermedades, ya que las personas que perciben un mayor control sobre su salud son más propensas a adoptar hábitos saludables. La autoeficacia, en particular, se ha asociado con un mayor compromiso en el cuidado de la salud y la adopción de comportamientos preventivos.

En conjunto, estos estudios evidencian cómo los determinantes sociales, psicológicos y conductuales están estrechamente interrelacionados y son fundamentales para el bienestar físico y mental de las personas. El enfoque integrado de estos determinantes puede ser clave para el desarrollo de intervenciones efectivas en salud pública y para la promoción de

comportamientos de autocuidado en la población. Un estudio realizado en Bogotá con 570 estudiantes universitarios identificó que factores como la autoeficacia, el afrontamiento orientado al problema, la actitud prosocial, las habilidades sociales y la satisfacción general están altamente correlacionados con la salud mental positiva. Esta, a su vez, predice en un 63% la adopción de estilos de vida saludables, incluyendo prácticas como el autocuidado médico, la alimentación saludable y la abstinencia de sustancias psicoactivas (Martínez et al., 2021).

Además, se observó que variables como el autocontrol y la solución de problemas están asociadas con comportamientos saludables, como el manejo adecuado del tiempo libre y la prevención del consumo de drogas (Martínez et al., 2021). Otro estudio encontró una correlación positiva entre la conciencia metacognitiva y el pensamiento crítico en estudiantes de medicina, lo cual es fundamental para la toma de decisiones informadas y la autorregulación, aspectos clave en la adopción de comportamientos saludables (González & Ortiz, 2021). Aunque los estudios mencionados no profundizan directamente en la orientación sexual, se identificaron diferencias significativas por género en prácticas como la actividad física y el uso del tiempo libre. Por ejemplo, las mujeres mostraron mayores niveles de autoeficacia y habilidades sociales, mientras que los hombres presentaron una mayor inclinación hacia la práctica de actividad física (Martínez et al., 2021). Estos hallazgos sugieren que los factores psicológicos que favorecen estilos de vida saludables pueden verse modulados por variables sociodemográficas como el género.

La integración de variables psicológicas como la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a la información desempeña un papel crucial en la promoción de estilos de vida saludables. Estas variables actúan como inmunógenos comportamentales, fortaleciendo la salud mental y física de los individuos. Además, reconocer y abordar las diferencias por

género y orientación sexual es esencial para diseñar intervenciones efectivas y equitativas en el ámbito de la salud psicológica. En este sentido, la psicología clínica y de la salud tiene un papel determinante en el diseño de programas preventivos y de promoción de la salud que incorporen estos factores de forma integral.

### **Satisfacción Sexual y Cuidado de la Salud Sexual**

En América Latina y el Caribe, las altas tasas de violencia sexual, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual evidencian una necesidad urgente de educación e información en sexualidad, al tiempo que revelan la baja prioridad que se le ha otorgado a la salud sexual como parte esencial del bienestar general, situación que se agrava por las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, lo cual impide que muchas niñas y mujeres reciban la atención necesaria para preservar o recuperar su salud sexual (Montoya, 2007).

Rodríguez (2010) argumenta que la satisfacción sexual se concibe como un indicador de bienestar relacionado con el agrado y la armonía presentes en las relaciones sexuales. Este componente del bienestar general puede entenderse desde dos dimensiones clave: (a) la emocional, que abarca el placer, la excitación, los sentimientos positivos y la apertura hacia la sexualidad; y (b) la comunicativa, que implica aspectos relacionales (como aquellos en cuyo análisis se pueden considerar varias de las variables contempladas en el modelo de variables propuesto en el presente estudio), que adicionalmente incluye aspectos como las expectativas, la reciprocidad, la frecuencia sexual, la expresión de deseos y la creatividad durante el encuentro íntimo.

De acuerdo con Stulhofer et al., (2010), la satisfacción sexual puede abordarse desde dos enfoques: el primero es el enfoque personal, que se relaciona con características individuales, incluyendo la respuesta a estímulos eróticos, la imaginación y la capacidad de generar fantasías que favorezcan un equilibrio entre el placer propio y la disposición al disfrute con la pareja. El segundo es el enfoque interpersonal, el cual se basa en la conexión emocional entre las parejas y la afectividad derivada de la valoración de los aspectos positivos y negativos de sus relaciones sexuales.

Desde lo argumentado por Carrobles et al. (2011) la sexualidad es una función fundamental en el ser humano que abarca componentes fisiológicos, emocionales y cognitivos, y que está estrechamente relacionada con el bienestar general y la calidad de vida. En análisis de la salud sexual, debe tener en cuenta que diversas condiciones médicas pueden estar asociadas a a diversos factores psicológicos (autoestima sexual, motivación sexual, atractivo físico y sexual percibido, consistencia orgásmica y satisfacción sexual) los cuales desempeñan un papel crucial en el desempeño sexual y por lo tanto en la aparición de distintas disfunciones sexuales. Al respecto, existe un consenso en que estos factores psicológicos pueden afectar significativamente la respuesta y el comportamiento sexual, influyendo en la experiencia y satisfacción de la persona.

Para Carrobles et al. (2011) la satisfacción sexual se define por el grado de bienestar y plenitud que una persona experimenta en su vida sexual o por la falta de estos; cuando no se alcanza esta satisfacción, pueden surgir dificultades que suelen manifestarse como preocupaciones sobre el deseo y la frecuencia de las relaciones sexuales, especialmente en cuanto al interés y la iniciativa de la pareja. Además, la insatisfacción puede estar vinculada a la percepción de que las actividades sexuales en la relación son repetitivas o carecen de variedad. Durante la adultez emergente (aproximadamente entre los 18 y los 25 años), se

observa un aumento significativo en el número de parejas sexuales ocasionales en comparación con otras etapas del ciclo vital. Esto se debe a que es un periodo marcado por la exploración de la identidad, la independencia y las relaciones íntimas (Arnett, 2000). Estudios longitudinales como el de Lyons et al. (2017) evidencian que cerca del 40 % de las personas de 22 años reporta al menos una pareja sexual ocasional reciente, y aproximadamente un 9 % de los jóvenes entre 18 y 24 años mantiene múltiples parejas sexuales de forma persistente. Este patrón de comportamiento se asocia con una mayor probabilidad de relaciones sexuales sin protección, mayor exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS) y posibles efectos negativos en el bienestar emocional (Vasilenko et al., 2015).

En este contexto, la satisfacción sexual y el cuidado de la salud sexual adquieren especial relevancia. Las investigaciones sugieren que quienes tienen una mayor autoestima sexual y se sienten satisfechos con su vida sexual tienden a adoptar comportamientos más responsables en salud sexual, como el uso consistente de métodos anticonceptivos y la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva (Hensel et al., 2011). Esto es particularmente relevante en mujeres jóvenes, quienes, al experimentar mayor satisfacción y conciencia de su sexualidad, reportan mejor comunicación con sus parejas sobre prácticas sexuales seguras (Vasilenko et al., 2015). Por el contrario, la insatisfacción sexual puede vincularse con mayor riesgo de conductas sexuales desprotegidas y consecuencias emocionales como culpa, ansiedad o disminución del autocuidado. Así, promover la satisfacción sexual desde un enfoque educativo y clínico puede ser un factor protector clave para la salud sexual y emocional en la adultez emergente.

Como complemento a lo anterior desde lo planteado por Tirado (2017) aunque muchos jóvenes son conscientes de los riesgos asociados a la sexualidad, los enfrentan de

distintas maneras: algunos los minimizan y otros los aceptan como parte del disfrute sexual; si bien una gran parte actúa con responsabilidad, también es común que se asuman riesgos ocasionales, especialmente cuando se inicia la actividad sexual a edades tempranas. Esto se relaciona con una mayor probabilidad de conductas sin protección, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y acumulación de múltiples parejas sexuales. Además, suele evitarse hablar de métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones, por miedo o vergüenza, lo que incrementa la exposición a estos riesgos.

A lo largo de la historia, diversas culturas han reprimido la sexualidad, considerándola una “plaga social” por su supuesto impacto perturbador en las personas, debido a esto Reich (1985) citado por Colán y Fukabori (2019) plantean la necesidad de eliminar los tabúes y represiones, destacando el orgasmo como un elemento esencial para el equilibrio entre la satisfacción personal y la salud mental. Según su perspectiva, la excitación, manifestada a través de contracciones involuntarias y placenteras en el cuerpo, contribuye al bienestar individual y fortalece las relaciones interpersonales.

Desde lo planteado por Castro (2019) debido a la naturaleza compleja e inestable de los comportamientos sociales, particularmente los sexuales, resulta fundamental considerar la influencia del entorno social, en este sentido, es relevante vincular las representaciones sociales que las personas construyen con sus conductas sexuales de riesgo. La teoría de las representaciones sociales permite comprender estos fenómenos a través de las percepciones expresadas por los individuos, ya que dichas percepciones revelan creencias, concepciones y patrones de comportamiento dentro de distintos sistemas de interacción (Castro, 2019). Así, las normas y creencias socialmente compartidas en torno a lo que se considera "apropiado" para cada género, no solo condicionan la expresión de la sexualidad, sino que también pueden reforzar dinámicas de riesgo o protección en la salud sexual.

Para Ramos (2006) en la mayoría de los países, la salud sexual y reproductiva ha cobrado relevancia dentro de las políticas y programas sanitarios, reflejando una preocupación institucional por el bienestar integral de las personas, al reconocer que la sexualidad y la reproducción son dimensiones fundamentales para la realización individual y con efectos significativos en el desarrollo social y económico; la capacidad o falta de ella para controlar la fecundidad, especialmente en las mujeres, impacta directamente en la salud y el bienestar, y su negación representa una vulneración de derechos humanos, además de implicar consecuencias para la estabilidad global, el equilibrio entre la población y los recursos naturales, y la relación entre los seres humanos y su entorno. La formulación de políticas públicas en salud sexual y reproductiva ha sido impulsada por causas directas y crecientes que comprometen tanto la salud individual como colectiva, especialmente en población joven. Entre las principales razones se encuentran las altas tasas de transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), los embarazos no deseados y el aumento del consumo de sustancias psicoactivas en contextos de riesgo sexual. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), cada día más de 1 millón de personas contraen una ITS en el mundo, siendo los jóvenes entre 15 y 24 años uno de los grupos más afectados. En cuanto a los embarazos no planificados, se estima que en América Latina el 56 % de los embarazos en adolescentes no son intencionados, lo que impacta directamente en la salud física, emocional y en el desarrollo de proyectos de vida (UNFPA, 2022). Además, diversos estudios han evidenciado una relación significativa entre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas con la iniciación sexual precoz y las conductas sexuales sin protección (Moya et al., 2020), lo que incrementa la exposición a ITS y embarazos no deseados. Estas problemáticas han llevado a que los sistemas de salud desarrollen políticas y programas integrales de educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos, y estrategias de reducción de daños para promover entornos seguros y saludables en torno a la sexualidad.

Autores como Ramírez y Barriento (2015) mencionan que los servicios vinculados a la salud sexual y reproductiva buscan disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta área, al tiempo que procuran ampliar tanto la oferta como el acceso a dichos servicios. Para alcanzar este objetivo, estos autores proponen que se realice un abordaje centrado en aspectos clave como la mejora de la atención en las etapas prenatal, perinatal, posparto y neonatal, la provisión de servicios de planificación familiar e infertilidad, la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, trastornos del sistema reproductor, cáncer cérvico uterino y otras afecciones ginecológicas, así como la promoción integral de la salud sexual.

El género no solo constituye un factor clave de inequidad, sino también un eje explicativo de numerosos determinantes del proceso de enfermar y morir en mujeres y hombres, ya que, aunque las mujeres asumen biológicamente el embarazo, el parto y el puerperio, los riesgos asociados a estos procesos no se limitan a lo biológico, sino que se ven intensificados por las condiciones de atención o desatención, las exigencias del trabajo doméstico y extra doméstico realizado con o sin apoyo de sus parejas, así como por las limitaciones en su autonomía para decidir sobre los cuidados que reciben, factores que, junto con la clase social, evidencian la equidad o inequidad de género presente (Ramos, 2006).

Debido a lo anterior, Montoya (2007) plantea que la ética del cuidado en el área de la sexualidad requiere una base de idoneidad y competencia técnica, lo cual implica que el personal de salud debe incorporar los saberes teóricos y prácticos vinculados a la promoción de la salud sexual. Así estos autores afirman que el desconocimiento de los derechos sexuales tanto por parte de los profesionales como de las comunidades limita su ejercicio y obstaculiza el acceso a recursos educativos y asistenciales que podrían reducir las desigualdades. En este contexto, la actitud del personal sanitario se convierte en una herramienta clave para difundir derechos sexuales y promover la salud mental, especialmente si se enfoca en construir

relaciones basadas en la confianza mutua, facilitando así la identificación de conductas sexuales de riesgo y la transmisión de valores asociados a una sexualidad responsable.

De acuerdo con esta revisión en el presente es posible afirmar que la satisfacción sexual, entendida como parte integral del bienestar general, no puede desligarse del acceso equitativo a servicios de salud sexual ni del reconocimiento y ejercicio pleno de los derechos sexuales. La persistencia de desigualdades de género, falta de información, y la limitada apropiación del enfoque ético del cuidado por parte del personal de salud obstaculizan la vivencia saludable, placentera y autónoma de la sexualidad. Promover la salud sexual requiere no solo competencia técnica, sino también una actitud comprometida que favorezca la confianza, el respeto y la educación continua, permitiendo así identificar riesgos, reducir brechas estructurales y garantizar condiciones para que mujeres y hombres ejerzan su sexualidad de manera libre, informada y satisfactoria.

### **Cuidado Emocional**

El cuidado emocional se refiere a las prácticas y estrategias que las personas emplean para reconocer, comprender y gestionar sus emociones de manera saludable. Este concepto es fundamental en la psicología clínica y de la salud, ya que influye directamente en el bienestar psicológico y físico de los individuos. A lo largo de la historia, diversas tradiciones filosóficas y religiosas han enfatizado la importancia de la introspección y la regulación emocional, las cuales representan dos formas que históricamente se consideraron como estrategias para el cuidado emocional (Tang et al., 2020). Sin embargo, fue en el siglo XX cuando la psicología comenzó a formalizar técnicas específicas para el manejo de las emociones. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), desarrollada en las décadas de 1960 y 1970, introdujo métodos para identificar y modificar pensamientos y comportamientos

disfuncionales, constituyéndose como una de las principales estrategias de cuidado emocional, al promover una regulación emocional más adaptativa (Beck, 1976; Dobson & Dozois, 2019). Estudios actuales han demostrado que la TCC mejora significativamente la regulación emocional en pacientes con trastornos afectivos y de ansiedad (Hofmann et al., 2012; Barlow et al., 2021). Asimismo, se ha encontrado que la incorporación de prácticas introspectivas, como la atención plena (mindfulness), influye positivamente en la conciencia emocional y en la reducción de síntomas relacionados con el estrés y la depresión, consolidándose también como una estrategia contemporánea de cuidado emocional (Guendelman et al., 2017; Goldberg et al., 2022). En este sentido, el cuidado emocional se sustenta hoy tanto en intervenciones basadas en la evidencia como en prácticas reflexivas que promueven el autoconocimiento emocional y la resiliencia psicológica.

Posteriormente, surgieron enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Centrada en la Compasión (CFT), que integran prácticas de atención plena (mindfulness) y autocompasión para abordar el sufrimiento emocional. Estas terapias han demostrado ser efectivas en la reducción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, promoviendo una mayor resiliencia y bienestar psicológico (Hayes et al., 2006; Gilbert, 2010; Montero-Marín et al., 2021).

El cuidado emocional implica una serie de actividades destinadas a mantener y mejorar la salud mental. Estas actividades pueden incluir la práctica de la atención plena (mindfulness), la autocompasión, la búsqueda de apoyo social y la participación en actividades placenteras (Neff & Germer, 2013; Kabat-Zinn, 2003). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el autocuidado como un componente esencial para promover la salud, prevenir enfermedades y manejar afecciones crónicas (OMS, 2009).

La atención plena se ha definido como la capacidad de prestar atención de manera intencional al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 1994). La autocompasión, por otro lado, implica tratarse a uno mismo con amabilidad y comprensión en momentos de dolor o fracaso, reconociendo que estas experiencias son parte de la condición humana (Neff, 2003). La implementación de prácticas de cuidado emocional tiene efectos positivos en diversos aspectos de la vida. Por ejemplo, la práctica regular de la atención plena ha demostrado reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, además de mejorar la calidad del sueño y la función inmunológica (Creswell, 2017; Black & Slavich, 2016). Estas prácticas han demostrado ser efectivas en la mejora del bienestar emocional y la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión en contextos clínicos (Montero-Marín et al., 2021).

Estudios han encontrado que la autocompasión está inversamente relacionada con síntomas de estrés, depresión y ansiedad. Un metaanálisis realizado por MacBeth y Gumley (2012) indicó que niveles más altos de autocompasión se asocian con menores niveles de psicopatología, particularmente en síntomas afectivos como la ansiedad y la depresión.

Además, intervenciones basadas en la atención plena y la autocompasión han mostrado ser efectivas en la reducción del agotamiento emocional y el estrés en profesionales de la salud. El estudio de Eriksson et al. (2018) encontró que un programa web de seis semanas centrado en la autocompasión y la atención plena redujo significativamente los niveles de estrés percibido y síntomas de agotamiento emocional en psicólogos en ejercicio.

Estudios recientes han explorado diversas intervenciones orientadas al cuidado emocional, la primera a la que se refieren corresponde a la Terapia Centrada en la Compasión, esta terapia integra técnicas de entrenamiento en compasión dentro de la psicoterapia para fomentar hábitos de pensamiento más amables. Inspirada en valores budistas y desarrollada por Paul Gilbert, ha mostrado eficacia en la reducción de síntomas de

depresión, ansiedad y sentimientos de vergüenza, promoviendo una mayor autoaceptación y regulación emocional (Gilbert, 2010; Leaviss & Uttley, 2015).

La segunda corresponde a la Terapia de Aceptación y Compromiso, en esta se utilizan prácticas de atención plena y estrategias de aceptación para ayudar a las personas a convivir con sus experiencias internas y comprometerse con acciones alineadas a sus valores. Ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de ansiedad, depresión, estrés y dolor crónico (Hayes et al., 2006; A-Tjak et al., 2015). Entrenamiento en Autocompasión y Atención Plena, un estudio reciente evaluó los efectos de un programa web de seis semanas de autocompasión y atención plena en psicólogos en ejercicio. Los resultados mostraron aumentos significativos en autocompasión y mindfulness, junto con reducciones en estrés y síntomas de agotamiento emocional (Eriksson et al., 2018).

Por otro lado, la Autocompasión en Profesionales de la Salud una revisión sistemática de investigaciones empíricas evidenció que la autocompasión en profesionales de la salud se asocia con menores niveles de estrés y agotamiento, y mayores niveles de bienestar psicológico (Beaumont et al., 2016). Un estudio reciente examinó el impacto conjunto de la atención plena y la autocompasión en síntomas de ansiedad y depresión, y encontró que la resiliencia mediaba esta relación. Estos hallazgos sugieren que ambas prácticas fortalecen la capacidad de afrontar adversidades emocionales (Montero-Marín et al., 2021). El cuidado emocional se refiere a las prácticas y estrategias que las personas emplean para reconocer, comprender y gestionar sus emociones de manera saludable. Este concepto es fundamental en la psicología clínica y de la salud, ya que influye directamente en el bienestar psicológico y físico de los individuos. A lo largo de la historia, diversas tradiciones filosóficas y religiosas han enfatizado la importancia de la introspección y la regulación emocional. Sin embargo, fue en el siglo XX cuando la psicología comenzó a formalizar técnicas específicas para el

manejo de las emociones. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), desarrollada en las décadas de 1960 y 1970, introdujo métodos para identificar y modificar pensamientos y comportamientos negativos, promoviendo así un mejor equilibrio emocional (Beck, 1976; Dobson & Dozois, 2019).

Posteriormente, surgieron enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Centrada en la Compasión que integran prácticas de atención plena (*mindfulness*) y autocompasión para abordar el sufrimiento emocional. Estas terapias han demostrado ser efectivas en la reducción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés, promoviendo una mayor resiliencia y bienestar psicológico (Hayes et al., 2006; Gilbert, 2010; Montero-Marín et al., 2021).

La implementación de prácticas de cuidado emocional tiene efectos positivos en diversos aspectos de la vida. Por ejemplo, la práctica regular de la atención plena ha demostrado reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, además de mejorar la calidad del sueño y la función inmunológica (Creswell, 2017; Black & Slavich, 2016). Asimismo, el desarrollo de la autocompasión se asocia con una mayor resiliencia y bienestar psicológico (Neff & Germer, 2013).

La metacognición, entendida como la conciencia y regulación de los propios procesos cognitivos, desempeña un papel crucial en el cuidado emocional. Intervenciones que fomentan la metacognición han demostrado mejorar la autorregulación emocional y reducir síntomas de ansiedad y depresión (Weight & Bond, 2022). Además, la metacognición está relacionada con la capacidad de evaluar y ajustar estrategias de afrontamiento, lo que contribuye al bienestar psicológico (Rivas et al., 2022). El pensamiento crítico, definido como la capacidad de analizar y evaluar información de manera objetiva, se vincula estrechamente con la metacognición y el cuidado emocional. Estudios han encontrado que el

pensamiento crítico mejora la conciencia metacognitiva, lo que a su vez facilita una mejor regulación emocional y bienestar psicológico (Rivas et al., 2022). El acceso a información precisa y relevante es fundamental para el éxito de las intervenciones psicológicas.

Programas de entrenamiento metacognitivo han demostrado que proporcionar a los individuos herramientas y conocimientos adecuados mejora la autorregulación y el rendimiento, tanto en contextos educativos como terapéuticos (Zheng, 2016).

Las intervenciones de segunda y tercera generación ofrecen herramientas efectivas para el cuidado emocional, abordando no sólo los síntomas de trastornos mentales, sino también fortaleciendo habilidades cognitivas y emocionales clave. La integración de variables predictivas como la metacognición, el pensamiento crítico y el acceso a la información en estas terapias potencia su eficacia y contribuye a una mejora significativa en la salud mental y el bienestar de los individuos.

El cuidado emocional es esencial para el mantenimiento de la salud mental y física. Las intervenciones basadas en la atención plena, la autocompasión y la resiliencia han demostrado ser efectivas en la mejora del bienestar psicológico (Neff & Germer, 2013; Creswell, 2017; Montero-Marín et al., 2021). La investigación continua en psicología clínica y de la salud es crucial para desarrollar y perfeccionar estas intervenciones, adaptándolas a las necesidades individuales y contextos específicos (Hayes et al., 2006; Gilbert, 2010). El cuidado emocional es una variable transversal que influye significativamente en la salud física y mental de las personas. La evidencia científica demuestra que prácticas como la atención plena y la autocompasión, así como la adopción de hábitos saludables, están asociadas con un mejor bienestar emocional (Black & Slavich, 2016; Vázquez et al., 2022).

Asimismo, la orientación sexual y la calidad del entorno social desempeñan un papel crucial en la salud mental, especialmente en poblaciones LGBTIQ+ (Meyer, 2003; Pachankis

et al., 2015). La implementación de estrategias de autocuidado y la promoción de entornos inclusivos y respetuosos son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar general de las personas (Hatzenbuehler, 2016). Integrar estrategias que promuevan el cuidado emocional en diversos contextos, desde la educación hasta la atención médica, es vital para mejorar la calidad de vida y el bienestar general de las personas (Rivas et al., 2022; Zheng, 2016).

### **Conclusión de las Variables**

La metacognición, entendida como la capacidad de reflexionar, supervisar y regular los propios procesos cognitivos (Flavell, 1979), ha demostrado ser un constructo clave en el desarrollo personal, el aprendizaje y la salud mental. Su evolución teórica desde la filosofía clásica hasta la neurociencia contemporánea (Flavell, 1979; Fleming & Dolan, 2012) ha permitido comprender su influencia en la autorregulación, la toma de decisiones y el bienestar psicológico (Zimmerman, 2002; Garay Arostegui et al., 2014; Li et al., 2023). Estudios recientes destacan su relevancia en contextos educativos, clínicos y sociales, y subrayan su papel central en el aprendizaje autónomo, la inteligencia emocional y la recuperación de trastornos mentales graves (Perikova & Starchenko, 2019; Inchausti et al., 2017; Castro et al., 2021). Por tanto, fomentar la metacognición representa una vía esencial para promover el desarrollo integral y el bienestar en diversas etapas de la vida.

El pensamiento crítico, con raíces filosóficas en Sócrates y desarrollado por pensadores como Kant, Hegel y Dewey (Paul, 1990; Kant, 1787; Dewey, 1910), es una habilidad esencial en la psicología clínica y de la salud. Permite evaluar diagnósticos e intervenciones con objetividad (Halpern, 2014; D’Zurilla & Nezu, 2010) y fortalece tanto la práctica profesional como la autonomía del paciente (Tsai et al., 2018; Sadeghi et al., 2020).

Su estrecha relación con la metacognición (Osorio, 2020) y su relevancia en la formación educativa (Méndez & Palomeque, 2022; Prokop-Dorner et al., 2024) lo convierten en una competencia clave para fomentar el bienestar individual y comunitario, así como la toma de decisiones informadas y sostenibles (Kelman & Meriläinen, 2022).

Los estereotipos de género, aunque cumplen una función organizadora en lo social (McFarlane, 2014), suelen reforzar desigualdades que afectan negativamente la identidad, la salud mental y el acceso equitativo a servicios (López-Sáez et al., 2014; Cáceres et al., 2013). Comprender la identidad de género como un proceso dinámico permite visibilizar la diversidad y cuestionar normas impuestas (Butler, 1999; Vargas-Trujillo, 2007). Promover el pensamiento crítico, la educación en salud y la inclusión contribuye a deconstruir estereotipos, mejorar el bienestar y garantizar el respeto por las distintas expresiones identitarias (Greenaway et al., 2024; Fernández et al., 2022).

La orientación sexual es un componente esencial de la identidad humana y ha sido objeto de un profundo desarrollo teórico y empírico desde diversas ramas de la psicología. A lo largo del tiempo, investigaciones como las de Kinsey (1948), Cass (1979), Herek (2000) y Meyer (2003) han contribuido a comprender su complejidad desde una perspectiva continua, integradora y contextual. Actualmente, desde la psicología clínica y de la salud, se reconoce que la orientación sexual influye directamente en el bienestar psicológico, y que factores como el estrés de minoría, la discriminación y las barreras en el acceso a servicios médicos afectan de manera desproporcionada a las personas LGBTQ+ (Hatzenbuehler, 2014; Pachankis, 2018). Por ello, se enfatiza la necesidad de intervenciones afirmativas y modelos de atención inclusivos que promuevan la salud integral y los derechos de esta población (APA, 2024; Hughto et al., 2021).

La comprensión de la orientación sexual ha evolucionado desde un modelo binario hacia una visión más fluida e inclusiva gracias a aportes como los de Kinsey y Klein (García et al., 2020). Sin embargo, la heteronormatividad sigue generando discriminación y malestar tanto en personas LGBTQ+ como en heterosexuales que no se ajustan a los roles tradicionales (Herz & Johansson, 2015; Bosson et al., 2005). La autoaceptación y la autocompasión emergen como factores protectores clave, asociados con menor malestar psicológico y mejor salud mental en personas con orientaciones diversas (Hall, 2018; Carvalho & Guiomar, 2022; Liu et al., 2023; Regan et al., 2023), lo que destaca la importancia de promover intervenciones que fortalezcan estos recursos personales.

Los inmunógenos comportamentales como el ejercicio, la alimentación saludable, el sueño adecuado y el manejo del estrés fortalecen el sistema inmunológico y mejoran la salud física y mental (Matarazzo, 1985; Segerstrom & Miller, 2004; Irwin, 2019). Su efectividad está influida por determinantes sociales y psicológicos como la pobreza, la autoeficacia y el capital social (Leiva-Peña et al., 2021; Díaz et al., 2020), lo que resalta la necesidad de intervenciones integrales desde la psicología de la salud para promover estilos de vida saludables de manera equitativa (Franco Giraldo, 2022; Martínez et al., 2021).

La satisfacción sexual, como componente esencial del bienestar general, está profundamente influida por factores psicológicos, socioculturales y estructurales (Rodríguez, 2010; Carroble et al., 2011; Stulhofer et al., 2010). No puede comprenderse ni garantizarse sin un acceso equitativo a servicios de salud sexual, una educación integral en sexualidad y el reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos (Montoya, 2007; Ramos, 2006; Ramírez y Barriento, 2015). Las desigualdades de género, los tabúes culturales y la falta de competencias éticas y técnicas del personal sanitario siguen limitando una vivencia plena, autónoma y saludable de la sexualidad (Castro, 2019; Tirado, 2017; Colán y Fukabori,

2019), haciendo imprescindible un enfoque integral que combine atención, educación y cuidado con perspectiva de derechos.

El cuidado emocional es una práctica esencial para el bienestar psicológico y físico, sustentada por intervenciones basadas en evidencia como la Terapia Cognitivo-Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso, y la Terapia Centrada en la Compasión (Beck, 1976; Hayes et al., 2006; Gilbert, 2010). Estrategias como la atención plena y la autocompasión han demostrado reducir significativamente el estrés, la ansiedad y la depresión, fortaleciendo la resiliencia emocional (Neff & Germer, 2013; Creswell, 2017; Montero-Marín et al., 2021). Además, variables como la metacognición, el pensamiento crítico (Rivas et al., 2022; Vázquez et al., 2022). Integrar estas prácticas en contextos clínicos, educativos y sociales, especialmente en poblaciones vulnerables, es clave para promover una salud mental inclusiva y sostenible (Meyer, 2003; Hatzenbuehler, 2016).

El cuidado emocional es un componente clave para la salud mental y física, y se sustenta en la capacidad de las personas para reconocer, comprender y regular sus emociones. Estrategias como la atención plena, la autocompasión y la introspección no sólo favorecen la gestión emocional, sino que fortalecen habilidades cognitivas como la metacognición y el pensamiento crítico. Estas, a su vez, permiten evaluar y ajustar las respuestas emocionales de manera más adaptativa. La interacción entre estas variables crea un círculo virtuoso en el que el conocimiento de uno mismo, la regulación emocional y el desarrollo personal se retroalimentan, generando un mayor bienestar psicológico. Incorporar estas prácticas en diferentes contextos personales y sociales no solo mejora la calidad de vida individual, sino que también contribuye a entornos más empáticos, inclusivos y saludables.

**Pregunta de investigación:**

¿Es significativa la relación de influencia de la metacognición el pensamiento crítico el acceso a la información / nivel de conocimiento o nivel de formación en salud sobre los inmunógenos comportamentales, satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual, cuidado emocional, considerando los estereotipos / identidad de género, orientación sexual (identidad) como mediadoras de esta relación?

**Objetivo general**

Observar si es significativa la relación de influencia de la metacognición el pensamiento crítico el acceso a la información / nivel de conocimiento o nivel de formación en salud sobre los inmunógenos comportamentales, satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual, cuidado emocional, considerando los estereotipos / identidad de género, orientación sexual (identidad) como mediadoras de esta relación, en adultos jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá.

**Objetivos específicos**

Respecto a la población objeto de estudio adultos jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá.:

1. Describir el comportamiento de las variables predictivas metacognición, pensamiento crítico, acceso a la información / nivel de conocimiento o nivel de formación en salud.

2. Describir el nivel de las variables mediadoras (estereotipos / identidad de género, orientación sexual a nivel identitario) y las variables criterio inmunógenos comportamentales, satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual, cuidado emocional.
3. Establecer si la relación entre metacognición, pensamiento crítico, acceso a la información / nivel de conocimiento o nivel de formación en salud e inmunógenos comportamentales, satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual, cuidado emocional es significativa.
4. Poner a prueba el nivel de ajuste global del modelo interno y el modelo externo de análisis.

### **Hipótesis**

H1. La metacognición se relaciona significativa y positivamente con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional.

H2. El pensamiento crítico se relaciona significativa y positivamente con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional.

H3. El acceso a la información y el nivel de conocimiento se relaciona significativa y positivamente con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional.

H4. La metacognición está relacionada con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por los estereotipos de género/identidad de género.

H5. La metacognición se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por la orientación sexual (identidad).

H6. El pensamiento crítico se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por los estereotipos de género/identidad de género.

H7. El pensamiento crítico se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por la orientación sexual (identidad).

H8 El acceso a la información / nivel de conocimiento o nivel de formación en salud se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por los estereotipos de género/identidad de género.

H9. El acceso a la información / nivel de conocimiento o nivel de formación en salud se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por la orientación sexual (identidad).

## Método

### Diseño

El diseño de investigación del presente estudio se desarrolló bajo el paradigma empírico-analítico, por lo cual la aproximación al objeto de estudio se orienta a la búsqueda de la predicción y el control de los fenómenos (Habermas, 1990; Popper et al., 1978). Por ende, la presente investigación cuenta con un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal de carácter prospectivo no experimental (Hernández et al., 2018). El componente correlacional-explicativo se centró en análisis de modelos de ecuaciones estructurales, mediante el procedimiento no paramétrico de mínimos cuadrados parciales (MCP).

Este tipo de análisis permite identificar hasta qué punto las variables predictoras explican el comportamiento de las variables criterio y mediadoras, y además estimar el grado de validez del modelo de relaciones propuestas en su conjunto (Hair et al., 2021). En la estructura del modelo relacional, el análisis mediante ecuaciones estructurales distingue dos categorías principales de variables. El primer tipo hace referencia a las medidas de respuesta o variables observadas, las cuales incluyen tanto las dimensiones específicas de cada construcción como sus puntajes totales. El segundo tipo corresponde a las variables latentes, que se derivan de la integración de estas medidas de respuesta u observadas y representan los constructos teóricos.

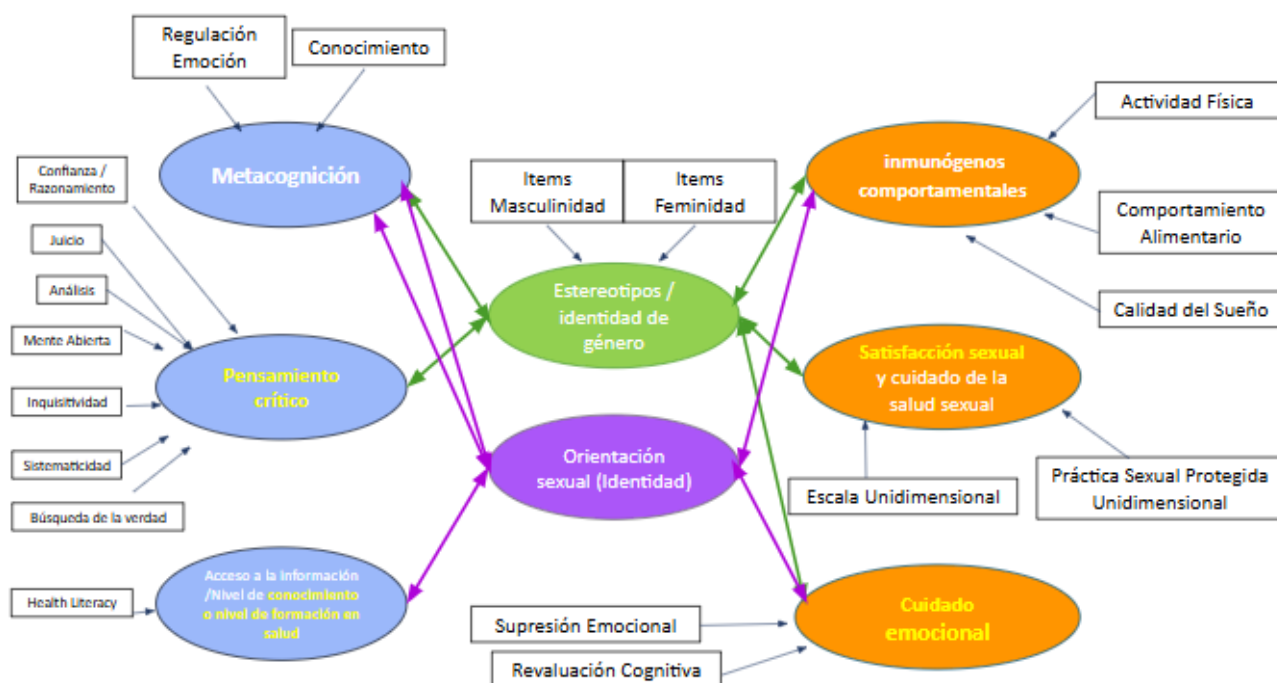
En cuanto al modelo del componente cuantitativo que se evaluó en la presente investigación y que nos permitió evaluar las hipótesis planteadas, se ilustra en la figura 1. Las variables latentes se grafican como óvalos, y las variables observadas o medidas de respuesta como cuadrados. Por ejemplo, la variable metacognición es una variable latente que resulta

de la unión de las medidas de respuesta o variables observadas de la regulación emoción y conocimiento.

En la figura 1 se muestra el esquema de las relaciones previstas entre las variables incluidas en el estudio.

*Figura 1*

*Diagrama de relaciones esperadas del componente cuantitativo.*



## Participantes

Los participantes de la presente investigación fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 314 adultos jóvenes de la ciudad de Bogotá, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 30 años; la limitación de la edad se sustenta en estudios regionales que ubican la adultez joven entre los 18 y 35 años, así como en la conceptualización global de Papalia y Martorell (2021) quienes sitúan

esta etapa del desarrollo aproximadamente entre los 18 y 40 años. En el estudio, se incluyeron estudiantes universitarios de pregrado o posgrado pertenecientes a diversas áreas de conocimiento, sin distinción por la configuración de la identidad sexual (hombre o mujer cisgénero, persona trans, no binaria u otras identidades) ni por la orientación sexual, abarcando desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva, siguiendo lo propuesto por la escala Kinsey.

Los y las estudiantes que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación firmaron un consentimiento informado en el cual se describieron los objetivos del estudio, las condiciones de su participación y las garantías relacionadas con el anonimato y la confidencialidad de los datos. En la sección correspondiente al procedimiento y a las consideraciones éticas se detallan los elementos incluidos en dicho consentimiento y los demás lineamientos éticos que guiaron el estudio. Asimismo, la investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Fundación Universitaria Unisanitas.

Dentro de los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta en el presente estudio están los siguientes: personas que reportaron dificultades con el contenido de las preguntas de los cuestionarios, quienes manifestaron no querer participar voluntariamente en el estudio, personas con algún tipo de dificultad manifiesta para leer y responder a los cuestionarios.

### **Muestreo**

Aleatorio simple de acuerdo con el universo de adultos jóvenes universitarios de Bogotá a partir de los criterios de inclusión no probabilístico de conveniencia.

## Tamaño de la muestra

Para determinar el número adecuado de participantes, se llevó a cabo mediante el método lineal no paramétrico de mínimos cuadrados parciales, se tomó como referencia el modelo estocástico utilizado para el análisis mediante ecuaciones estructurales. Este enfoque plantea que, para estimar de manera apropiada el tamaño del efecto de las relaciones predictivas propuestas, es necesario considerar varios indicadores: el número de variables latentes incluidas en el modelo, la cantidad de variables observadas o medidas de respuesta, el tamaño del efecto esperado que, según el nivel de precisión requerido, puede oscilar entre 0,10 y 0,30, siendo el primero un criterio más estricto, además del poder estadístico deseado y el nivel de significancia establecido. Estas directrices metodológicas se fundamentan en las recomendaciones de Cohen (1988), Soper (2024) y Westland (2010).

Por lo que, en la presente investigación se contó con 13 variables latentes y 91 variables observables o unidades de respuesta; se estimó un tamaño de efecto previsto de 0,2 moderado, un nivel de poder estadístico de 0,8 y un nivel de probabilidad de 0,05 (95%). De acuerdo con ello y como resultado del cálculo a través del instrumento construido por Soper (2025) el número mínimo de participantes para esta investigación fue de 314, con un total de 158 mujeres y 154 hombres con una media de 24,6 años y una desviación estándar de 5,16. En el contexto de las investigaciones analíticas que emplean como método de análisis las ecuaciones estructurales, bien sea mediante el modelo tradicional de covarianzas o el lineal no paramétrico como en el caso del seleccionado en este estudio, de mínimos cuadrados parciales, a este método de estimación se le conoce con nombre de estimación a través del método apriori estocástico. En el contexto latinoamericano, estos análisis han sido validado por Barahona et al. (2020).

El enfoque cuantitativo resulta adecuado y coherente con la orientación paradigmática de este estudio, debido a su capacidad para proporcionar datos objetivos, medibles y comparables, lo que permitió aplicar instrumentos validados, realizar análisis estadísticos rigurosos y obtener resultados generalizables dentro del contexto de estudio. Además, este diseño ofrece la posibilidad de explorar el grado de asociación entre las variables, sin pretender establecer relaciones de causalidad, lo cual fue coherente con la naturaleza del problema de investigación y el alcance propuesto. Sin embargo, este modelado de ecuaciones permite controlar por el tipo de análisis de estadística inferencial de segunda generación, la dirección de las relaciones, por lo que es correcto describirlas como relaciones de influencia.

En resumen, este modelo metodológico facilita una comprensión más precisa del fenómeno estudiado, sustentada en datos empíricos que permitieron caracterizar a la población y evidenciar patrones significativos de relación entre las variables, contribuyendo así al cuerpo de conocimiento científico en el campo de la psicología clínica y de la salud.

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

Los datos fueron recolectados directamente de las personas participantes, quienes correspondían a adultos jóvenes entre 18 y 30 años, residentes en la ciudad de Bogotá y estudiantes universitarios de pregrado o posgrado, sin restricción respecto al área de formación. También se incluyeron personas de diversos niveles socioeconómicos. Si bien en el texto se hace referencia al espectro propuesto por la Escala de Kinsey, esta no fue utilizada como instrumento de evaluación; su mención tiene como propósito aclarar que la orientación sexual no constituyó un criterio de inclusión ni exclusión. Esta decisión se fundamentó en la revisión de la literatura, en la cual no se halló evidencia suficiente que indicara que la

orientación sexual tuviera un efecto relevante en la explicación o el comportamiento de las relaciones que fueron objeto de análisis en este estudio.

Se tuvieron presentes los criterios de exclusión por lo que la recolección de datos se realizó de forma virtual, mediante un formulario auto diligenciado en línea que incluyó los cuestionarios seleccionados para nuestra investigación. Para garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión se podrán contactar mediante dos estrategias. En la primera a través de correo electrónico o número de teléfono mediante redes sociales de contacto directo como WhatsApp, estableciendo el contacto de manera informal por redes de conocidos, como en el caso de la técnica de recolección de la muestra de la “Bola de nieve”. En la segunda a través de comunicación con instituciones de educación superior a quienes se les entregó una comunicación escrita y de acuerdo con sus disposiciones se presentó el estudio a los estudiantes en aula o a través del docente, quien posteriormente remitieron la lista de correo de quienes aceptaron participar para el envío del enlace de acceso al formulario donde estarán las preguntas. Se anexa modelo de carta a las instituciones. Este mismo mecanismo se empleó para los estudiantes de Unisanitas.

Al interior del formulario digital se brindó la información sobre los objetivos y condiciones del estudio antes de otorgar su consentimiento informado. El equipo de investigación mantuvo comunicación constante con los participantes para aclarar dudas y garantizar la comprensión de los instrumentos.

Se aplicó el conjunto de cuestionarios estandarizados y validados que evalúan las variables latentes y observadas de interés en el estudio, sumando un total de 13 variables latentes y 91 variables observadas. Estos instrumentos fueron seleccionados por su pertinencia conceptual y psicométrica para medir las dimensiones relacionadas con el comportamiento y los inmunógenos comportamentales.

Los datos recolectados fueron exportados y analizados en el software estadístico SmartPLS 4, el cual permitió modelar ecuaciones estructurales mediante mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM). Se realizaron procedimientos de limpieza, codificación y verificación de los datos antes del análisis, siguiendo protocolos estandarizados para asegurar la calidad y homogeneidad de la información.

Los cuestionarios utilizados cuentan con instrucciones uniformes y escalas previamente validadas en investigaciones similares, lo que asegura la comparabilidad de las respuestas. La aplicación virtual nos permitió un control sistemático en el registro de las respuestas, evitando la pérdida de información y garantizando la estandarización en las condiciones de aplicación.

Para garantizar la confiabilidad y validez de los datos se emplearon las siguientes estrategias: 1. Verificación de consistencia interna de los instrumentos mediante el cálculo del alfa de Cronbach y la fiabilidad compuesta. 2. Control de datos perdidos, atípicos o incoherentes mediante análisis exploratorios y estadísticos descriptivos iniciales. 3. Aplicación de criterios de exclusión de registros incompletos inconsistentes en la base de datos. 4. Análisis de validez convergente y discriminante a través de cargas cruzadas y el cálculo de la varianza extraída media (AVE). 5. Control de multicolinealidad mediante el cálculo del índice de varianza inflada (VIF).

De esta forma, el procedimiento de recolección y análisis de datos se estructuró de manera rigurosa, asegurando tanto la calidad metodológica como la validez de los resultados que se obtendrán en el estudio.

## **Plan de análisis**

Para el desarrollo del plan de análisis se contemplaron dos fases principales. En la primera fase, correspondiente a la validación del modelo, se evaluó la validez externa mediante el análisis de las relaciones entre las variables observadas y las variables latentes. Para ello se examinaron indicadores de consistencia interna, tales como el alfa de Cronbach, el coeficiente Rho de Goldstein o de Jöreskog, la fiabilidad compuesta y la varianza media extraída. Asimismo, se revisaron las cargas cruzadas con el fin de descartar posibles problemas de multicolinealidad entre los indicadores, y se estimó el índice de varianza inflada (VIF) como medida adicional de independencia entre las variables. En cuanto a la validez interna del modelo, esta se verificó mediante la Raíz Cuadrada Media Estandarizada (SRMR) y el Índice de Ajuste Normado (NFI), los cuales permitieron valorar el grado de adecuación del modelo y la coherencia de las relaciones de influencia propuestas.

En la segunda fase se procedió a la prueba de hipótesis sobre las relaciones de influencia definidas en el modelo. Para ello se utilizó el estadístico t de Student, considerando tanto los coeficientes beta como sus niveles de significación con el objetivo de determinar si las relaciones planteadas resultaban estadísticamente relevantes. Finalmente, se calculó el valor de R cuadrado ajustado para las variables criterio, con el fin de estimar la proporción de varianza explicada por las variables predictoras.

## **Instrumentos**

En primer lugar, para la medición de la variable metacognición se implementará el Inventario de Habilidades Metacognitivas (MAI), desarrollado por Schraw y Dennison en 1994, es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la conciencia metacognitiva en

contextos educativos. Este instrumento consta de 52 ítems distribuidos en dos componentes principales: conocimiento de la cognición y regulación de la cognición, los cuales se subdividen en ocho categorías específicas: conocimiento declarativo, procedimental y condicional; planificación, organización, monitoreo, depuración y evaluación. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, permitiendo así una evaluación detallada de las habilidades metacognitivas de los individuos.

En el contexto colombiano, Huertas Bustos, Vesga Bravo y Galindo León (2014) llevaron a cabo la adaptación y validación del MAI con una muestra de 536 estudiantes de educación media en Bogotá. Los resultados de este estudio demostraron una alta consistencia interna del instrumento, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.94 para el total de la escala. Además, las ocho categorías presentaron coeficientes que oscilaron entre 0.61 y 0.71, indicando una fiabilidad aceptable en cada subescala. Estos hallazgos respaldan la validez y confiabilidad del MAI en el contexto colombiano, permitiendo su aplicación en investigaciones y prácticas educativas orientadas a evaluar y fortalecer las habilidades metacognitivas de los estudiantes.

En segundo lugar, para la medición de la variable de Pensamiento Crítico se implementará el Inventario de Disposición hacia el Pensamiento Crítico (CCTDI), por sus siglas en inglés) desarrollada para evaluar la inclinación o disposición de los individuos hacia el pensamiento crítico, entendida como la motivación y actitud favorable para aplicar habilidades de análisis, evaluación y razonamiento en diversas situaciones. Este instrumento fue diseñado por Facione y Facione (1992) y se basa en el consenso Delphi sobre el pensamiento crítico, que identifica siete disposiciones fundamentales: búsqueda de la verdad, mente abierta, análisis, sistematicidad, confianza en el razonamiento, inquisitividad y madurez en el juicio.

El IDPC (sigla en español) consta de 75 ítems distribuidos en las siete dimensiones mencionadas, y utiliza una escala tipo Likert de seis puntos para medir el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. En cuanto a su consistencia interna, el instrumento ha demostrado una fiabilidad aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.74 en estudios realizados en contextos educativos, lo que indica una adecuada coherencia entre los ítems que componen cada dimensión (Olivares Olivares y López Cabrera, 2017).

En tercer lugar, para la medición de la variable acceso a la información se implementará el cuestionario, Acceso a la información/ Nivel de conocimiento o nivel de formación en salud.SAHLISA-50 (Lee et al., 2006; Macha-Quillama et al., 2017).su es objetivo es determinar el nivel de alfabetización sanitaria, Evalúa comprensión de términos e información en salud, este instrumento, se compone de 50 ítems, combina el test de reconocimiento de palabras como el (REALM) y un test de opción múltiple, con el fin de evaluar la habilidad de comprensión en términos básicos de salud, y tiene una buena consistencia interna ( alfa de Cronbach=0.92) y la fiabilidad test-retest (r de pearson=0.86)

En cuarto lugar, para la variable estereotipos / identidad de género se implementará el Inventario Masculinidad / Femenidad (IMAFE) (Lara, 1993; validada por Martínez et al (2012) en Colombia). Está basado en el Inventario de Roles Sexuales de Bem (1974). Fue desarrollado con el propósito de medir características de personalidad asociadas a los roles de género. Este instrumento se compone de 60 ítems distribuidos equitativamente en cuatro escalas: Masculinidad, Femenidad, Machismo y Sumisión. Cada ítem corresponde a un adjetivo que los participantes califican mediante una escala tipo Likert de siete puntos, que va desde "nunca o casi nunca soy así" hasta "siempre o casi siempre soy así". En 2012, Martínez Gómez, Guerrero Rodríguez y Rey Anaconda llevaron a cabo una validación del IMAFE en una muestra colombiana de 1,527 individuos, hombres y mujeres, con edades entre 15 y 42

años. El análisis factorial realizado en este estudio identificó tres factores que explicaban el 30.8% de la varianza, congruentes con los encontrados en la validación original del instrumento. La confiabilidad del IMAFE se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo valores entre 0.76 y 0.88 para las diferentes escalas.

Debido a sus propiedades psicométricas validadas y su adecuación cultural, la versión del IMAFE validada por Martínez et al. (2012) es apta para ser implementada en investigaciones que requieran evaluar la variable de roles de género o dimensiones relacionadas como masculinidad, feminidad, machismo y sumisión.

En sexto lugar, en la variable Identidad con la orientación sexual se implementará la Escala de Identidad con la Orientación Sexual (EIOS) busca evaluar el grado de identificación y aceptación de la orientación sexual en individuos con orientaciones sexuales diversas. La escala consta de 21 ítems, cuenta con una escala de respuestas tipo Likert de 5 puntos, que va desde "Totalmente en desacuerdo" hasta "Totalmente de acuerdo". El instrumento fue sometido a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos en el área de la psicología y estudios de género. La consistencia interna de la escala se evaluó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.85, lo que indica una alta fiabilidad (Vargas-Trujillo y Castro, 2009, citado en Vargas-Trujillo, 2011; basado en Brady-Stephen, 1998).

La investigación de Vargas Trujillo et al. (2011) se propuso explorar las experiencias familiares de madres y padres con orientaciones sexuales diversas en Colombia. A través de entrevistas en profundidad y la aplicación de instrumentos como la EIOS, el estudio identificó que la aceptación de la propia orientación sexual y el proceso de "salir del clóset" son aspectos fundamentales que impactan en las relaciones familiares y en el bienestar psicológico de los individuos. Los resultados destacaron la importancia del apoyo social y

familiar en la construcción de una identidad sexual positiva y en la reducción de la estigmatización.

En séptimo lugar, para la variable de los Inmunógenos comportamentales se implementarán tres escalas de medición, las cuáles se presentan a continuación:

1. El cuestionario de autoeficacia para el ejercicio, Self-Efficacy for Exercise Questionnaire (SEEQ), desarrollado por Marcus, Selby, Niaura y Rossi (1992), es un instrumento diseñado para evaluar la percepción de autoeficacia de una persona para mantener la práctica de ejercicio físico en situaciones difíciles o adversas. Este cuestionario consta de cinco ítems que abordan escenarios comunes que suelen interferir con la actividad física, tales como mal tiempo, cansancio o falta de tiempo. Cada ítem se califica en una escala de 0 (nada seguro) a 100 (completamente seguro), obteniéndose una puntuación global que refleja el nivel general de autoeficacia para el ejercicio. En su validación original, el SEEQ mostró una adecuada consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82 (Marcus et al., 1992). Estudios posteriores han confirmado su validez en diversas poblaciones, incluyendo su adaptación a idiomas y contextos culturales distintos, como el italiano, con coeficientes alfa de 0.80 en personas con enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 (Sardinha et al., 2021). Este instrumento ha demostrado ser útil tanto en investigación como en intervenciones de salud pública, ya que la autoeficacia se considera un predictor robusto del comportamiento de ejercicio.

2. El cuestionario de autoeficacia en el estilo de vida para el control del peso autoeficacia de actividad física, Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (WEL), desarrollado por Clark, Abrams, Niaura, Eaton y Rossi (1991), es una escala ampliamente utilizada para evaluar la autoeficacia percibida en relación con el control del comportamiento alimentario. El instrumento mide la confianza de la persona para resistir

la ingesta de alimentos en situaciones desafiantes como emociones negativas, presión social, disponibilidad de comida, malestar físico o durante actividades recreativas. La versión original del WEL incluye 20 ítems, mientras que adaptaciones recientes como la versión chilena han validado una forma abreviada de 11 ítems con excelentes propiedades psicométricas. Esta versión reducida ha reportado una alta consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93, y un análisis factorial confirmatorio que respalda una estructura de tres factores explicativos (Araneda et al., 2023). Asimismo, la validez convergente del instrumento fue corroborada por correlaciones significativas con otras medidas relacionadas con la conducta alimentaria y el control del peso. El WEL es una herramienta valiosa en la evaluación de intervenciones conductuales orientadas al manejo del peso y la prevención de la obesidad.

3. El Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), desarrollado por Buysse et al (1989), es un instrumento ampliamente validado que evalúa la calidad del sueño durante el último mes a través de 19 ítems distribuidos en siete componentes: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones del sueño, uso de medicación y disfunción diurna. Cada componente se califica en una escala de 0 a 3, obteniendo una puntuación global que varía entre 0 y 21, donde puntuaciones mayores a 5 indican mala calidad del sueño. La versión española, adaptada por Royuela y Macías (1997), ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas. En una muestra de pacientes con fibromialgia, se reportó una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.805 y una fiabilidad test-retest de 0.773 (Hita-Contreras et al., 2014). Además, el análisis factorial exploratorio identificó dos factores con alfas de 0.866 y 0.712, lo que respalda su validez estructural. También se observó una adecuada validez convergente, evidenciada por correlaciones significativas con medidas de impacto de la salud física y mental (Hita-Contreras et al., 2014). Estas propiedades respaldan el uso del PSQI como un instrumento

confiable y válido para la evaluación de la calidad del sueño en contextos clínicos y de investigación en población hispanohablante.

En octavo lugar, para la variable de Satisfacción Sexual se considera oportuno implementar la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva - Versión Breve (ESSS-B), es un instrumento psicométrico diseñado para evaluar la percepción subjetiva de satisfacción sexual en personas adultas, tomando en cuenta tanto componentes afectivos como valorativos de la experiencia sexual. Fue desarrollada por Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2009) como una versión abreviada de la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva original, con el propósito de facilitar su aplicación manteniendo robustas propiedades psicométricas.

La ESSS-B consta de 4 ítems, evaluados mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. La versión breve ha demostrado excelente consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.92, reportado en diversas muestras de población general, lo cual respalda su fiabilidad. En cuanto a su validez, presenta evidencia de validez convergente, correlacionando significativamente con otras medidas de satisfacción sexual, funcionamiento sexual y bienestar psicológico general, además de contar con adecuada validez factorial confirmatoria, manteniendo una estructura unidimensional clara.

Este instrumento es especialmente útil en estudios de intervención, evaluación clínica y seguimiento terapéutico, debido a su brevedad, claridad en la formulación de ítems y sólida fundamentación empírica. Es adecuado para población adulta de diferentes orientaciones sexuales y contextos culturales, y ha sido validado en español, lo cual lo convierte en una herramienta pertinente para investigaciones en el ámbito hispanohablante.

En noveno lugar, para el cuidado de la salud sexual: práctica sexual protegida, J.A, Castro Munoz, (2021). este instrumento tiene como objetivo evaluar el nivel de comportamientos sexuales responsables y las prácticas de autocuidado relacionadas con el

uso de preservativos, la planificación y la prevención de transmisión sexual(ITS), este instrumento se emplea principalmente en poblaciones adolescentes y jóvenes, consta de 7 ítems, y una validez de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.93, y utiliza una escala de tipo Likert de 5 puntos ( 1= Nunca, 5= Siempre) y consiste en el evaluar todas aquellas prácticas sexuales físicas con uso de protección y sin factores de riesgo

Finalmente, para la variable del Cuidado Emocional: está el instrumento ERQ , o validación psicométrica del cuidado emocional, Navarro et al.(20218), que tiene un total de 10 ítems, divididos en dos subescalas correspondientes a las dos estrategias de regulación emocional, Reevaluación cognitiva (6 ítems) y supresion (4 ítems), este instrumento se utiliza para evaluar el estilo predominante de regulación emocional en adolescentes, permitiendo identificar el nivel de uso de estrategias adaptativas( reevaluación) y no adaptativas ( supresión) los ítems se corresponden a una escala tipo Likert de (1=completamente desacuerdo -5 completamente de acuerdo) y una validez de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.71,

### **Control de sesgos.**

El control de los sesgos se llevó a cabo a partir de los criterios de inclusión y exclusión, el plan de análisis para las escalas y para el análisis de las relaciones que se proponen. Además, se considerarán las limitaciones relacionadas con la aplicación de los instrumentos en línea, la deseabilidad social que estará incrementada por el tipo de muestreo y su consecución, así como por el deseo voluntario en la participación, y por el conocimiento que los participantes tendrán acerca del acceso al equipo de investigación a la identificación de sus respuestas debido a las consideraciones éticas al tratarse de variables relacionadas con su salud mental, física y psicosocial.

### **Consideraciones éticas**

Para el desarrollo de esta investigación se cumplirá a cabalidad con lo requerido en el artículo 2 (numerales 5, 6 y 8) de la ley 1090 del 2006 del ejercicio profesional del psicólogo, garantizando así los principios de privacidad, anonimato y conocimiento pleno por parte de los participantes acerca del objetivo del estudio. De igual forma, se contempla el artículo 8 de la Ley 1616 de Salud Mental de 2013. Finalmente, la ejecución de este proyecto no incluyó procesos o acciones invasivas que pongan en riesgo la integridad física, mental o moral de los participantes.

Se procedió acorde a lo estipulado por la ley 1090 del código de ética del psicólogo del 2006, se respetará la confidencialidad en el manejo de la información, en este caso mediante el uso del modelo de consentimiento informado el cual se garantizó que la información suministrada se haya analizado en conjunto para cumplir con los objetivos de la investigación. Adicionalmente se aclara que al implementarse escalas de medición validadas en las cuales se indaga acerca de variables que comprometen la evaluación de las creencias y prácticas asociadas con en el cuidado de la salud, y promoción del bienestar, los investigadores analizarán las respuestas de cada uno de los participantes, los cuales en un análisis descriptivo inicial por participante, permitirá además de verificar el diligenciamiento a cabalidad de todos los cuestionarios por parte de ellos, identificar que no exista algún riesgo cognitivo o comportamental de acuerdo con los resultados. En caso de identificarse algún riesgo, se informará a los participantes, indicándose el riesgo, lo que implicaría consecuentemente una remisión al profesional especializado.

Por lo tanto, se aclara en el consentimiento informado, que solo los investigadores tendrán la posibilidad de identificar las respuestas de cada participante, únicamente con fines

centrados en la promoción de la salud y prevención del riesgo. Por fuera de los investigadores, no se conocerán las respuestas emitidas. Es decir que terceros no conocerán las respuestas especificadas por los participantes, sino, únicamente el análisis en conjunto, conservando así la confidencialidad y el anonimato. Adicionalmente en el consentimiento informado se especifica que cada participante bajo su consideración podrá haberse retirado de la investigación y decidir no continuar respondiendo en cualquier momento que por razones personales, que de ninguna forma se indagarán a menos que así lo quisiera el participante, lo cual no tendrá ningún tipo de repercusión, toda vez que fue explícito que su participación fue voluntaria.

Así mismo, acorde con lo establecido por el artículo 11 de la resolución No. 8430 de 1993 proferida por el ministerio de salud de la República de Colombia con la que se regula la investigación con seres humanos, esta corresponde con una investigación de bajo riesgo, particularmente porque no implica ningún tipo de intervención sobre la población objeto de estudio, y consecuentemente sin ninguna incidencia sobre el medio ambiente, únicamente implica el autorreporte en el que cada participante acorde a su percepción subjetiva describió el comportamiento en sí mismo de cada una de las variables parte de la investigación, y frente a las cuales una vez más se aclara que se les indicará, que en caso de identificar riesgos, se informará y orientará, remitiendo al profesional correspondiente, en este caso un profesional en salud mental con formación específica en el cuidado y promoción de la salud, como en el caso por ejemplo de psicólogos con formación posgradual en psicología clínica y de la salud.

Finalmente se aclara que se busca respetar la privacidad, confidencialidad y promover los derechos y el bienestar de todos los sujetos implicados en esta investigación definidos en el artículo 5 de esta misma resolución (49). Adicionalmente, bajo el apoyo de la ley estatutaria 1581 del 2012 “habeas data” (50), se solicitará aprobación del manejo de datos

personales en el consentimiento informado. Se garantizará que, al momento del análisis de información, la base de datos se encontrará anonimizada respetando de esta forma la confidencialidad y privacidad de los datos de cada estudiante que hace parte de la muestra.

### **Impacto ambiental**

El desarrollo de este proyecto no tendrá incidencia directa o indirecta sobre el entorno ambiental inmediato en tanto que la participación en el, no implica ningún tipo de intervención o manipulación sobre los sujetos a nivel orgánico, por lo tanto, sin el involucramiento de procesos químicos o similares, y por lo tanto sin consecuencia en las condiciones ambientales. Específicamente, el desarrollo no incluye una injerencia directa, indirecta o de ninguna índole sobre la calidad de vida de los individuos y su entorno, que representase cambios irreversibles en el ambiente cercano, ni en las condiciones relacionadas con los procesos de interacción social, al contrastar las condiciones previas y posteriores a la realización del proyecto de naturaleza descriptiva, en el corto, mediano o largo plazo. Lo anterior de conformidad con lo estipulado por la resolución 1519 de 2017 del ministerio de ambiente y desarrollo sostenible, en donde se estipulan estos términos de referencia mencionados, para la estimación del impacto ambiental en el desarrollo de proyectos.

### **Resultados**

A continuación se presentan los resultados de este proceso de investigación. El orden está orientado por los objetivos del proyecto y a su vez por el orden que se desarrolla para tal fin el análisis con el modelo seleccionado, en este caso de PLS-SEM. En el cual se presentan primero los índices de ajuste global (SRMR), y las pruebas para descartar la hipótesis de

multicolinealidad que falsaría o invalidará los resultados, mediante el análisis de cargas cruzadas y el cálculo del índice de varianza inflada VFI para las relaciones entre las variables del modelo. Posteriormente la consistencia y validez del modelo externo, el cual corresponde al grado en que las variables latentes, es decir aquellas que son parte del modelo propuesto y por tanto de la pregunta de investigación son el resultado de la confiabilidad que emerge de la unión de sus respectivas variables o medidas observables. Posteriormente de acuerdo con este modelo, se analiza la validez del modelo interno, que consiste en el grado de asociación entre las variables latentes, esto último a partir de poner a prueba las relaciones propuesta mediante las respectivas pruebas de hipótesis, que en este caso al cálculo del valor de la asociación mediante la T de Student que resulta de las regresiones lineales. Para cada una de estas fases se incluyen las respectivas interpretaciones considerando los criterios de interpretación estadística correspondiente.

### **Índices de ajustes global del modelo**

En el modelado de ecuaciones estructurales mediante mínimos cuadrados parciales los índices de ajuste global cumplen una función diferenciada de la que tienen en los modelos basados en covarianzas (el cual corresponde al procedimiento convencional y paramétrico que requiere del cumplimiento del supuesto de normalidad en la distribución de los datos); debido a que el algoritmo PLS-SEM ue corresponde a un modelo de análisis lineal y que trabaja con los estadísticos de tendencia central bajo el ajuste del modelo (al no requerir de la distribución normal), no optimiza una función de discrepancia entre las matrices observada e implicada, empleando para ello la saturación mediante el remuestreo. (Hair et al., 2017). En este enfoque, los indicadores se interpretan como aproximaciones a la consistencia entre las correlaciones observadas y las reproducidas por el modelo, antes que como pruebas formales

de bondad de ajuste. Bajo este marco se reporta el residuo cuadrático medio estandarizado (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR), considerado por Chin (1998) como uno de los indicadores con mayor capacidad para detectar errores de especificación en este tipo de modelos.

El valor del Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) obtenido en el presente estudio fue de 0.102. De acuerdo con los criterios propuestos por Wynne W. Chin (1998), para que un modelo presente un ajuste adecuado este indicador debe situarse en valores cercanos a 0.09 o inferiores, considerándose óptimo cuando se encuentra por debajo de 0.08 y aceptable hasta 0.10 en modelos complejos que incluyen múltiples constructos.

En este caso, el valor obtenido se ubica ligeramente por encima del umbral de referencia, aunque permanece cercano al rango considerado aceptable, lo cual permite interpretar el ajuste del modelo como moderadamente adecuado. No obstante, al analizar este resultado es necesario considerar las particularidades propias de la investigación en psicología. Tal como señalan Denny Borsboom, Gideon J. Mellenbergh y Jaap van Heerden (2004), la evaluación empírica de constructos psicológicos implica trabajar con variables de naturaleza abstracta cuya medición puede verse afectada por diversos factores, entre ellos la deseabilidad social, sesgos de respuesta o limitaciones inherentes al ejercicio introspectivo de los participantes. Estas condiciones pueden generar que los efectos observados empíricamente se manifiesten con magnitudes menores a las que teóricamente podrían esperarse.

En consecuencia, el valor de  $SRMR = 0.102$  se considera cercano al umbral de referencia y, por tanto, aceptable para la interpretación del modelo, al no encontrarse sustancialmente alejado de los criterios sugeridos en la literatura metodológica. Sin embargo, esta proximidad al límite aconseja realizar una interpretación prudente de los resultados. En

este sentido, las relaciones identificadas como significativas mediante el procedimiento de bootstrapping conservan su solidez inferencial, dado que su estimación se basa en un proceso de remuestreo con 5000 iteraciones, el cual permite simular múltiples escenarios posibles a partir de la muestra original y estimar con mayor robustez la significación estadística de los coeficientes del modelo.

Por otra parte, es importante precisar que el modelo fue estimado mediante PLS-SEM, un enfoque de modelamiento basado en mínimos cuadrados parciales de carácter no paramétrico, el cual no requiere la especificación de un modelo de covarianzas poblacional de referencia equivalente al utilizado en los enfoques de ecuaciones estructurales basados en covarianza. En este tipo de modelado, el ajuste global del modelo no se evalúa prioritariamente mediante estadísticos derivados de la comparación entre un modelo esperado y uno observado, como ocurre con el estadístico chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) en los modelos tradicionales.

En el presente estudio, además, el modelo incorpora medidas de autorreporte asociadas a constructos psicológicos complejos, tales como la metacognición, el pensamiento crítico y la reevaluación cognitiva, cuyas características conceptuales y psicométricas pueden introducir variabilidad adicional en las estimaciones. En este contexto, el algoritmo empleado no alcanzó a estimar el parámetro necesario para calcular el Índice Normado de Ajuste (NFI) a partir del estadístico  $\chi^2$ , lo cual es un fenómeno que puede presentarse en modelos PLS cuando no se dispone de un modelo de referencia apropiado para realizar dicha comparación.

De acuerdo con las recomendaciones metodológicas propuestas por Jörg Henseler, Geoffrey Hubona y Paul A. Ray (2016), en estos casos resulta más apropiado evaluar el ajuste del modelo mediante indicadores como el SRMR, dado que este índice no requiere la especificación de un modelo de referencia basado en covarianzas. En la misma línea, Joseph

F. Hair Jr., Jeffrey J. Risher, Marko Sarstedt y Christian M. Ringle (2019) señalan que, en el contexto del modelamiento mediante PLS-SEM, el SRMR constituye uno de los criterios más adecuados para evaluar el ajuste global, particularmente en modelos exploratorios o en aquellos que incluyen constructos latentes complejos y múltiples relaciones estructurales.

### **Validez del modelo externo**

Posterior al cálculo del índice de ajuste, en este apartado se presentan los índices de validez del modelo externo, que como se señaló, corresponden a la consistencia evidenciada de la contribución de las variables observada para la consolidación de las variables latentes. En la tabla 2, se presenta el resultado de este análisis. En su interior, se incluyen cuatro índices de confiabilidad para la variable latente y el valor de la carga factorial de cada variable observada sobre la latente en la primera columna. Sobre los cuatro indicadores de confiabilidad, se considera que es consistente si en al menos dos de los cuatro se supera el criterio mínimo de consistencia. En el caso del Alfa de Cronbach debe ser superior 0.6; para los otros, superior a 0,5.

Tabla 1.

*Resultados de la validez convergente*

Constructo	Alfa de Cronbach	rho_A	rho_C	Varianza extraída media (AVE)
<b>Metacognición</b>	<b>0.979</b>	<b>0.987</b>	<b>0.982</b>	<b>0.874</b>
Conocimiento condicional	<b>0.949</b>			
Conocimiento declarativo	<b>0.963</b>			
Conocimiento procedimental	<b>0.942</b>			
Depuración	<b>0.890</b>			
Evaluación	<b>0.907</b>			
Monitoreo	<b>0.933</b>			
Organización	<b>0.959</b>			
Planificación	<b>0.934</b>			
<b>Pensamiento Crítico</b>	0.219	-0.706	0.183	0.305
Dimensión Interpretación y análisis de Información	-0,126 .			
Dimensión asociada al Juicio de una situación específica con datos objetivos y subjetivos	<b>0,942</b>			
Dimensión asociada al Inferencia de las consecuencias de la decisión basándose en el juicio Autorregulado	-0,109.			
<b>Feminidad</b>	<b>0.663</b>	<b>0.536</b>	<b>0.544</b>	0.257
Emafe 1	0,051			
Emafe 8	0,297			
Emafe 9	<b>0,846</b>			
Emafe 10	<b>0,868</b>			
Emafe 14	-0,189			
Emafe 17	0,251			
Emafe 21	0,374			

<b>Masculinidad</b>	<b>0.727</b>	<b>0.673</b>	<b>0.711</b>	0.270
Emafe 2	0,275			
Emafe 5	0,21			
Emafe 7	0,196			
Emafe 11	<b>0,686</b>			
Emafe 13	<b>0,507</b>			
Emafe 16	0,036			
Emafe 19	0,205			
<b>Aceptación de la Identidad</b>	<b>0.623</b>	<b>0.912</b>	<b>0.699</b>	0.291
Aics1	0,216			
Aics2	-0,036			
Aics3	0,222			
Aics4	<b>0,539</b>			
Aics5	-0,366			
Aics6	0,169			
Aics7	0,125			
Aics8	<b>0,777</b>			
Aics9	0,295			
Aics10	<b>0,762</b>			
Aics11	-0,394			
Aics12	<b>0,833</b>			
Aics13	<b>0,871</b>			
Aics14	<b>0,803</b>			
Aics15	-0,196			
Aics16	<b>0,761</b>			
Aics17	-0,322			
Aics18	<b>0,82</b>			
Aics19	-0,319			
Actividad Física	<b>0.748</b>	0.908	0.850	0.668
AFEjProgram	<b>0,934</b>			
AFTodosDias	0,463			
AFVidadiaria	<b>0,948</b>			
<b>Comportamiento Alimentario</b>	<b>0.830</b>	1.003	0.869	0.629

Alimentos altos en grasa	<b>0,612</b>			
Alimentos dulces	<b>0,881</b>			
Alimentación saludable	<b>0,881</b>			
Bebidas	<b>0,707</b>			
Práctica Sexual Protegida	0.419	0.853	0.197	0.362
Reevaluación Cognitiva	<b>0.852</b>	0.855	0.891	0.577
Supresión Emocional	<b>0.799</b>	0.846	0.861	0.613
ERQ2	<b>0.797</b>			
ERQ4	<b>0.575</b>			
ERQ6	<b>0.866</b>			
ERQ9	<b>0.857</b>			

---

De acuerdo con los valores de esta tabla es posible afirmar que el modelo externo es válido para todas las variables latentes, aunque hay que tener en cuenta que en el caso del pensamiento crítico solo se alcanzó en el rho\_a, lo que significa que las conclusiones en las que se incluya la relación entre esta y otras variables, deben considerarse con premura.

### **Análisis del modelo interno o de relaciones**

A continuación se presenta el resultado del análisis de las relaciones entre las variables. Para ello, inicialmente se incluye el gráfico de asociaciones con sus respectivos valores. Posteriormente la prueba de hipótesis sobre las relaciones de influencia entre las variables derivadas del análisis incluyendo el remuestreo o Bootstrapping. En la interpretación se consideraron los criterios válidos establecidos a la fecha de realización de esta investigación.

*Figura 2*

*Análisis del modelo interno o de relaciones*



pruebas metodológicas siguiendo las recomendaciones propuestas por Óscar Leyva y Jorge Trinidad (2014).

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de validez discriminante mediante cargas cruzadas, como se presenta en la Tabla 3. Este procedimiento tiene como objetivo verificar que los indicadores observados asociados a cada variable latente presenten su carga factorial más alta precisamente en el constructo para el cual fueron diseñados y no en los demás constructos del modelo. De esta manera, se evalúa si las medidas de respuesta correspondientes a cada variable latente capturan exclusivamente el constructo al que pertenecen y no otros constructos incluidos en el modelo.

Tal como se observa en la tabla correspondiente, los indicadores presentan consistentemente sus cargas más elevadas en el constructo al que pertenecen, lo cual indica que los ítems utilizados evalúan de manera adecuada la variable para la cual fueron diseñados. Este resultado permite descartar que las asociaciones observadas entre las variables se deban a una falta de diferenciación entre los constructos, situación que podría presentarse en contextos donde existe multicolinealidad entre las medidas.

En segundo lugar, se calculó el Índice de Varianza Inflada (Variance Inflation Factor, VIF), cuyo propósito es evaluar la posible presencia de multicolinealidad entre las variables predictoras del modelo. Este indicador permite determinar si las variables independientes presentan niveles elevados de correlación entre sí que puedan distorsionar las estimaciones del modelo. De acuerdo con los criterios propuestos por Leyva y Trinidad (2014), la presencia de multicolinealidad se identifica cuando los valores del VIF superan los umbrales establecidos para este indicador. Como se muestra en la Tabla 3, los valores obtenidos para las relaciones entre las variables se mantienen dentro de rangos aceptables, lo que indica que no existe evidencia de multicolinealidad significativa en el modelo.

En conjunto, estos resultados permiten afirmar que los constructos incluidos en el modelo presentan una adecuada validez discriminante, lo cual respalda la interpretación de las relaciones estructurales estimadas mediante el modelado. En consecuencia, las asociaciones observadas entre las variables pueden interpretarse como relaciones entre constructos conceptualmente diferenciados y no como un efecto derivado de redundancia o solapamiento entre las medidas utilizadas.

Tabla 2.

*Cálculo del índice de varianza inflada VFI para relaciones propuestas en el modelo*

	VIF
Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual -> Actividad Física	1.20
	4
Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual -> Comportamiento Alimentario	1.20
	4
Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual -> Práctica Sexual Protegida	1.20
	4
Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual -> Reevaluación Cognitiva	1.20
	4
Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual -> Supresión Emocional	1.20
	4
Conocimiento En Salud -> Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual	1.31
	1
Conocimiento En Salud -> Feminidad	1.26
	7
Conocimiento En Salud -> Masculinidad	1.26
	7
Feminidad -> Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual	1.27
	7
Feminidad -> Actividad Física	1.99
	1
Feminidad -> Comportamiento Alimentario	1.99
	1
Feminidad -> Práctica Sexual Protegida	1.99
	1

Feminidad -> Reevaluación Cognitiva	1.99	1
Feminidad -> Supresión Emocional	1.99	1
Masculinidad -> Actividad Física	2.01	2
Masculinidad -> Comportamiento Alimentario	2.01	2
Masculinidad -> Práctica Sexual Protegida	2.01	2
Masculinidad -> Reevaluación Cognitiva	2.01	2
Masculinidad -> Supresión Emocional	2.01	2
Metacognición -> Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual	1.44	4
Metacognición -> Feminidad	1.42	7
Metacognición -> Masculinidad	1.42	7
Pensamiento Crítico -> Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual	1.76	7
Pensamiento Crítico -> Feminidad	1.55	3
Pensamiento Crítico -> Masculinidad	1.55	3

---

Posteriormente se incluyen los resultados de la prueba de hipótesis de las relaciones entre las variables del modelo. En la tabla 3 se presentan estos resultados.

Tabla 3.

*Coefficientes de la ruta de modelo de contrastación de hipótesis.*

<b>Coefficiente del modelo</b>	<b>Promedio coeficientes</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Estadístico T</b>	<b>Valor P</b>	<b>R2</b>
--------------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------	----------------	-----------

---

---

<b>Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual -&gt; Reevaluación Cognitiva</b>	0,638	0,657	0,145	4,384	0	0,098
<b>Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual -&gt; Supresión Emocional</b>	0,61	0,621	0,128	4,775	0	0,121
<b>Conocimiento En Salud -&gt; Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual</b>	0,717	0,715	0,052	13,752	0	0,608
<b>Conocimiento En Salud -&gt; Feminidad</b>	0,554	0,503	0,18	3,07	0,002	0,217
<b>Conocimiento En Salud -&gt; Masculinidad</b>	0,869	0,844	0,142	6,128	0	0,227

---

---

<b>Conocimiento En Salud -&gt; Reevaluación Cognitiva</b>	0,527	0,54	0,083	6,327	0	0,098
<b>Conocimiento En Salud -&gt; Supresión Emocional</b>	0,582	0,585	0,083	6,985	0	0,121
<b>Masculinidad -&gt; Supresión Emocional</b>	0,202	0,202	0,091	2,223	0,026	0,121
<b>Metacognición -&gt; Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual</b>	0,058	0,06	0,022	2,619	0,009	0,608
<b>Pensamiento Crítico -&gt; Aceptación De La Identidad Con La Orientación Sexual</b>	0,09	0,09	0,023	3,935	0	0,608

---

---

<b>Pensamiento Crítico -&gt; Feminidad</b>	0,409	0,394	0,117	3,504	0	0,217
<b>Pensamiento Crítico -&gt; Masculinidad</b>	0,312	0,32	0,078	3,989	0	0,227
<b>Pensamiento Crítico -&gt; Reevaluación Cognitiva</b>	0,093	0,098	0,036	2,596	0,009	0,098
<b>Pensamiento Crítico -&gt; Supresión Emocional</b>	0,095	0,1	0,041	2,339	0,019	0,121

---

De acuerdo con los resultados es posible identificar las relaciones de influencia que se señalan en negrilla dentro de la misma. Para establecer que la relación de influencia existe, se tiene en cuenta el criterio establecido por Hair et al. (2017), para el cual, la relación es significativa con un nivel de confianza del 90% cuando los valores son superiores a 1,64, con

un nivel de confianza del 95% cuando los valores son superiores a 1,96, y considerando adicionalmente que sean significativas con un valor  $P < 0.05$ .

Por una parte se encuentra relación de influencia entre el Conocimiento en Salud y la Aceptación de la Identidad con la Orientación Sexual ( $\beta = 0.717$ ;  $t = 13.752$ ;  $p < .001$ ), siendo la relación con mayor estadístico  $t$  del modelo entero, lo cual evidencia que el acceso a la información en salud es el predictor más potente del proceso de elaboración subjetiva de la propia orientación. De manera análoga, se identifica relación de influencia entre el Conocimiento en Salud y los estereotipos de género, tanto en su componente de Masculinidad ( $\beta = 0.869$ ;  $t = 6.128$ ;  $p < .001$ ) —que constituye el coeficiente estandarizado más alto observado en el modelo— como en su componente de Femenidad ( $\beta = 0.554$ ;  $t = 3.070$ ;  $p = .002$ ). Esta convergencia sugiere que el conocimiento en salud no opera como un contenido neutro sino como un dispositivo de significación que activa simultáneamente la representación de los roles de género y la aceptación de la orientación sexual, configurando un núcleo identitario coherente.

Por otra parte, se encuentra relación de influencia entre el Conocimiento en Salud y los indicadores del cuidado emocional. Particularmente, el Conocimiento en Salud predice la Reevaluación Cognitiva ( $\beta = 0.527$ ;  $t = 6.327$ ;  $p < .001$ ) y la Supresión Emocional ( $\beta = 0.582$ ;  $t = 6.985$ ;  $p < .001$ ), lo cual evidencia que su efecto no se limita a la configuración identitaria, sino que se proyecta directamente sobre el repertorio de estrategias de regulación emocional disponibles para el sujeto. Este doble efecto sobre la identidad y sobre la regulación emocional justifica el papel central del Conocimiento en Salud como antecedente cognitivo más potente del modelo, condición que se reafirma en el coeficiente de determinación del constructo Aceptación de la Identidad ( $R^2 = 0.608$ ), valor que de acuerdo con Hair et al. (2017) corresponde a un nivel de explicación sustancial.

Adicionalmente, se encuentra relación de influencia entre el Pensamiento Crítico y los cinco constructos endógenos del modelo, configurándose como el segundo antecedente cognitivo con mayor presencia explicativa. El Pensamiento Crítico predice de manera significativa la Feminidad ( $\beta = 0.409$ ;  $t = 3.504$ ;  $p < .001$ ), la Masculinidad ( $\beta = 0.312$ ;  $t = 3.989$ ;  $p < .001$ ), la Aceptación de la Identidad ( $\beta = 0.090$ ;  $t = 3.935$ ;  $p < .001$ ), la Reevaluación Cognitiva ( $\beta = 0.093$ ;  $t = 2.596$ ;  $p = .009$ ) y la Supresión Emocional ( $\beta = 0.095$ ;  $t = 2.339$ ;  $p = .019$ ). Si bien las magnitudes son menores que las atribuibles al Conocimiento en Salud, su consistencia estadística indica que la capacidad de juicio objetivo y subjetivo dimensión que, como se reportó en el apartado de validez convergente, concentra la totalidad de la varianza efectiva del constructo interviene tanto en la elaboración identitaria como en la activación de estrategias regulatorias.

Por su parte, la Metacognición presenta una única relación de influencia estadísticamente significativa: Metacognición Aceptación de la Identidad con la Orientación Sexual ( $\beta = 0.058$ ;  $t = 2.619$ ;  $p = .009$ ). Aunque la magnitud de este coeficiente es pequeña, su significación estadística sugiere que la reflexión sobre los propios procesos cognitivos contribuye marginalmente al reconocimiento de la propia identidad sexual, posiblemente en la línea propuesta por Cartwright-Hatton y Wells (1997) y Dimaggio, Hermans y Lysaker (2010) respecto al papel de la metacognición en la construcción del sí mismo. Las relaciones directas restantes desde Metacognición hacia el resto de los constructos endógenos resultaron no significativas, lo cual delimita el alcance de este antecedente y se discute en profundidad en el apartado correspondiente.

Finalmente, se encuentra relación de influencia entre los factores identitarios y el cuidado emocional. La Aceptación de la Identidad con la Orientación Sexual predice de manera robusta tanto la Reevaluación Cognitiva ( $\beta = 0.638$ ;  $t = 4.384$ ;  $p < .001$ ) como la

Supresión Emocional ( $\beta = 0.610$ ;  $t = 4.775$ ;  $p < .001$ ), confirmando su papel como el mediador identitario con mayor impacto sobre el plano de la regulación emocional. La Masculinidad, en cambio, exhibe una relación de influencia más selectiva, restringida únicamente a la Supresión Emocional ( $\beta = 0.202$ ;  $t = 2.223$ ;  $p = .026$ ), patrón consistente con la literatura que vincula los estereotipos masculinos tradicionales con la inhibición de la expresión afectiva (Sarrionandia & Mikolajczak, 2020). La feminidad, por su parte, no presentó relaciones de influencia significativas sobre ninguno de los cinco constructos endógenos, hallazgo que se discute críticamente en el apartado de discusión.

### **Coefficiente de determinación ( $R^2$ ) de las variables endógenas**

Una vez identificadas las relaciones de influencia estadísticamente significativas, se examinó el coeficiente de determinación ( $R^2$ ) asociado a cada uno de los constructos endógenos, indicador que cuantifica la proporción de varianza explicada por sus antecedentes cognitivos e identitarios y que constituye, según Hair et al. (2017), el primer criterio de evaluación de la calidad predictiva del modelo estructural. Bajo los puntos de corte propuestos por estos autores, valores de  $R^2$  superiores a 0.50 representan un nivel de explicación sustancial, valores entre 0.25 y 0.50 corresponden a un nivel moderado, y valores inferiores a 0.25 expresan un nivel débil.

La Aceptación de la Identidad con la Orientación Sexual emerge como la variable endógena mejor explicada por el modelo, con un  $R^2 = 0.608$  que se ubica en el nivel sustancial; vale decir, los tres antecedentes cognitivos del modelo Conocimiento en Salud, Pensamiento Crítico y Metacognición explican conjuntamente el 60.8 % de la varianza de la Aceptación. Los estereotipos de género Masculinidad ( $R^2 = 0.227$ ) y Feminidad ( $R^2 = 0.217$ ) se ubican en el límite inferior del nivel moderado, condición esperable considerando que

reciben influencia directa únicamente de dos antecedentes. En contraste, los dos constructos de cuidado emocional Supresión Emocional ( $R^2 = 0.121$ ) y Reevaluación Cognitiva ( $R^2 = 0.098$ ) presentan niveles de explicación débiles, pese a que reciben influencias significativas desde múltiples predictores. Este resultado sugiere que las estrategias de regulación emocional dependen de variables adicionales probablemente de naturaleza motivacional, emocional o contextual que no fueron incorporadas en el presente modelo, hallazgo que se retoma como punto de partida para los nuevos interrogantes formulados al cierre del capítulo.

### **Relaciones de influencia mediadas por los factores identitarios**

A continuación, finalmente, se presentan las relaciones del modelo donde existen relaciones significativas y en las que los factores identitarios median la relación entre algunos de los factores cognitivos y el cuidado de la salud. La inspección sistemática de los caminos significativos permite identificar cinco circuitos mediacionales empíricamente confirmados, todos ellos dirigidos al plano del cuidado emocional. El primero, y de mayor magnitud en el modelo, corresponde a Conocimiento en Salud Aceptación de la Identidad Reevaluación Cognitiva, con un efecto indirecto puntual de aproximadamente  $0.717 \times 0.638 \approx 0.457$ ; en paralelo, la cadena Conocimiento en Salud, Aceptación de la Identidad, Supresión Emocional alcanza un efecto indirecto puntual de  $0.717 \times 0.610 \approx 0.437$ . Estas dos rutas confirman empíricamente que la Aceptación de la Identidad opera como el mediador identitario de mayor potencia del modelo.

El tercer y cuarto circuito mediacional confirman el papel intermediario del Pensamiento Crítico a través de los factores identitarios: la ruta Pensamiento Crítico, Aceptación de la Identidad, Reevaluación Cognitiva ( $0.090 \times 0.638 \approx 0.057$ ) y la ruta Pensamiento Crítico, Aceptación de la Identidad, Supresión Emocional ( $0.090 \times 0.610 \approx$

0.055) muestran efectos indirectos de menor magnitud pero estadísticamente sostenibles, en coherencia con la lógica del modelo. El quinto circuito mediacional corresponde a la única vía donde la Masculinidad opera como mediador efectivo: Conocimiento en Salud, Masculinidad, Supresión Emocional, con un efecto indirecto puntual de  $0.869 \times 0.202 \approx 0.176$ ; análogamente, Pensamiento Crítico, Masculinidad, Supresión Emocional contribuye con un efecto indirecto de  $0.312 \times 0.202 \approx 0.063$ . En todos los casos, la mediación hacia los inmunógenos comportamentales, Actividad Física, Comportamiento Alimentario y Práctica Sexual Protegida, se rechaza, dado que los mediadores identitarios no producen efectos significativos sobre ninguno de ellos. Este patrón sistemático constituye uno de los hallazgos centrales del estudio y se desarrolla extensamente en la sección de discusión.

### **Análisis descriptivos**

Una vez se complete la recolección de los datos, se realizarán análisis descriptivos con el propósito de caracterizar la muestra y describir el comportamiento general de las variables incluidas en el estudio. Este procedimiento permitirá identificar la distribución de las puntuaciones, las tendencias generales y la variabilidad de las respuestas relacionadas con los constructos principales del modelo propuesto. Los análisis descriptivos se orientarán a ofrecer una primera aproximación al conjunto de datos dentro del diseño cuantitativo, observacional y descriptivo planteado para esta investigación.

### **Análisis inferenciales**

Posteriormente, y en coherencia con el enfoque analítico y correlacional del estudio, se llevarán a cabo análisis inferenciales orientados a examinar la relación entre las variables

del modelo. Estos análisis permitirán establecer asociaciones entre las variables predictoras, mediadoras y criterio, de acuerdo con los objetivos formulados. El propósito de esta fase será aportar evidencia empírica que permita comprender la magnitud y dirección de las relaciones postuladas dentro del diseño correlacional-explicativo planteado.

### **Análisis del modelo externo**

Con el fin de evaluar la estructura de medición del modelo teórico propuesto, se realizó un análisis del modelo externo mediante el enfoque de Modelado de Ecuaciones Estructurales con el procedimiento no paramétrico de Mínimos Cuadrados Parciales (MCP). Este análisis permitió examinar la correspondencia entre las medidas de respuesta y los constructos latentes incluidos en la investigación. El objetivo de esta fase fue verificar que los instrumentos utilizados representen adecuadamente las variables consideradas en el modelo, en coherencia con el enfoque empírico-analítico y con la finalidad predictiva del estudio.

### **Análisis del modelo interno**

Posteriormente, se analizó el modelo interno con el propósito de evaluar las relaciones estructurales entre los constructos propuestos. Este procedimiento, permitirá estimar las relaciones de influencia entre las variables predictoras, mediadoras y criterios incluidas en el modelo correlacional-explicativo del estudio.

Adicionalmente, se incorporaron indicadores del grado de ajuste global del modelo, incluyendo el SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) y el NIF (Normed Fit Index), los cuales permitirán valorar el ajuste general del modelo estructural. De igual forma,

se realizará el path análisis, con el fin de examinar la magnitud y dirección de los coeficientes de ruta propuestos en el modelo teórico.

A partir de este análisis se podrá determinar si los datos empíricos respaldan las interacciones y relaciones planteadas, contribuyendo a la comprensión del fenómeno desde una perspectiva explicativa y predictiva acorde con el paradigma empírico-analítico que orienta la investigación.

Adicionalmente para descartar la existencia de multicolinealidad entre las variables, se llevaron a cabo dos procedimientos. El primero consistió en un análisis de cargas cruzadas. El segundo a través del cálculo del Índice de Varianza Inflada - VIF.

### **Pruebas de hipótesis**

Para la verificación de las hipótesis del estudio, se realizó el cálculo mediante la prueba de hipótesis basada en el estadístico T de Student estimado dentro del procedimiento de análisis estructural. Este cálculo permitirá determinar la significancia de los coeficientes de ruta obtenidos en el modelo.

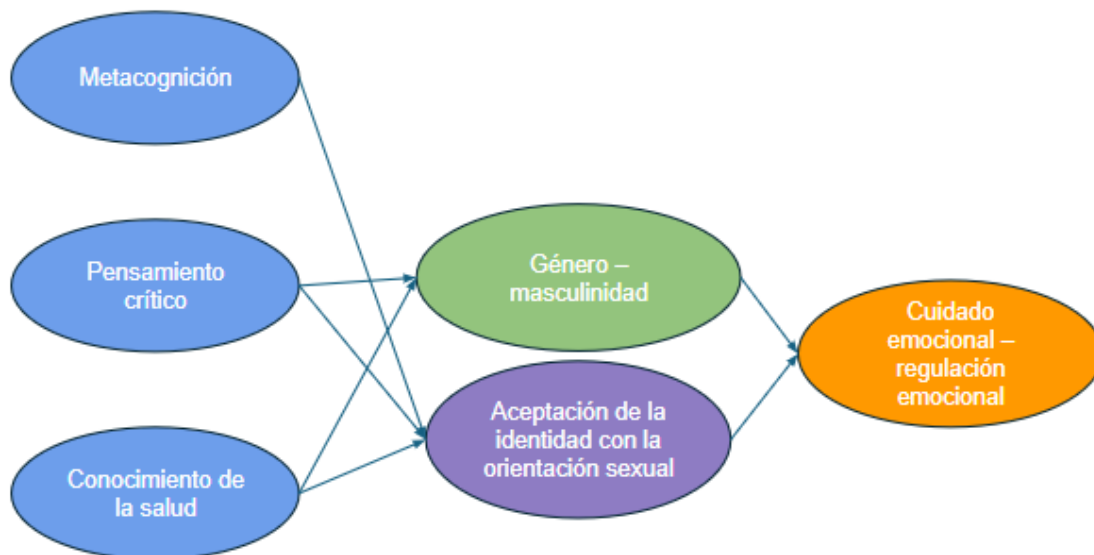
Se considerará que un efecto es estadísticamente significativo cuando el valor del estadístico T sea superior a 1.96 (correspondiente al nivel de confianza del 95 %) o superior a 1.65 (correspondiente al nivel de confianza del 90 %), según los criterios establecidos para la interpretación de los coeficientes dentro del análisis de ecuaciones estructurales mediante mínimos cuadrados parciales.

Este procedimiento permitirá establecer si las relaciones propuestas entre las variables predictoras, mediadoras y criterio se respaldan empíricamente, aportando evidencia a favor o en contra de las hipótesis planteadas dentro del modelo correlacional-explicativo.

Respecto a los resultados, finalmente el modelo de relaciones encontrado se presenta en la figura 2, en el cual se incluyen únicamente las relaciones de influencia estadísticamente válidas y significativas.

Figura 2.

*Modelo de relación de influencia válidas y significativas*



## Discusión

En este apartado se analizan los resultados en función de las hipótesis planteadas en este estudio. De acuerdo con ello se establece si se cumplieron o no y se traen a colación los argumentos procedentes de la evidencia para sustentarlo y explicarlo.

La primera hipótesis consistió en considerar que la metacognición se relaciona significativa y positivamente con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual

y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional. De acuerdo con los resultados, esta hipótesis no se cumple, debido a que ninguna de las cinco relaciones directas desde Metacognición hacia las variables mediadoras o hacia las predictivas, evidenció una relación de influencia fuerte y con significación estadística; no ocurrió hacia los inmunógenos comportamentales. Sin embargo de manera excepcional se evidenció únicamente una relación de influencia óptima y significativa entre la metacognición y la aceptación de la identidad con la orientación sexual. Esto podría evidenciar, de acuerdo con lo reportado en la literatura para ambas variables, que tanto la metacognición desde el ejercicio de reflexividad (Cartwright-Hatton & Wells, 1997), como la autoaceptación desde la identidad (Ryff, 2018), corresponden a mecanismos similares orientados hacia ese proceso de autorreconocimiento (Dimaggio, Hermans & Lysaker, 2010). Más allá de la ausencia de relaciones directas con las conductas de cuidado, este hallazgo posee una importante implicación clínica. Los resultados sugieren que comprender los propios pensamientos y reflexionar sobre ellos no garantiza necesariamente la puesta en marcha de comportamientos saludables. Desde la psicología de la salud, esto implica reconocer que las personas pueden saber qué deben hacer para cuidar su salud e incluso comprender los procesos implicados en dicho cuidado, sin que ello se traduzca automáticamente en acciones concretas. La evidencia reciente ha señalado que variables asociadas a la regulación emocional, la impulsividad, la motivación y la capacidad de afrontamiento poseen una influencia más próxima sobre la conducta que los procesos cognitivos de carácter reflexivo (Ferrer & Berry, 2017; Tomljenovic & Bubic, 2021). En consecuencia, los resultados del presente estudio sugieren que el cuidado de la salud podría depender menos de procesos metacognitivos abstractos y más de mecanismos emocionales que facilitan o inhiben la acción.

Adicionalmente este resultado exige tener en cuenta el papel mediador que ejercen las emociones, que desde la evidencia inicial considerada en este estudio al privilegiar en la

elección de variables directamente el autocuidado, no fueron consideradas, pero podrían explicar la ausencia de relación entre la cognición y dicho cuidado, al tener las emociones un mayor peso. Es decir una mayor influencia de la afectividad que de la cognición en el cuidado explícito de la salud. Esto lo plantean autores como Ferrer y Berry (2017) quienes en su revisión conceptual reafirman que las emociones y el estrés influyen significativamente en la toma de decisiones sobre la salud. Al respecto, recientemente Tomljenovic & Bubic (2021), reconocen que existe aún falta de claridad respecto al papel preponderante de la cognición o de las emociones frente al cuidado de la salud, su análisis sugiere que los individuos manifiestan ser conscientes de la necesidad de emplear la cognición para el cuidado, pero que se requiere de la confianza, el optimismo y las emociones para que se efectúe, lo que plantea más retos para la investigación, respecto a las posibilidades de optimizar y promover desde los procesos internos e individuales (como los analizados en el presente estudio) el cuidado de la salud.

La metacognición, definida como un proceso cognitivo superior caracterizado por la reflexión sobre los propios pensamientos (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Dimaggio, Hermans & Lysaker, 2010), constituye una habilidad de regulación cognitiva relativamente abstracta que no parece traducirse directamente en cambios conductuales ni en activación de estrategias emocionales específicas. Quizás esto se deba a que la capacidad de regulación y de control metacognitivo varía según las creencias del sujeto sobre sus propios procesos, retroalimentadas a partir de la ejecución (Fernandez-Duque, Baird & Posner, 2000), y que para el caso del presente estudio en cambio contribuyen a entender por su naturaleza autorreflexiva la relación entre la metacognición y la aceptación de aspectos identitarios como la orientación sexual, que a su vez tiene implicaciones positivas en la salud emocional (Vargas-Trujillo, 2013).

En la segunda hipótesis en la que se consideró que el pensamiento crítico se relaciona significativa y positivamente con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional. La hipótesis no se cumplió, aunque sí se observó específicamente la relación entre el pensamiento crítico y el cuidado emocional. El pensamiento crítico sólo predijo significativamente ninguno el cuidado emocional. Al respecto, su consistencia estadística respalda la asociación entre el pensamiento crítico operacionalmente concentrado en la dimensión de juicio objetivo y subjetivo y el repertorio de estrategias de regulación emocional. Este patrón resulta coherente con lo encontrado por Ghafoor et al. (2019) acerca del papel de los procesos cognitivos superiores (como los que están presentes en el pensamiento crítico) sobre el afrontamiento del estado de salud desde el ámbito emocional, y sugiere que la capacidad para diferenciar lo objetivo de lo subjetivo moviliza recursos de autorregulación emocional sin que ello se traduzca automáticamente en modificación de hábitos comportamentales.

En la tercera hipótesis, se estableció que el acceso a la información y el nivel de conocimiento se relaciona significativa y positivamente con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional. La hipótesis no se cumplió, aunque se observaron específicamente relaciones entre el acceso a la información y el nivel de conocimiento sobre el cuidado de la salud y el cuidado emocional; siendo a su vez dicho conocimiento el predictor más fuerte del modelo. Los tres efectos directos sobre los inmunógenos comportamentales resultaron no significativos. Este resultado merece una reflexión clínica particular. Aunque el conocimiento en salud fue el predictor más fuerte de todo el modelo, su influencia no se extendió a las conductas observables de cuidado. Esto sugiere que disponer de información, comprender los riesgos para la salud o poseer formación en temas sanitarios no constituye por sí mismo una condición suficiente para modificar hábitos de comportamiento. Dicho hallazgo coincide con

investigaciones que muestran que las conductas saludables suelen estar más asociadas con variables afectivas y motivacionales que con el conocimiento aislado (Pender, 1996; Trigueros et al., 2019). En esta misma línea, estudios recientes han encontrado asociaciones entre actividad física y variables como la impulsividad, constructo caracterizado por un importante componente emocional y por la tendencia a responder de manera poco planificada ante estímulos internos o externos. Estos hallazgos permiten plantear que la adopción de conductas saludables podría estar más determinada por la capacidad de regulación emocional que por el conocimiento racional de sus beneficios. Este patrón confirma que el conocimiento en salud opera fundamentalmente como un activador de estrategias de regulación emocional y no como un determinante directo de las prácticas comportamentales de cuidado, observación consistente con la tradición teórica que sostiene la insuficiencia del conocimiento como antecedente único de la ausencia de conductas saludables (Pender, 1996; Trigueros et al., 2019).

En la cuarta hipótesis, la metacognición se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por los estereotipos de género/identidad de género. La hipótesis se refuta. La condición necesaria para que opere dicha mediación que la metacognición prediga significativamente a los mediadores no se cumple, Al no existir efecto significativo sobre los mediadores, no puede operar mediación alguna sobre los resultados finales, independientemente del segundo tramo. Sustantivamente, este hallazgo sugiere que la metacognición, como proceso cognitivo de alto orden y habilidad transversal al contenido cultural específico, opera con relativa independencia respecto a los estereotipos de género del individuo, hallazgo coherente con la naturaleza reflexiva y meta-representacional del constructo (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Dimaggio et al., 2010). Y que en cambio como se evidencio en la tercera hipótesis si lo hace sobre la identidad desde la orientación. Esta

diferencia podría ser objeto de estudio de futuras investigaciones enfocadas en considerar aspectos identitarios de la sexualidad como predictores del cuidado.

En la quinta hipótesis, la metacognición se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por la orientación sexual (identidad). La hipótesis se cumplió parcialmente, restringida a la mediación a través de la Aceptación de la Identidad sobre el cuidado de la salud emocional. La Metacognición predice significativamente la Aceptación de la Identidad, aunque con un valor de la relación que representa una fuerza de influencia moderada. En la interpretación de esta relación de influencia, aunque de magnitud reducida, esta resulta teóricamente significativa: el reconocimiento metacognitivo del propio proceso identitario parece favorecer la elaboración positiva de la orientación sexual (que es también parte de la identidad, lo que otorga de coherencia conceptual al constructo), lo que a su vez activa desde el autorreporte el uso de estrategias de cuidado emocional como en el caso de la regulación emocional.

En la sexta hipótesis, El pensamiento crítico se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por los estereotipos de género/identidad de género. La hipótesis se cumplió parcialmente, restringida a la mediación a través de la Masculinidad sobre el cuidado de la salud emocional. Queda por tanto confirmada exclusivamente la ruta Pensamiento Crítico, Masculinidad, Supresión Emocional. Esta asociación entre la masculinidad y el uso de la supresión como estrategia regulatoria es congruente con observaciones previas sobre la inhibición de la expresión emocional en repertorios tradicionalmente vinculados a roles masculinos (Sarrionandia & Mikolajczak, 2020), lo que plantea un reto para la comprensión del fenómeno y su intervención, debido a que plantea una

disyuntiva entre el mejoramiento del cuidado emocional (de acuerdo a como lo plantean Gross y Thompson, (2007), pero al interior de la experiencia del individuo el efecto contraproducente de dicha supresión por sus efectos a nivel psicosomático (2009).

En la séptima hipótesis. El pensamiento crítico se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por la orientación sexual (identidad). La hipótesis se cumplió parcialmente. La mediación hacia los inmunógenos comportamentales se rechaza, dado que la aceptación de la Identidad no produce efecto significativo sobre ninguno de ellos. Este resultado refuerza la idea de que la elaboración crítica de la propia orientación es un mecanismo que conecta el pensamiento reflexivo con la regulación emocional, sin alcanzar todavía el plano de la conducta observable.

En la octava hipótesis, el acceso a la información / nivel de conocimiento o nivel de formación en salud se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por los estereotipos de género/identidad de género. La hipótesis se cumplió parcialmente, restringida a la mediación a través de la Masculinidad sobre el cuidado de la salud emocional, Queda confirmado exclusivamente la mediación Conocimiento en Salud, Masculinidad, Supresión Emocional, con un efecto indirecto puntual de aproximadamente 0.176, magnitud que se ubica entre las mayores estimadas mediacionalmente en el modelo. Resultado que contribuye una vez más a la disyuntiva planteada en la sexta hipótesis.

En la novena hipótesis, el acceso a la información / nivel de conocimiento o nivel de formación en salud se relaciona con los inmunógenos comportamentales, la satisfacción sexual y cuidado de la salud sexual y el cuidado emocional pero esta relación está mediada por la orientación sexual (identidad). La hipótesis se cumplió parcialmente, restringida al

cuidado de la salud emocional, y constituye el circuito mediacional más potente del modelo. El Conocimiento en Salud predice de manera muy robusta la Aceptación de la Identidad La mediación hacia los inmunógenos comportamentales se rechaza, consistente con el patrón observado en todas las hipótesis previas. Sustantivamente, este hallazgo confirma que el conocimiento en salud incrementa la aceptación de la propia orientación sexual, y que esta aceptación constituye un eslabón clave para la activación de las estrategias de regulación emocional, en línea con la perspectiva salutogénica que sitúa el auto-reconocimiento como condición de posibilidad del auto cuidado (Antonovsky, 1996; Jastrzębska & Balzek, 2022; Pender, 1996).

De manera global, los resultados sugieren que el tránsito entre cognición y conducta no ocurre de manera directa. Las variables cognitivas analizadas mostraron una capacidad importante para explicar procesos identitarios y emocionales, especialmente a través de la aceptación de la identidad con la orientación sexual y de las estrategias de regulación emocional. Sin embargo, esta influencia no alcanzó de forma consistente las conductas de cuidado evaluadas. En conjunto, los hallazgos parecen respaldar la hipótesis de que los procesos emocionales constituyen un mecanismo más próximo al comportamiento que los procesos cognitivos. Esto no implica que la cognición carezca de relevancia, sino que su efecto sobre la salud podría estar mediado por variables afectivas e identitarias que permiten transformar el conocimiento en acción. Desde una perspectiva clínica, estos resultados sugieren que las intervenciones centradas exclusivamente en la educación para la salud podrían resultar insuficientes si no incorporan componentes dirigidos al fortalecimiento de la regulación emocional, la aceptación identitaria y la motivación para el autocuidado.

## **Conclusión**

A continuación, se presentan finalmente las implicaciones en los niveles teórico, metodológico y aplicado.

A nivel teórico, el conjunto de resultados respalda empíricamente una arquitectura conceptual en la cual los componentes cognitivos no operan de manera aislada sobre el cuidado de la salud, sino que pasan por una elaboración identitaria intermedia que sin embargo canaliza sus influencias específicamente hacia el plano emocional. La aceptación de la identidad con la Orientación Sexual, emerge como un eslabón teórico de primera importancia, en tanto media de manera robusta la influencias del conocimiento en salud sobre la regulación emocional. Esto invita a revisar los modelos teóricos clásicos del cuidado de la salud que conceptualizan el conocimiento como antecedente directo del comportamiento (Pender, 1996) y a integrar explícitamente la dimensión identitaria tanto de orientación sexual como de estereotipos de género como mecanismo intermedio sobre el cuidado emocional. El estudio también pone de manifiesto que la masculinidad y la feminidad no son constructos intercambiables ni operan de manera simétrica tanto en hombre como en mujeres: la masculinidad, predice positivamente la supresión emocional, mientras que la feminidad no exhibe efectos significativos sobre ninguno de los resultados, hallazgo que obliga a revisarlas como dimensiones con cargas culturales distintas y consecuencias diferenciadas. En el plano del cuidado emocional, los resultados son coherentes con la literatura que vincula la aceptación de la propia identidad con repertorios de regulación emocional más amplios (Sarrionandia & Mikolajczak, 2020).

En cuanto a las implicaciones metodológicas, el uso del enfoque PLS-SEM se mostró pertinente para los objetivos del estudio, debido a que permitió estimar simultáneamente un modelo complejo con once constructos, múltiples mediadores y predictores cognitivos e identitarios, sin imponer supuestos restrictivos sobre la distribución multivariada de los datos.

La técnica de mínimos cuadrados parciales se evidencia particularmente apropiada cuando, como en este caso, se busca maximizar la varianza explicada de las variables dependientes en un diseño explicativo con muestra finita y constructos operacionalizados con instrumentos heterogéneos. El bootstrapping con 5000 iteraciones considerablemente superior a las 5000 iteraciones recomendadas como mínimo por Hair et al. (2017) aportó robustez a las estimaciones inferenciales y permitió detectar relaciones de magnitud reducida con potencia estadística adecuada.

Finalmente, respecto a las implicaciones prácticas, los hallazgos sugieren orientaciones diferenciadas según el objetivo de intervención. Para programas dirigidos al fortalecimiento del cuidado emocional fomento de la reevaluación cognitiva y disminución de la supresión emocional disfuncional la evidencia de este estudio apoya intervenciones centradas en el incremento del conocimiento en salud y en el acompañamiento del proceso de aceptación de la orientación sexual, dado que estos dos antecedentes concentran los efectos significativos más robustos y, mediante la Aceptación de la Identidad, producen los efectos indirectos más sustanciales del modelo sobre la regulación emocional. Para programas de promoción de los inmunógenos comportamentales actividad física regular, comportamiento alimentario saludable y prácticas sexuales protegidas los resultados sugieren, en cambio, que el componente cognitivo es necesario pero insuficiente: las intervenciones deberán incorporar explícitamente componentes de motivación, planificación de la acción, autoeficacia conductual y facilitación de las condiciones materiales y sociales para la práctica, en la línea de las propuestas sobre cambio conductual de Pender (1996) y Trigueros et al. (2019). En contextos clínicos y educativos, el papel mediador central de la Aceptación de la Identidad Sexual refuerza la pertinencia de incluir contenidos y dispositivos de afirmación identitaria en los programas de promoción de la salud dirigidos a jóvenes adultos, particularmente en

contextos donde la diversidad sexual continúa enfrentando barreras culturales que pueden comprometer el bienestar emocional.

### **Vacíos y limitaciones**

Los hallazgos del estudio deben leerse a la luz de varias limitaciones que definen, simultáneamente, su alcance y la agenda de investigación que se deriva de ellos. En primer lugar, la operacionalización del pensamiento crítico mostró consistencia limitada: dos de sus tres dimensiones interpretación y análisis, e inferencia y consecuencias presentaron cargas factoriales cercanas a cero, lo que implica que el constructo quedó efectivamente representado por una sola dimensión (juicio objetivo y subjetivo). En consecuencia, los efectos atribuidos al pensamiento crítico deben entenderse como efectos de esa dimensión específica y no del constructo en sentido amplio. En segundo lugar, el muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, lo que restringe la generalización de los resultados a la población marco de referencia y abre la puerta a sesgos de autoselección: probablemente quienes aceptaron participar son personas con mayor disposición a reflexionar sobre cuestiones cognitivas, identitarias y de salud, lo que podría inflar las correlaciones entre constructos.

En tercer lugar, dado que el instrumento es de auto-reporte y aborda temáticas sensibles orientación sexual, prácticas sexuales, estereotipos de género, no puede descartarse la presencia de deseabilidad social, particularmente en los ítems comportamentales (práctica sexual protegida, comportamiento alimentario); como adicionalmente se evidenció desde el cálculo de los índices de ajuste en las dificultades del modelo para el cálculo del Índice Normado de Ajuste NFI, que de acuerdo con Hair et al (2016). Este sesgo podría haber atenuado artificialmente la varianza disponible para detectar efectos sobre los inmunógenos

comportamentales, lo que constituye una explicación complementaria no excluyente a la asimetría observada entre los resultados emocionales y comportamentales. En cuarto lugar, la concentración etaria de la muestra en el adulto joven ( $M = 24.37$  años;  $DE = 3.60$ ) introduce un efecto cohorte: las relaciones observadas entre identidad de género, aceptación de la orientación y cuidado emocional pueden no replicarse en cohortes mayores socializadas en marcos culturales más restrictivos, ni en adolescentes que aún no han consolidado sus referentes identitarios.

En quinto lugar, el SRMR observado (0.10) supera ligeramente los umbrales óptimos de ajuste global, lo que advierte sobre la existencia de correlaciones empíricas que el modelo no reproduce con precisión. Aunque este desajuste no invalida la inferencia sobre los coeficientes individuales que se sustenta en el bootstrap, sí sugiere que la estructura conceptual del modelo podría enriquecerse en futuras iteraciones. En sexto lugar, el diseño es transversal, por lo cual las relaciones identificadas como predictivas son, en sentido estricto, asociativas: la relación queda sustentada por la teoría y por la lógica del modelo, pero no por evidencia empírica longitudinal. Finalmente, el bootstrapping, aun con 5000 iteraciones, no compensa la limitación que introduce la naturaleza no probabilística de muestreo: la robustez estadística no convierte una muestra de conveniencia en una muestra representativa, y por tanto las inferencias deben circunscribirse al perfil de los participantes efectivamente incluidos.

Los resultados abren varias líneas de investigación que complementan y extienden el modelo aquí evaluado. La primera línea, sugerida por la asimetría sistemática entre los resultados emocionales y comportamentales, consiste en identificar las variables que median el paso del conocimiento y la identidad hacia los inmunógenos comportamentales: ¿operan la autoeficacia específica de conducta, la intención conductual, la planificación de la acción o el

apoyo social como mediadores adicionales? Una segunda línea deriva del comportamiento limitado del pensamiento crítico como constructo global: futuras investigaciones podrían explorar si las dimensiones de interpretación-análisis e inferencia-consecuencias funcionan en muestras de distinta edad, formación o área disciplinar, o si su operacionalización requiere ajustes psicométricos.

Una tercera línea proviene de la asimetría entre masculinidad y feminidad: convendría explorar si la feminidad recupera potencia predictiva cuando se operacionaliza con instrumentos más finos o cuando se incorporan dimensiones no recogidas en el cuestionario actual (por ejemplo, feminidad asertiva, feminidad cuidadora, feminidad reflexiva), y si la masculinidad ejerce el mismo efecto sobre la supresión emocional en muestras heterosexuales y no heterosexuales. Una cuarta línea consiste en replicar el modelo en cohortes etarias distintas adolescentes en proceso de configuración identitaria, adultos medios consolidados, adultos mayores para evaluar el efecto cohorte y la estabilidad temporal de las relaciones observadas. Una quinta línea, más aplicada, plantea evaluar el impacto de programas de promoción diseñados específicamente para potenciar la aceptación de la identidad sexual sobre los inmunógenos comportamentales, considerando que este mediador concentra los efectos cognitivos más fuertes pero no se traduce todavía en cambios conductuales bajo el modelo actual. Finalmente, una sexta línea, de carácter metodológico, podría incorporar diseños longitudinales que permitan estimar de manera más rigurosa la relación entre los componentes cognitivos, la identidad y el cuidado de la salud, así como evaluar la estabilidad temporal de los efectos indirectos estimados.

**REFERENCIAS**

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Araneda, Á., Gutiérrez-Maldonado, J. y Gana, K. (2023). Validation of the Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire Short Form in a Chilean adult sample. *PLOS ONE*, 18(11), e0293658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293658>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arteaga-Checa, M., Gutiérrez-García, P. y Romero-Naranjo, F. J. (2023). Estrategias de aprendizaje y metacognición en la educación superior. *Educación XX1*, 26(1), 17–38. <https://doi.org/10.5944/educxx1.31678>
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J. y Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30–36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Bailey, J. M., Vasey, P. L., Diamond, L. M., Breedlove, S. M., Vilain, E. y Epprecht, M. (2016). Sexual orientation, controversy, and science. *Psychological Science in the Public Interest*, 17(2), 45–101. <https://doi.org/10.1177/1529100616637616>
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., García-Barba, M., Ruiz-Palomino, E. y Gil-Llario, M. D. (2020). Validity and reliability of a brief Spanish version of the Sexual Functioning

- Scale for Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7464. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207464>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. Recuperado de: <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=204916>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2.<sup>a</sup> ed.). Guilford Press.
- Becker, S., Kerig, P. K. y Lim, J. Y. (2018). Adolescent identity development and emerging adulthood: A longitudinal examination. *Journal of Adolescent Research*, 33(4), 387–410. <https://doi.org/10.1177/0743558417724152>
- Bentler, P. M. (1992). On the fit of models to covariances and methodology to the Bulletin. *Psychological Bulletin*, 112(3), 400–404. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.3.400>
- Berkman, L. F., Kawachi, I. y Glymour, M. M. (Eds.). (2014). *Social epidemiology* (2.<sup>a</sup> ed.). Oxford University Press.
- Besedovsky, L., Lange, T. y Haack, M. (2019). The sleep-immune crosstalk in health and disease. *Physiological Reviews*, 99(3), 1325–1380. <https://doi.org/10.1152/physrev.00010.2018>
- Black, D. S. y Slavich, G. M. (2016). Mindfulness meditation and the immune system: A systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373(1), 13–24. <https://doi.org/10.1111/nyas.12998>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. y Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>

- Borsboom, D., Mellenbergh, G. J. y van Heerden, J. (2004). The concept of validity. *Psychological Review*, 111(4), 1061–1071. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.4.1061>
- Boyatzis, R. E., Goleman, D. y Rhee, K. S. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory. En R. Bar-On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 343–362). Jossey-Bass. Recuperado de: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3418412>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Calder, P. C. (2020). Nutrition, immunity and COVID-19. *BMJ Nutrition, Prevention and Health*, 3(1), 74–92. <https://doi.org/10.1136/bmjnph-2020-000085>
- Campbell, J. L. y Turner, J. E. (2018). Debunking the myth of exercise-induced immune suppression. *Frontiers in Immunology*, 9, 648. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00648>
- Campoverde, M. y López, F. (2024). Estrategias metacognitivas y rendimiento académico en estudiantes universitarios latinoamericanos. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 18(1), 55–73. <https://doi.org/10.4067/S0718-73782024000100055>
- Carrobbles, J. A., Gámez-Guadix, M. y Almedros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27–34. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16717018004.pdf>

- Cartwright-Hatton, S. y Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279–296. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X)
- Carvalho, J. y Guiomar, R. (2022). Cognitive contributions to sexual functioning in women and men: A systematic review. *Current Sexual Health Reports*, 14(2), 109–125. <https://doi.org/10.1007/s11930-022-00330-1>
- Cass, V. C. (1979). Homosexuality identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4(3), 219–235. [https://doi.org/10.1300/J082v04n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J082v04n03_01)
- Castro Muñoz, J. A. (2021). Escala de práctica sexual protegida: Estudio piloto en población colombiana [Manuscrito no publicado]. Fundación Universitaria Sanitas.
- Castro, F. G., Barrera Jr., M. y Holleran Steiker, L. K. (2021). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 213–239. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-115844>
- Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. En G. A. Marcoulides (Ed.), *Modern methods for business research* (pp. 295–336). Lawrence Erlbaum Associates. [https://www.researchgate.net/publication/311766005\\_The\\_Partial\\_Least\\_Squares\\_Approach\\_to\\_Structural\\_Equation\\_Modeling](https://www.researchgate.net/publication/311766005_The_Partial_Least_Squares_Approach_to_Structural_Equation_Modeling)
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A. y Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 739–744. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.5.739>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.<sup>a</sup> ed.). Lawrence Erlbaum Associates.  
<https://utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D. y Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA*, 298(14), 1685–1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual Review of Psychology*, 68, 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Diamond, L. M. (2020). Sexual fluidity in male and females. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 232–238. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00282-4>
- Díaz Gómez, R. (2022). Metacognición: Una revisión conceptual y sus implicaciones educativas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 90(1), 89–105. <https://doi.org/10.35362/rie9015223>
- Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Carcione, A., Nicolò, G. y Semerari, A. (2010). Mental imagery in metacognition and psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 408–433. <https://doi.org/10.1037/a0021296>
- Dobson, K. S. y Dozois, D. J. A. (Eds.). (2019). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (4.<sup>a</sup> ed.). Guilford Press. [https://www.guilford.com/excerpts/dobson\\_ch1.pdf?t=1](https://www.guilford.com/excerpts/dobson_ch1.pdf?t=1)
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Eagly, A. H. y Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions versus social roles. *American Psychologist*, 54(6), 408–423. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.6.408>

- Espinosa, J. C. y Kadić-Maglajlić, S. (2018). The mediating role of health consciousness in the relation between emotional intelligence and health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 9, 2161. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02161>
- Facione, P. A. (2015). *Critical thinking: What it is and why it counts*. Insight Assessment.
- Facione, P. A. y Facione, N. C. (1992). *The California Critical Thinking Disposition Inventory*. California Academic Press.
- Fernandez-Duque, D., Baird, J. A. y Posner, M. I. (2000). Executive attention and metacognitive regulation. *Consciousness and Cognition*, 9(2), 288–307. <https://doi.org/10.1006/ccog.2000.0447>
- Ferrer, R. A. y Mendes, W. B. (2018). Emotion, health decision making, and health behaviour. *Psychology and Health*, 33(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1385787>
- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E. y Stubbs, B. (2020). A meta-review of lifestyle psychiatry: The role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 360–380. <https://doi.org/10.1002/wps.20773>
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
- Fleming, S. M. y Dolan, R. J. (2012). The neural basis of metacognitive ability. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 367(1594), 1338–1349. <https://doi.org/10.1098/rstb.2011.0417>

- Frith, C. D. (2012). The role of metacognition in human social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 367(1599), 2213–2223. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0123>
- Gamarel, K. E., Reisner, S. L., Laurenceau, J. P., Nemoto, T., & Operario, D. (2022). Gender minority stress and health: Implications for clinical practice and public health. *Current Opinion in Psychology*, 48, Article 101338. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2022.101338>
- Ghafoor, H., Ahmad, R. A., Nordbeck, P., Ritter, O., Pauli, P. y Schulz, S. M. (2019). A cross-cultural comparison of the roles of emotional, cognitive, and metacognitive aspects of self-regulation in heart failure patients' quality of life. *Health Psychology Open*, 6(2), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2055102919871187>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
- Glaser, R. y Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243–251. <https://doi.org/10.1038/nri1571>
- Greenaway, K. H., Kalokerinos, E. K., Hinton, S. y Hudson, A. R. (2024). Emotion regulation flexibility and well-being: A meta-analytic review. *Emotion Review*, 16(1), 12–31. <https://doi.org/10.1177/17540739231211523>
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Guilford Press.

[https://www.researchgate.net/publication/303248970\\_Emotion\\_Regulation\\_Conceptual\\_Foundations](https://www.researchgate.net/publication/303248970_Emotion_Regulation_Conceptual_Foundations)

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M. y Sarstedt, M. (2017). A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) (2.<sup>a</sup> ed.). SAGE Publications. [https://www.researchgate.net/publication/354331182\\_A\\_Primer\\_on\\_Partial\\_Least\\_Squares\\_Structural\\_Equation\\_Modeling\\_PLS-SEM](https://www.researchgate.net/publication/354331182_A_Primer_on_Partial_Least_Squares_Structural_Equation_Modeling_PLS-SEM)

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Danks, N. P. y Ray, S. (2021). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) using R: A workbook. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-80519-7>

Hair, J. F., Ringle, C. M. y Sarstedt, M. (2013). Partial least squares structural equation modeling: Rigorous applications, better results and higher acceptance. *Long Range Planning*, 46(1–2), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2013.01.001>

Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M. y Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31(1), 2–24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>

Hall, K. S. (2018). Comprehensive sexuality education and adolescent health. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 30(1), 1–8. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0046>

Halpern, D. F. (2014). Thought and knowledge: An introduction to critical thinking (5.<sup>a</sup> ed.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315885278>

- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742–751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Henseler, J., Hubona, G. y Ray, P. A. (2016). Using PLS path modeling in new technology research: Updated guidelines. *Industrial Management and Data Systems*, 116(1), 2–20. <https://doi.org/10.1108/IMDS-09-2015-0382>
- Henseler, J., Ringle, C. M. y Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing*, 20, 277–319. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Hita-Contreras, F., Martínez-López, E., Latorre-Román, P. A., Garrido, F., Santos, M. A. y Martínez-Amat, A. (2014). Reliability and validity of the Spanish version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 34(7), 929–936. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-2960-z>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T. y Fang, A. (2009). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

- Huertas Bustos, A., Vesga Bravo, G. y Galindo León, M. (2014). Validación del Inventario de Habilidades Metacognitivas (MAI) en estudiantes colombianos. *Praxis y Saber*, 5(10), 55–74. <https://doi.org/10.19053/22160159.3023>
- Irwin, M. R. (2019). Sleep and inflammation: Partners in sickness and in health. *Nature Reviews Immunology*, 19(11), 702–715. <https://doi.org/10.1038/s41577-019-0190-z>
- Jastrzębska, J. y Błażek, M. (2022). Sense of coherence and health behaviors in young adults: The mediating role of emotional regulation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1503. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031503>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=845294>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Keestra, A. (2017). Imagination as a tool in metacognition. *Philosophical Psychology*, 30(6), 715–737. <https://doi.org/10.1080/09515089.2017.1322195>
- Kia-Keating, M., Dowdy, E., Morgan, M. L. y Noam, G. G. (2011). Protecting and promoting: An integrative conceptual model for healthy development of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 220–228. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.006>
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. y Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. W. B. Saunders. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.6.894>

- Lara, M. A. (1993). *Inventario de Masculinidad y Femenidad (IMAFE)*. Editorial El Manual Moderno.
- Lee, S.-Y. D., Bender, D. E., Ruiz, R. E. y Cho, Y. I. (2006). Development of an easy-to-use Spanish health literacy test. *Health Services Research*, 41(4), 1392–1412. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00532.x>
- Leyva Cordero, O. y Olague de la Cruz, J. T. (2014). Modelo de ecuaciones estructurales mediante el método de Mínimos Cuadrados Parciales (PLS-SEM). En K. Sáenz López y G. Tamez González (Coords.), *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales* (pp. 480–497). Tirant Humanidades. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/8583>
- Li, X., Wang, J. y Liu, Q. (2023). Critical thinking disposition and health-related quality of life among nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 121, 105685. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105685>
- Linsenmeyer, W. y Long, A. (2023). Nutrition considerations for transgender and gender-diverse individuals. *Nutrients*, 15(13), 2952. <https://doi.org/10.3390/nu15132952>
- Liu, Y., Wang, S. y Zhang, H. (2023). The impact of health literacy on sexual and reproductive health behavior in young adults. *BMC Public Health*, 23, 871. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15768-8>
- Loaiza-Guevara, V., Salazar, M. y Restrepo, A. (2024). Calidad del sueño y bienestar emocional en jóvenes universitarios colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*, 33(1), 87–104. <https://doi.org/10.15446/rcp.v33n1.103892>

- López-Sáez, M., Morales, J. F. y Lisbona, A. (2008). Evolution of gender stereotypes in Spain: Traits and roles. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 609–617. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004613>
- Macha-Quillama, L., Pereyra-Elías, R., Aliaga-Salazar, S., Tapia-Limonchi, R., Acevedo-Villar, T. y Mayta-Tristán, P. (2017). Adaptación cultural y validación de la versión española de la prueba de alfabetización en salud SAHLSA-50 en adultos mayores peruanos. *Revista Médica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*, 7(1), 19–25. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a09.pdf>
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S. y Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(1), 60–66. <https://doi.org/10.1080/02701367.1992.10607557>
- Martínez Ávila, M. y Fierro Moreno, E. (2018). Aplicación de la técnica PLS-SEM en la gestión del conocimiento: Un enfoque técnico práctico. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(16), 130–164. <https://doi.org/10.23913/ride.v8i16.336>
- Martínez Gómez, F., Guerrero Rodríguez, S. y Rey Anacona, C. A. (2012). Estructura factorial del Inventario de Masculinidad y Feminidad (IMAFE) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(2), 71–82. <https://doi.org/10.21500/19002386.1180>
- Matarazzo, J. D. (1985). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. *American Psychologist*, 40(7), 807–817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.7.807>

- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Minsalud.
- Montoya, O. (2007). Aplicación del análisis factorial a la investigación de mercados: Caso de estudio. *Scientia et Technica*, 13(35), 281–286. <https://moodle2.utp.edu.co/index.php/revistaciencia/article/view/5443>
- Navarro, A., Cano-García, F. J. y Sanduvete-Chaves, S. (2018). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Anales de Psicología*, 34(2), 311–318. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.298581>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Olivares Olivares, B. D. y López Cabrera, M. V. (2017). Validación del Cuestionario de Aceptación y Confort con la Identidad y Orientación Sexual. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 45(3), 113–124. <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.10>

- Organización Mundial de la Salud. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. OMS. [https://www.worldsexualhealth.net/\\_files/ugd/793f03\\_f90b7e05773541739b7c20cf10b63ed7.pdf?index=true](https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_f90b7e05773541739b7c20cf10b63ed7.pdf?index=true)
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Salud sexual y reproductiva: Indicadores globales 2023. OMS. <https://doi.org/10.21149/14795>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A. y Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 875–889. <https://doi.org/10.1037/ccp0000037>
- Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). *Desarrollo humano* (14.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill. <https://orcid.org/0009-0003-2828-8106>
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3.<sup>a</sup> ed.). Appleton and Lange. [https://doi.org/10.5630/jans1981.22.1\\_23](https://doi.org/10.5630/jans1981.22.1_23)
- Perikova, E. y Byzova, V. (2019). Metacognitive awareness and emotional intelligence in university students. *ARPHA Proceedings*, 1, 1781–1794. <https://doi.org/10.3897/ap.1.e1689>
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1159/000271225>

- Prokop-Dorner, A., Świątkiewicz-Mośny, M. y Bukowska, B. (2024). Patient health literacy and patient–physician communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 119, 108046. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108046>
- Rivas, M., Espinoza, F. y Valenzuela, J. (2022). Salud sexual y bienestar emocional en jóvenes universitarios: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología (Lima)*, 40(2), 1023–1056. <https://doi.org/10.18800/psico.202202.013>
- Roebbers, C. M. (2017). Executive function and metacognition: Towards a unifying framework of cognitive self-regulation. *Developmental Review*, 45, 31–51. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.04.001>
- Royuela, A. y Macías, J. A. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9(2), 81–94. [https://www.researchgate.net/profile/Angel-Royuela/publication/258705863\\_Propiedades\\_clinimetricas\\_de\\_la\\_version\\_castellana\\_del\\_cuestionario\\_de\\_Pittsburgh/links/02e7e528de0c9d6e1f000000/Propiedades-clinimetricas-de-la-version-castellana-del-cuestionario-de-Pittsburgh.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Angel-Royuela/publication/258705863_Propiedades_clinimetricas_de_la_version_castellana_del_cuestionario_de_Pittsburgh/links/02e7e528de0c9d6e1f000000/Propiedades-clinimetricas-de-la-version-castellana-del-cuestionario-de-Pittsburgh.pdf)
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 242–248. <https://doi.org/10.1177/1745691617699836>
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 67–75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)

- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Satisfacción Sexual Subjetiva en muestras españolas. *Revista Internacional de Andrología*, 7(4), 161–170. [https://doi.org/10.1016/S1698-031X\(09\)73469-4](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(09)73469-4)
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers* (3.<sup>a</sup> ed.). Holt Paperbacks. [https://books.google.com.co/books?id=EI88oS\\_3fZEC&lpg=PP9&ots=Pb9sKPPQFA&dq=Sapolsky%2C%20R.%20M.%20\(2004\).%20Why%20zebras%20don't%20get%20ulcers%20\(3.%C2%AA%20ed.\).%20Holt%20Paperbacks.&lr&hl=es&pg=PP9#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=EI88oS_3fZEC&lpg=PP9&ots=Pb9sKPPQFA&dq=Sapolsky%2C%20R.%20M.%20(2004).%20Why%20zebras%20don't%20get%20ulcers%20(3.%C2%AA%20ed.).%20Holt%20Paperbacks.&lr&hl=es&pg=PP9#v=onepage&q&f=false)
- Sardinha, A., Levitan, M. N., Lopes, F. L. y Nardi, A. E. (2021). Self-efficacy and exercise behavior in patients with chronic disease. *Frontiers in Psychology*, 12, 695890. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695890>
- Sarrionandia, A. y Mikolajczak, M. (2020). A meta-analysis of the possible behavioural and biological variables linking trait emotional intelligence to health. *Health Psychology Review*, 14(2), 220–244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1641423>
- Savin-Williams, R. C. (2005). *The new gay teenager*. Harvard University Press. [https://books.google.com.co/books?id=XOsvWFSbVaAC&lpg=PR7&ots=ItzDgbVVAB&dq=Savin-Williams%2C%20R.%20C.%20\(2005\).%20The%20new%20gay%20teenager.%20Harvard%20University%20Press.&lr&hl=es&pg=PR7#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=XOsvWFSbVaAC&lpg=PR7&ots=ItzDgbVVAB&dq=Savin-Williams%2C%20R.%20C.%20(2005).%20The%20new%20gay%20teenager.%20Harvard%20University%20Press.&lr&hl=es&pg=PR7#v=onepage&q&f=false)
- Schraw, G. y Dennison, R. S. (1994). Assessing metacognitive awareness. *Contemporary Educational Psychology*, 19(4), 460–475. <https://doi.org/10.1006/ceps.1994.1033>

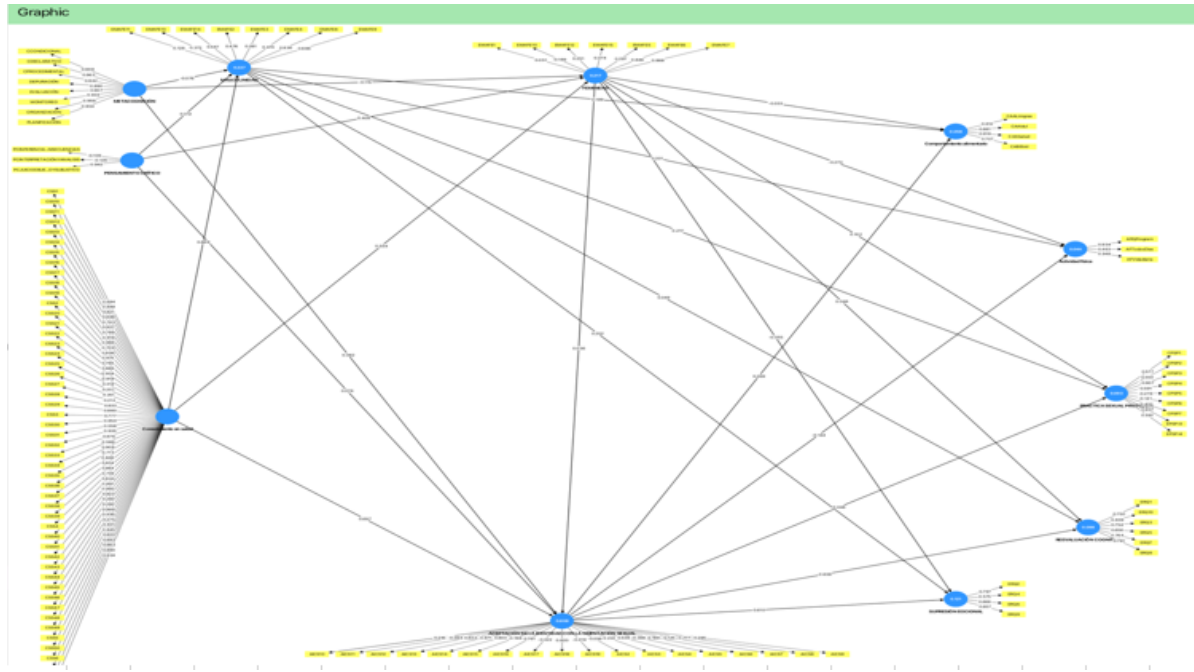
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce de Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F. y Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
- Segerstrom, S. C. y Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325>
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., Miles, E. y Rothman, A. J. (2020). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1178–1188. <https://doi.org/10.1037/hea0000387>
- Soper, D. S. (2024). A-priori sample size calculator for structural equation models [Software]. Daniel Soper. Recuperado de <https://www.danielsoper.com/statcalc>
- Taromi, M. y Parandin, S. (2017). The relationship between metacognitive beliefs and emotion regulation strategies. *International Journal of Behavioral Sciences*, 11(2), 70–75. [https://www.behavsci.ir/article\\_67862.html](https://www.behavsci.ir/article_67862.html)
- Trigueros, R., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Bermejo, R., Ferrandiz, C. y López-Liria, R. (2019). Influence of emotional intelligence, motivation and resilience on academic performance and the adoption of healthy lifestyle habits among adolescents.

- International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(16), 2810.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16162810>
- Valderrama Vergara, F. (2023). Educación sexual integral en adolescentes: Revisión de programas en Latinoamérica. *Revista de Salud Pública*, 25(2), e201234.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.v25n2.103456>
- Vallejo-Medina, P., Marchal-Bertrand, L., Gómez-Lugo, M. y Espada, J. P. (2020). Sexual health among Colombian young adults: A national survey. *Sexual Medicine*, 8(3), 470–479. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.05.005>
- Vallejo-Ortega, M. T., Cifuentes-Avellaneda, A. y Gómez-Restrepo, C. (2022). Inequities in sexual and reproductive health among Colombian young adults: Findings from the national mental health survey. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(3), 218–227.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.005>
- Vargas-Trujillo, E. (2007). *Sexualidad, mucho más que sexo: Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Ediciones Uniandes. <https://hdl.handle.net/1992/8367>
- Vargas-Trujillo, E., Henao, J. y González, C. (2011). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 47–58.
- Wallace, R. K. (1988). *The neurophysiology of enlightenment*. Maharishi International University Press.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Westland, J. C. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*, 9(6), 476–487.  
<https://doi.org/10.1016/j.elerap.2010.07.003>

Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory Into Practice*, 41(2), 64–70. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102\\_2](https://doi.org/10.1207/s15430421tip4102_2)

# Anexos

## Anexo 1. Modelo de Relaciones de Influencia



Anexo 2: Tabla 4: Resultados de cargas cruzadas

Variable	Metacognición	Pensamiento crítico	Conocimiento en salud	Feminidad	Masculinidad	Aceptación de la identidad con la orientación sexual	Actividad física	Comportamiento alimentario	Práctica sexual protegida	Reevaluación cognitiva	Supresión emocional
Depuración	<b>0.89</b>		0.367	0.128	0.19	0.437	0.095	0.065	0.0	0.32	0.24
Evaluación	<b>0.907</b>	0.465	0.247	0.066	0.101	0.316	0.151	-0.097	-0.046	0.325	0.223
Monitoreo	<b>0.933</b>	0.465	0.328	0.156	0.147	0.417	0.121	-0.035	-0.019	0.329	0.248
Organización	<b>0.959</b>	0.48	0.329	0.182	0.189	0.417	0.072	-0.067	-0.005	0.321	0.233
Planificación	<b>0.934</b>	0.482	0.279	0.124	0.133	0.383	0.113	-0.048	-0.087	0.35	0.215
Ccondicional	<b>0.949</b>	0.485	0.356	0.209	0.228	0.499	0.073	0.01	0.075	0.359	0.306
Cdeclarativo	<b>0.963</b>	0.535	0.361	0.185	0.214	0.471	0.116	-0.003	-0.029	0.353	0.29
Cprocedimental	<b>0.942</b>	0.51	0.301	0.159	0.187	0.423	0.072	-0.027	0.0	0.336	0.253
Pcinferenciacons ecuencias	0.025	-0.109	-0.035	-0.098	-0.189	-0.123	-0.022	<b>0.085</b>	-0.031	0.026	-0.093
Pinterpretacióny análisis	-0.029	-0.126	-0.078	-0.065	-0.008	-0.056	-0.116	-0.219	-0.071	0.02	<b>0.14</b>
Pejuicioobjetivoy subjetivo	0.531	<b>0.942</b>	0.415	0.387	0.334	0.496	0.11	0.207	0.077	0.433	0.288
Css1	0.313	0.346	<b>0.694</b>	0.286	0.304	0.468	-0.045	0.073	0.062	0.143	0.071
Css2	0.39	0.313	<b>0.875</b>	0.285	0.291	0.625	-0.157	0.021	0.041	0.184	0.162
Css3	0.383	0.366	<b>0.777</b>	0.191	0.234	0.534	-0.088	0.015	0.074	0.164	0.11
Css4	0.306	0.211	<b>0.739</b>	0.206	0.129	0.566	-0.226	-0.024	0.142	0.126	0.115
Css5	0.44	0.33	<b>0.845</b>	0.224	0.317	0.659	-0.142	0.026	0.045	0.21	0.217
Css6	0.398	0.362	<b>0.892</b>	0.222	0.259	0.649	-0.195	-0.009	0.071	0.186	0.17
Css7	0.302	0.401	<b>0.862</b>	0.311	0.344	0.584	-0.157	0.089	0.079	0.078	0.117
Css8	0.437	0.368	<b>0.89</b>	0.259	0.31	0.698	-0.165	0.026	0.079	0.163	0.174
Css9	0.416	0.393	<b>0.924</b>	0.245	0.287	0.675	-0.147	0.053	0.067	0.217	0.189

Css10	0.125	0.49	<b>0.848</b>	0.369	0.444	0.589	-0.083	0.213	0.143	0.166	0.184
Css11	0.404	0.317	<b>0.821</b>	0.166	0.259	0.593	-0.008	0.048	0.04	0.222	0.178
Css12	0.429	0.323	<b>0.886</b>	0.223	0.301	0.692	-0.118	0.082	0.043	0.215	0.212
Css13	0.174	0.461	<b>0.743</b>	0.272	0.361	0.535	-0.034	0.149	0.062	0.174	0.178
Css14	0.421	0.392	<b>0.907</b>	0.253	0.282	0.679	-0.144	0.064	0.07	0.213	0.202
Css15	0.115	0.459	<b>0.769</b>	0.258	0.387	0.517	0.087	0.22	0.073	0.141	0.146
Css16	0.421	0.376	<b>0.916</b>	0.284	0.307	0.73	-0.139	0.022	0.057	0.228	0.214
Css17	0.368	0.391	<b>0.866</b>	0.312	0.417	0.623	-0.12	0.076	0.095	0.122	0.153
Css18	0.188	0.44	<b>0.709</b>	0.282	0.361	0.47	0.008	0.163	0.116	0.184	0.133
Css19	0.422	0.319	<b>0.898</b>	0.229	0.297	0.668	-0.122	0.059	0.049	0.256	0.233
Css20	0.321	0.368	<b>0.765</b>	0.315	0.419	0.484	-0.128	0.106	0.082	0.108	0.174
Css21	0.274	0.337	<b>0.889</b>	0.319	0.421	0.6	-0.18	0.078	0.105	0.115	0.145
Css22	0.415	0.358	<b>0.934</b>	0.246	0.297	0.698	-0.162	0.05	0.059	0.227	0.213
Css23	0.389	0.326	<b>0.918</b>	0.237	0.295	0.677	-0.125	0.094	0.043	0.228	0.227
Css24	-0.043	0.137	<b>0.318</b>	0.076	0.043	0.265	-0.074	0.266	0.124	0.002	-0.108
Css25	0.032	0.152	<b>0.201</b>	0.07	0.086	0.112	-0.09	0.053	0.121	0.114	0.096
Css26	0.099	0.196	<b>0.251</b>	0.067	-0.04	0.146	-0.116	0.061	0.042	0.121	-0.011
Css27	-0.176	-0.059	<b>0.212</b>	0.115	0.155	0.048	-0.127	0.119	0.03	-0.016	-0.193
Css28	0.178	0.41	<b>0.833</b>	0.304	0.377	0.674	-0.068	0.153	0.094	0.268	0.263
Css29	0.181	0.437	<b>0.86</b>	0.323	0.388	0.687	-0.066	0.207	0.09	0.293	0.273
Css30	0.172	0.47	<b>0.854</b>	0.368	0.472	0.626	-0.063	0.267	0.138	0.22	0.198
Css31	0.306	0.289	<b>0.558</b>	0.216	0.265	0.334	-0.023	-0.039	0.117	0.101	0.079
Css32	0.394	0.338	<b>0.935</b>	0.262	0.32	0.704	-0.167	0.053	0.067	0.227	0.211
Css33	0.11	0.469	<b>0.876</b>	0.398	0.499	0.663	-0.089	0.247	0.138	0.208	0.209
Css34	0.08	0.249	<b>0.589</b>	0.187	0.221	0.26	-0.003	0.064	0.071	0.131	0.055
Css35	0.278	0.341	<b>0.908</b>	0.364	0.441	0.629	-0.192	0.091	0.122	0.122	0.138
Css36	0.165	0.455	<b>0.773</b>	0.308	0.407	0.542	0.043	0.176	0.076	0.223	0.16
Css37	0.347	0.284	<b>0.846</b>	0.214	0.274	0.578	-0.101	0.028	0.054	0.21	0.182
Css38	0.12	0.462	<b>0.834</b>	0.384	0.475	0.608	-0.066	0.24	0.157	0.218	0.216
Css39	0.265	0.358	<b>0.864</b>	0.329	0.405	0.618	-0.136	0.099	0.093	0.107	0.127
Css40	0.315	0.358	<b>0.844</b>	0.293	0.395	0.585	-0.089	0.111	0.031	0.109	0.115
Css41	0.452	0.348	<b>0.897</b>	0.24	0.293	0.682	-0.18	0.076	0.046	0.202	0.197

Css42	0.359	0.331	<b>0.892</b>	0.209	0.283	0.67	-0.085	0.05	0.033	0.221	0.187
Css43	0.384	0.332	<b>0.923</b>	0.237	0.296	0.685	-0.155	0.059	0.069	0.225	0.207
Css44	-0.006	0.09	<b>0.28</b>	0.072	0.085	0.086	0.108	0.223	-0.021	0.047	-0.161
Css45	-0.123	0.082	0.28	0.119	0.022	<b>0.282</b>	-0.127	0.173	0.012	-0.06	-0.199
Css46	0.406	0.34	<b>0.946</b>	0.262	0.313	0.702	-0.168	0.053	0.058	0.233	0.221
Css47	0.138	0.054	<b>0.495</b>	-0.028	0.082	0.174	-0.092	0.003	-0.19	-0.049	-0.146
Css48	-0.056	0.143	0.275	0.117	0.158	<b>0.289</b>	-0.1	0.227	0.035	0.027	-0.132
Css49	0.332	0.266	<b>0.831</b>	0.203	0.254	0.604	-0.176	0.016	0.045	0.17	0.185
Css50	0.376	0.308	<b>0.82</b>	0.151	0.212	0.586	-0.106	-0.053	0.013	0.138	0.167
Emafe1	-0.123	-0.036	-0.037	<b>0.051</b>	-0.191	0.045	-0.186	0.02	-0.021	0.012	-0.017
Emafe5	0.085	0.099	0.044	0.297	<b>0.354</b>	-0.008	0.143	0.054	-0.061	-0.018	0.117
Emafe6	0.157	0.407	0.294	<b>0.846</b>	0.564	0.339	-0.121	0.158	0.063	0.14	0.039
Emafe7	0.134	0.318	0.266	<b>0.868</b>	0.699	0.254	-0.076	0.073	0.257	0.141	0.219
Emafe10	-0.059	-0.132	-0.112	-0.189	0.076	-0.204	<b>0.226</b>	-0.029	-0.245	-0.116	-0.035
Emafe12	0.003	0.066	0.061	0.251	<b>0.323</b>	-0.048	0.084	0.015	0.051	-0.02	0.061
Emafe15	0.031	0.124	0.048	0.374	<b>0.435</b>	0.066	0.099	0.107	0.128	0.024	0.195
Emafe2	0.071	0.128	0.034	0.275	<b>0.476</b>	0.076	0.103	0.1	0.119	-0.063	0.059
Emafe3	-0.054	-0.009	0.004	0.21	<b>0.381</b>	-0.007	0.083	0.027	0.107	-0.083	0.01
Emafe4	-0.095	0.026	0.117	0.196	<b>0.47</b>	0.117	0.0	0.045	0.151	0.058	0.135
Emafe8	0.227	0.431	0.411	0.686	<b>0.836</b>	0.402	-0.085	0.264	0.24	0.187	0.194
Emafe9	0.172	0.253	0.201	0.507	<b>0.686</b>	0.199	0.093	0.06	0.277	0.139	0.26
Emafe11	-0.07	-0.043	-0.025	0.036	<b>0.128</b>	-0.158	0.042	-0.052	-0.076	-0.161	-0.093
Emafe13	0.069	0.123	0.161	0.205	<b>0.372</b>	0.084	-0.084	0.041	0.029	-0.052	0.021
Emafe14	0.011	0.17	0.276	0.236	<b>0.547</b>	0.177	-0.001	0.106	0.046	0.089	0.077
Aics1	-0.065	0.078	0.153	0.109	0.069	<b>0.216</b>	-0.013	0.068	-0.058	-0.118	-0.116
Aics2	<b>0.089</b>	0.02	-0.058	0.012	-0.002	-0.036	0.06	0.036	0.012	0.08	0.039
Aics3	0.193	0.14	0.065	0.133	0.106	<b>0.222</b>	0.123	0.071	-0.004	0.021	0.04
Aics4	0.007	0.256	0.331	0.271	0.284	<b>0.539</b>	-0.091	0.239	0.325	0.083	0.106
Aics5	-0.045	-0.2	-0.203	-0.32	-0.314	-0.366	<b>0.09</b>	-0.148	-0.261	-0.134	-0.18
Aics6	-0.089	0.033	0.095	-0.021	-0.035	<b>0.169</b>	-0.03	-0.041	-0.047	0.004	-0.057
Aics7	<b>0.19</b>	0.022	0.056	-0.039	0.032	0.125	0.002	-0.174	-0.065	-0.122	-0.07
Aics8	0.507	0.445	0.536	0.243	0.201	<b>0.777</b>	-0.119	0.067	-0.013	0.255	0.208

Aics9	0.019	0.142	0.158	0.05	0.061	<b>0.295</b>	-0.013	0.133	0.006	0.024	0.046
Aics10	0.444	0.397	0.71	0.255	0.303	<b>0.762</b>	-0.064	0.019	0.017	0.24	0.224
Aics11	0.013	-0.189	-0.186	-0.161	-0.177	-0.394	<b>0.046</b>	-0.09	-0.276	-0.087	-0.191
Aics12	0.523	0.436	0.618	0.23	0.243	<b>0.833</b>	-0.014	0.063	0.0	0.243	0.247
Aics13	0.554	0.468	0.626	0.281	0.267	<b>0.871</b>	-0.102	0.052	0.06	0.293	0.259
Aics14	0.314	0.582	0.631	0.412	0.417	<b>0.803</b>	-0.031	0.247	0.099	0.243	0.256
Aics15	0.031	-0.036	-0.089	0.045	-0.047	-0.196	-0.046	-0.006	<b>0.074</b>	0.039	-0.052
Aics16	0.364	0.375	0.521	0.281	0.252	<b>0.761</b>	-0.15	0.026	0.126	0.223	0.288
Aics17	-0.03	-0.166	-0.151	-0.005	-0.065	-0.322	-0.008	-0.102	<b>0.014</b>	-0.059	-0.018
Aics18	0.33	0.422	0.613	0.281	0.322	<b>0.82</b>	0.023	0.258	0.123	0.295	0.276
Aics19	<b>0.029</b>	-0.066	-0.166	-0.011	-0.111	-0.319	-0.002	-0.102	-0.068	-0.071	-0.075
Afejprogram	0.09	0.118	-0.113	-0.157	-0.024	-0.06	<b>0.934</b>	0.237	-0.215	0.137	0.082
Aftodosdias	0.106	0.162	0.028	0.043	0.118	0.052	<b>0.463</b>	0.286	0.021	0.133	0.04
Afvidadiaria	0.097	0.108	-0.145	-0.155	-0.022	-0.114	<b>0.948</b>	0.167	-0.078	0.142	0.05
Caalimgras	-0.097	0.054	-0.161	0.063	0.077	-0.081	0.294	<b>0.612</b>	0.186	0.143	0.085
Caaldul	-0.047	0.108	0.006	0.139	0.21	0.071	0.253	<b>0.881</b>	0.164	0.105	0.051
Caalsalud	0.044	0.271	0.218	0.157	0.215	0.257	0.184	<b>0.918</b>	0.073	0.191	0.105
Cabebid	-0.156	0.047	0.025	0.011	0.075	0.036	0.116	<b>0.707</b>	-0.012	-0.035	-0.145
Cpsp1	0.196	0.196	0.028	0.101	0.107	0.102	0.13	0.06	<b>0.577</b>	0.33	0.384
Cpsp2	0.225	0.188	0.043	0.139	0.147	0.126	0.106	0.03	<b>0.55</b>	0.367	0.388
Epsp i3	-0.097	0.026	0.104	0.247	0.294	0.112	-0.222	0.067	<b>0.907</b>	-0.029	0.038
Epsp i4	-0.173	-0.111	-0.011	0.059	0.084	-0.021	-0.19	0.07	<b>0.591</b>	-0.144	-0.137
Cpsp5	<b>0.196</b>	0.072	0.029	-0.106	-0.092	-0.045	0.171	-0.086	-0.278	0.122	0.052
Cpsp6	<b>0.234</b>	0.121	0.052	0.026	0.034	0.017	0.123	0.02	-0.141	0.194	0.075
Cpsp7	0.18	0.225	0.078	0.167	0.154	0.144	0.108	0.149	<b>0.432</b>	0.37	0.364
Erq1	0.251	0.269	0.147	0.166	0.215	0.246	0.103	0.1	0.13	<b>0.75</b>	0.525
Erq3	0.211	0.315	0.123	0.175	0.145	0.188	0.089	0.128	0.033	<b>0.754</b>	0.432
Erq5	0.275	0.323	0.157	0.12	0.125	0.236	0.089	0.062	0.039	<b>0.656</b>	0.36
Erq7	0.304	0.282	0.145	0.134	0.116	0.172	0.06	0.038	0.082	<b>0.764</b>	0.642
Erq8	0.315	0.418	0.191	0.11	0.1	0.256	0.156	0.167	0.14	<b>0.781</b>	0.511
Erq10	0.281	0.324	0.203	0.121	0.127	0.249	0.189	0.166	0.135	<b>0.839</b>	0.609
Erq2	0.193	0.231	0.17	0.123	0.179	0.266	0.013	0.034	0.029	0.553	<b>0.797</b>

Erq4	0.184	0.108	0.012	-0.084	0.023	0.058	0.158	-0.087	-0.13	0.385	<b>0.575</b>
Erq6	0.198	0.23	0.156	0.193	0.236	0.273	0.012	0.081	0.336	0.487	<b>0.866</b>
Erq9	0.283	0.319	0.186	0.179	0.267	0.272	0.116	0.062	0.154	0.655	<b>0.857</b>

**Nota.** Los valores corresponden a las cargas cruzadas de los indicadores del modelo PLS-SEM. La carga más alta de cada indicador sobre su constructo teórico se presenta en negrita. La tabla se incluye como evidencia de validez discriminante mediante el criterio de cargas cruzadas.

### Anexo 3: Aval Comité de Ética



## COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 2664-25

Bogotá D.C, 14 de octubre de 2025

#### Doctores:

John Alexander Castro Muñoz  
**Investigador Principal**

Carmen Leonor García Rodríguez  
Dairo Alexander Ruiz Romero  
María José Carrillo Wilches  
Mario Antonio Tatis  
**Co- Investigadores**  
Bogotá

**Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (130-25 UNV)** Influencia de variables cognitivas y formativas sobre el bienestar sexual, emocional y conductas saludables en adultos jóvenes universitarios, mediada por factores identitarios.

#### Doctores

El día 30/09/2025, en la sesión registrada en el acta No. 038-25, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 20/08/2025 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Fundación Universitaria Unisanitas.

- Listado de documentos sometidos: Evaluación inicial del protocolo.

#### Concepto CEI: Aprobado

Se revisa en sesión según los criterios institucionales establecidos y dado que el proyecto no compromete la seguridad, bienestar y respeta los derechos del participante de investigación, se decide aprobar por consenso este protocolo.

Se informa que, como parte de las responsabilidades del Investigador Principal durante el desarrollo de una investigación, es de cumplimiento obligatorio llevar a cabo las siguientes actividades:

- El documento de consentimiento informado aprobado para la aplicación en este estudio, se firma y sella por el Comité de Ética, y posteriormente se carga junto con el comunicado de aprobación en la plataforma. Se solicita tener presente que este es el único documento autorizado para realizar el proceso de consentimiento informado con los participantes.

- Al concluir el estudio, es obligatorio someter al Comité de Ética un informe final o resumen de los resultados de la investigación.

Agradecemos su atención y compromiso para garantizar el cumplimiento de estas actividades conforme a los procedimientos establecidos.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por once (11) miembros principales y tres (03) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (07) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 9).

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas  
Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901  
E-mail: [comiteetica@unisanitas.edu.co](mailto:comiteetica@unisanitas.edu.co)  
Bogotá D. C, Colombia



## COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Miryam Consuelo Neira Corredor	Presidente Ad Hoc	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Secretaria Ejecutiva	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.
Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Betsy Valle Velasco	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Iván Mauricio Páez Sierra	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho
David Alberto Rincón Valenzuela	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias de la Salud con formación en Epidemiología
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
Wilson Alejandro Ramírez Romero	Miembro Deliberativo	Profesional en Ingeniería y Tecnologías

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

**Dra. Miryam Consuelo Neira Corredor**  
**Presidente (Ad-Hoc)**  
 Comité de Ética en Investigación  
 Fundación Universitaria Sanitas

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas  
 Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901  
 E-mail: [comiteetica@unisanitas.edu.co](mailto:comiteetica@unisanitas.edu.co)  
 Bogotá D. C, Colombia