

**Las relaciones interpersonales significativas, la identidad con los estereotipos de género  
y la afectividad: su relación con la salud**

Leidy Alejandra Godoy Sierra y Mariana Sofía Ortega España

Asesor: John Castro

Facultad de Psicología, Ciencias Sociales y de la Educación

6 de noviembre de 2025

## Índice de Contenido

Resumen.....	4
Justificación .....	7
Planteamiento del problema.....	12
Marco Teórico.....	14
Relaciones Interpersonales Significativas .....	14
Relaciones familiares.....	15
Relaciones romántico-afectivas .....	21
Relaciones Con Pares .....	26
Estereotipos y Género .....	28
Género .....	28
Identidad de Género.....	30
Estereotipos de Género .....	35
Identidad con los estereotipos de Género .....	37
Afectividad.....	39
Salud.....	41
Hábitos Saludables .....	42
Pregunta .....	44
Objetivos.....	44
Objetivo General .....	44
Objetivos Específicos.....	44
Hipótesis .....	45
Método .....	46
Diseño.....	46
Participantes .....	46
Muestreo.....	47
Instrumentos .....	47
Relaciones Interpersonales Significativas .....	47
Identificación de los estereotipos de género .....	49
Afectividad .....	50
Hábitos Saludables .....	51
Plan de análisis.....	53
Primera Fase: Valición del modelo .....	53

Segunda Fase: Prueba de Hipótesis.....	53
Resultados .....	53
Datos Sociodemográficos.....	53
Estadístico Descriptivos .....	56
Estadísticos de Correlación .....	63
Discusión.....	73
Conclusiones y Recomendaciones .....	76
Referencias.....	78

## Índice de Figuras y Tablas

Figura 1. ....	54
<i>Distribución de participantes según el sexo</i> .....	54
Figura 2. ....	54
<i>Composición Familiar de las personas participantes.</i> .....	54
Figura 3. ....	55
<i>Distribución de participantes según Nivel de Escolaridad.</i> .....	55
Figura 4. ....	56
<i>Relación de pareja de los participantes.</i> .....	56
Tabla 1. ....	56
<i>Estadísticos Descriptivos de la Muestra.</i> .....	56
Tabla 2. ....	58
<i>Estadísticos descriptivos - Mujeres.</i> .....	58
Tabla 3. ....	59
<i>Estadísticos descriptivos –Hombres.</i> .....	59
Tabla 4. ....	64
<i>Matriz de correlación de las variables del estudio para el grupo de mujeres</i> .....	64
Tabla 5. ....	67
<i>Matriz de correlación de las variables del estudio para el grupo de hombres</i> .....	67
Tabla 6. ....	70
<i>Matriz de correlación de las variables del estudio en la población total</i> .....	70

## Resumen

**Objetivo.** Observar si son significativas las relaciones entre la percepción de la calidad de las relaciones con la familia nuclear y con la pareja, la identidad con los estereotipos de género de masculinidad y feminidad y la afectividad positiva o negativa, con la percepción y cuidado de la salud, en adultos jóvenes de la ciudad de Bogotá. **Método.** Estudio cuantitativo, de alcance correlacional y diseño transversal, con una muestra no probabilística de 61 adultos jóvenes (65,6% mujeres y 34,4% hombres) entre los 18 y 30 años. Se aplicaron instrumentos estandarizados para evaluar relaciones familiares y de pareja, identificación con estereotipos de género, afectividad positiva y negativa, y conductas de salud. **Resultados.** Se encontraron que mejores indicadores de funcionamiento familiar se asocian con mayores niveles de afecto positiva y con una mayor autoeficacia en el manejo de la alimentación, especialmente en el consumo de alimentos grasos. Por otro lado, se observa que el funcionamiento familiar y la masculinidad mantienen una relación inversa en la muestra evaluada. Los estereotipos de género no mostraron relación con la salud. **Conclusión.** La salud es un fenómeno multicausal; no puede atribuirse a una sola variable. Estos resultados respaldan una visión integral y biopsicosociocultural de la salud.

**Palabras Clave:** salud, género, afectividad, relaciones interpersonales, adultez joven.

### Abstract

**Objective.** To observe whether significant relationships exist between the perceived quality of relationships with the nuclear family and romantic partner, identification with gender stereotypes of masculinity and femininity, and positive or negative affect, in relation to health perception and care among young adults in Bogotá. **Method.** A quantitative, correlational, and cross-sectional study was conducted with a non-probabilistic sample of 61 young adults (65.6% women and 34.4% men) aged between 18 and 30 years. Standardized instruments were used to assess family and romantic relationships, identification with gender stereotypes, positive and negative affect, and health-related behaviors. **Results.** Better indicators of family functioning were found to be associated with higher levels of positive affection and greater self-efficacy in managing food intake, especially in the consumption of fatty foods. On the other hand, family functioning and masculinity were found to have an inverse relationship in the sample evaluated. Gender stereotypes showed no relationship with health. **Conclusion.** Health is a multi-causal phenomenon; it cannot be attributed to a single variable. These results support a comprehensive and biopsychosocial-cultural view of health.

**Keywords:** health, gender, affectivity, interpersonal relationships, young adulthood.

### **Justificación**

El estudio de la Carga Mundial de Enfermedad 2021 (GBD, por sus siglas en inglés), desarrollado por el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés), proporciona un marco sobre el estado de salud de la población mundial, mediante el uso del indicador Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD); una métrica que permite cuantificar el impacto de las enfermedades y lesiones mediante la suma de dos componentes: los Años de Vida Perdidos por Mortalidad Prematura (AVP), que reflejan los años que una persona habría vivido si no hubiera fallecido antes de alcanzar la esperanza de vida estándar; y los Años Vividos con Discapacidad (AVD), que representan el tiempo vivido con una enfermedad o condición que reduce la calidad de vida. Este estudio permite comparar la carga que representan distintas patologías y orientar intervenciones en salud pública basadas en evidencia (IHME,2024; Patwardhan et al., 2024).

De acuerdo con el estudio anteriormente citado, a nivel mundial, las mujeres presentaron una mayor carga por afecciones relacionadas con la morbilidad, especialmente como el dolor lumbar (478,5 AVAD más por cada 100.000 mujeres que hombres), los trastornos depresivos (348,3 AVAD) y la cefalea (332,9 AVAD). En contraste, los hombres enfrentaron tasas más altas de AVAD por causas vinculadas a la mortalidad, como la COVID-19 (1767,8 AVAD más por cada 100.000 hombres que mujeres), los accidentes de tránsito (1012,2 AVAD) y la cardiopatía isquémica (1611,8 AVAD). Estas diferencias se intensifican con la edad y se mantienen estables en el tiempo para la mayoría de las afecciones, con excepción del VIH/SIDA, cuya mayor disparidad se observa en adultos de 25 a 49 años en África Subsahariana (Patwardhan et al.,2024). Esta última, hace referencia a los problemas cardíacos causados por el estrechamiento de las arterias cardíacas que suministran sangre al corazón, este estrechamiento puede originarse por un coágulo de sangre o por la constricción del vaso sanguíneo, aunque la mayoría de veces es causado por la acumulación de placa, llamada aterosclerosis, patología asociada a factores de riesgo cardiovascular como

la edad, el sexo (hombre), la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus y la dislipidemia (niveles anormales de colesterol y triglicéridos). La prevención de la enfermedad puede abordarse a nivel poblacional, mediante la promoción de hábitos de vida saludables como la alimentación equilibrada, la actividad física regular, la reducción del consumo de tabaco y alcohol, y el control del estrés. (Alcalá et al.,2017).

Éstas diferencias de morbilidad y mortalidad entre hombres y mujeres, que se acentúan con la edad, han permanecido estables a lo largo del tiempo, con excepción del VIH/Sida en la cual no han identificado diferencias (IHME,2024). De acuerdo con Patwardhan et al. (2024) esta evidencia resalta la necesidad de contar con datos separados por sexo y edad, así como fomentar la investigación con perspectiva de género. Esto implica reconocer que la salud no se configura únicamente a partir de diferencias biológicas y fisiológicas, sino que también a través de los roles, comportamientos e identidades socialmente construidos de mujeres, hombres y personas de género diverso, influenciados por el contexto histórico y cultural, dado que estas diferencias dan como resultados que hombres, mujeres y personas de género diversos experimenten la salud y la enfermedad de manera distinta.

En consecuencia, los sistemas de salud deben adaptarse a estos desafíos diferenciados, implementando intervenciones que reduzcan la carga de la enfermedad y promuevan una mayor equidad, entendida como la capacidad de responder de forma adecuada a las necesidades específicas de cada grupo (Patwardhan et al.,2024).

Por otro lado, el GBD identifica como principales factores de riesgo que impulsan de carga de enfermedades a nivel global, la hipertensión arterial como una enfermedad crónica en la que la presión de la sangre en los vasos sanguíneos es alta, e incluye factores riesgo como la edad avanzada, la genética, el sobrepeso u obesidad, la falta de actividad física o sedentarismo, dieta rica en sal y consumo de alcohol (OMS,2023)-,el tabaquismo, la

hiperglucemia (nivel alto de glucosa en sangre) y la contaminación del aire. Aunque algunos países han logrado avances en reducir la malnutrición infantil, la contaminación y las deficiencias de agua y saneamiento, persiste una alta exposición a riesgos como el sobrepeso, el abuso de drogas y las altas temperaturas. En concordancia con esto, para el año 2025, se destaca la necesidad de intervenir sobre los riesgos conductuales; es decir comportamientos que la persona lleva a cabo y que pueden poner en riesgo la salud y riesgos metabólicos, para acelerar el progreso en salud pública (IHME,2024).

En el caso de Colombia, las cifras más recientes de la Cuenta de Alto Costo (CAC,2024), organismo técnico encargado de gestionar información sobre enfermedades de alto costo con el fin de mejorar la atención en salud, evidencian una prevalencia elevada de enfermedades crónicas no transmisibles. Entre el 1 de julio de 2022 y el 30 de junio de 2023, se registraron 5.649.061 personas con hipertensión arterial, lo que corresponde a una prevalencia cruda de 10,87 casos por cada 100 habitantes. La mayor proporción de los casos se presentó en mujeres (60,59%), con una edad promedio de 63 años.

Por su parte, la diabetes mellitus tipo 2, enfermedad crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa debido a una utilización ineficaz o producción insuficiente de insulina (Goyal et al., 2023), afectó a 1.985.718 personas, equivalente a una prevalencia de 3,82 casos por cada 100 habitantes. En concordancia con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social (2023) plantea acciones prioritarias orientadas a prevenir el aumento de la diabetes mediante la adopción de estilos de vida saludables. Esto incluye promover factores protectores para la salud, como una alimentación equilibrada, la práctica regular de actividad física y la disminución del consumo de tabaco y alcohol, así como fortalecer el control de los factores de riesgos asociados, entre ellos el sobrepeso, la obesidad y los antecedentes personales o familiares de diabetes.

Asimismo, sugiere promover espacios libres de violencias que permitan, especialmente a las mujeres, realizar actividades al aire libre y en diferentes entornos comunitarios, favoreciendo la práctica sostenida de estilos de vida saludable. De igual modo, se requiere desarrollar estrategias disminuyan la carga de cuidado que recaer de manera desproporcionada en las mujeres, para que estas cuenten con las condiciones y el tiempo necesario para dedicarse al cuidado de su propia salud (Ministerio de Salud y Protección social, 2023)

Adicionalmente, a estas cifras se suma la información provista por la última Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN, 2015) publicada, que expone un panorama preocupante en torno el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo: el 56,5% de la población adulta presenta exceso de peso (mayoritariamente mujeres de 30 años), el 48,3% no cumple con las recomendaciones de actividad física, y el 56,9% permanece más de dos horas diarias frente a pantallas.

Estos factores de riesgo mencionados y altamente prevalentes refuerzan la necesidad de examinar la salud no solo desde indicadores biomédicos, sino también desde determinantes psicológicos, sociales y culturales. Entre esos determinantes, el género (González et al.,2024; Zitenly et al., 2022), las relaciones interpersonales (Domínguez et al., 2023) y la afectividad (Pineda et al.,2025) han sido identificados como factores que influyen en la salud.

Como resultado del panorama en salud a lo largo del tiempo, la OMS establece la prevención de enfermedades y la promoción de la salud como pilares esenciales para reducir la carga sanitaria y mejorar el bienestar de la población. La prevención se entiende como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS,1998). La promoción como proceso que busca fortalecer la

capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud, mediante estrategias de alfabetización sanitaria y políticas que favorezcan los entornos saludables (OMS,1986).

Este enfoque se alinea directamente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible que hacen parte de la Agenda 2030, particularmente el ODS 3 (Salud y Bienestar), el ODS 5 (Igualdad de Género) y el ODS 11 (Ciudades y Comunidades Sostenibles), al reconocer que la salud está determinada por los comportamientos en salud de las personas, pero también por condiciones sociales, ambientales y económicas que configuran las posibilidades de cuidado. Incorporar acciones de promoción y prevención con perspectiva de equidad no solo contribuye a reducir la carga de enfermedad, sino que mejora la productividad, fortalece la participación y promueve entorno más seguros y sostenibles (Organización de las Naciones Unidas,2023)

### **Planteamiento del problema**

En el último lustro (2020- 2025), las ciencias sociales y la psicología han reconocido con mayor fuerza la influencia que ejercen los estereotipos de género, las relaciones interpersonales significativas y la afectividad en el bienestar psicológico (Caqueo Urizar et al.,2020; Mónaco y Montoya, 2021). No obstante, pocas investigaciones abordan de manera articulada estas variables y su relación conjunta sobre la salud integral de las personas jóvenes, lo cual genera una comprensión fragmentada de estas variables.

Si bien existen estudios sobre estereotipos o relaciones afectivas por separado y sus implicaciones en diferentes fenómenos, incluida la salud, aún es escasa la producción académica que analice cómo estos factores interactúan entre sí en adultos jóvenes (Guzmán-González et al., 2024); etapa del desarrollo caracterizada por una intensa configuración de la identidad y conexión con otros.

La adultez joven implica procesos de afirmación identitarios, búsqueda de intimidad y definición de vínculos afectivos significativos (Erikson, 1985). Esta etapa está marcada por una alta sensibilidad emocional, un deseo de independencia y la necesidad de pertenencia, lo que vuelve a las personas jóvenes especialmente vulnerables a los mandatos sociales sobre cómo deben sentir, actuar o vincularse (Medina Altamiranda, 2022; Rubio Angular et al., 2021).

La evidencia reciente muestra que el apoyo social, entendido como relaciones de confianza y respaldo, está inversamente relacionado con la sintomatología depresiva, ansiosa y el estrés en adultos jóvenes (Godoy-Casasbuenas et al., 2025)

Por otra parte, una alta centralidad de la identidad de género desde modelos tradicionales puede estar relacionada con malestar psicológico, rigidez emocional, auto vigilancia y temor social, particularmente en varones cisgénero (Zitenly et al., 2022 Glasser et al., 2024) A esto se suma que las dificultades en la expresión emocional y afectiva, derivadas de estereotipos de género, pueden deteriorar las relaciones interpersonales, limitar

la búsqueda de apoyo y disminuir el bienestar subjetivo en la población (Flores-Reyes et al., 2024; Carranza y Guzmán, 2023).

En conjunto, estas evidencias muestran que la afectividad, los vínculos interpersonales de calidad, los estereotipos de género y la construcción de identidad no operan de forma aislada, sino que interactúan configurando trayectorias de salud emocional específicas en los adultos jóvenes. Sin embargo, la literatura aún presenta vacíos sobre cómo estas variables se entrelazan y producen efectos conjuntos en esta población, por ende, comprender cómo se entrelazan estas variables en la población joven puede permitir una lectura más matizada de las condiciones que favorecen o deterioran su salud emocional.

En relación con todo lo anterior, el presente trabajo de investigación busca responder a la pregunta: ¿Cuál es la relación entre los estereotipos de género, las relaciones interpersonales significativas y la afectividad, y cómo influyen conjuntamente en la salud de los adultos jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá?

### **Marco Teórico**

Con el objetivo de comprender la relación que puede existir entre las variables del problema de investigación, a continuación, se presenta una revisión conceptual de las mismas. Para ello, se realiza un desglose de cada variable principal, teniendo en cuenta que estas incluyen a su vez otros componentes. En primer lugar, se expone una revisión histórica de cada variable, de tal manera que se aborde su origen y evolución a lo largo del tiempo. Posteriormente, se revisan las investigaciones recientes que exploran cómo cada variable puede estar asociada con las demás. Finalmente, se establece la definición más adecuada de cada variable para el presente estudio y a partir de la evidencia se identifica mediante el análisis deductivo las hipótesis de investigación.

#### **Relaciones Interpersonales Significativas**

En la presente investigación, las relaciones interpersonales significativas se caracterizan por ser vínculos cercanos y saludables, que fomentan un apego seguro; proporcionando una sensación de seguridad y protección, que influye en el desarrollo y adaptación del individuo.

Las relaciones interpersonales se pueden comprender desde varios marcos de referencia. Uno de los marcos centrales en psicología desde una perspectiva empírica y clásica han sido las bases evolutivas en el análisis de la conducta o el comportamiento.

En consonancia con esta perspectiva evolutiva, el trabajo de Harlow y Zimmerman (1958), sobre los efectos de la privación materna en monos Rhesus, constituye un marco teórico central para comprender la importancia de los vínculos afectivos en la evolución humana. Su investigación consistió en criar crías de monos Rhesus con muñecas como madres sustitutas, una de las madres sustitutas estaba cubierta de tela; y la otra estaba hecha de alambre, pero proporcionaba leche, encontrando que contrario a la creencia de que las crías se

apegarían a las madres que les proporcionaban alimento, las crías de mono pasaban la mayor parte del tiempo abrazadas a la madre de tela (como se citó en Vicedo,2010).

Inspirado por la investigación de Harlow y Zimmerman (1958), quienes demostraron que es la proximidad y el contacto corporal con una figura materna-más que la provisión de alimentos- lo que cimienta el apego del infante, Bowlby comenzó a investigar cómo las experiencias tempranas y la relación con la primera figura vincular actúan en el desarrollo humano. A partir de ello, desarrolló la Teoría del Apego (1969), en la que plantea que los seres humanos están biológicamente predispuestos a establecer lazos con figuras de apego que les brinden seguridad y protección, los cuales son elementos importantes para la supervivencia y el desarrollo infantil

Por su parte, Ainsworth (1979), quien colaboró estrechamente con Bowlby (1952), demostró que la calidad de estas primeras relaciones influye en la configuración de patrones de apego que tienden a mantenerse a lo largo de la vida, moldeando tanto la personalidad como las formas de vinculación con los demás. Por tanto, el apego es visto como un elemento que influye en la adaptación del individuo al entorno social.

A partir de estos aportes, el presente trabajo se enfocará en dos tipos de relaciones interpersonales significativas: relaciones familiares y relaciones de pareja, aunque se incluirá en el marco teórico las relaciones con pares (por su importancia en la juventud), ya que, si bien no son las únicas formas de vínculo significativo, son escenarios que permiten observar cómo las interacciones humanas se relacionan o no con la construcción de la identidad de género, la afectividad y la salud de los individuos.

### ***Relaciones familiares***

Uno de los primeros autores en abordar las relaciones familiares y su influencia en el desarrollo del individuo fue Murray Bowen (1966) con su Teoría de los Sistemas Familiares, según la cual el funcionamiento emocional del ser humano no puede entenderse de manera aislada, sino como parte de un sistema relacional más amplio, donde las interacciones

familiares constituyen el contexto inicial y central del desarrollo individual (Nascimento & Ribeiro,2021).

Según Bowen (1993), el sistema emocional de cualquier individuo está compuesto por dos fuerzas fundamentales: la pertenencia, que fomenta la cohesión familiar, y la individuación, que permite a cada miembro desarrollarse como un ser único dentro del sistema (Como se citó en Nascimento & Ribeiro,2021). Así, esta teoría posiciona a la familia como un sistema natural, cuyos patrones de interacción están intrínsecamente ligados a la evolución humana. Al funcionar como una red en la que sus miembros están interconectados, el comportamiento de uno genera reacciones en los demás, y viceversa (Nascimento & Ribeiro,2021)

Posteriormente, John Bowlby (1952,1969), desarrolló la Teoría del Apego, la cual describe el impacto que tienen las experiencias tempranas y la relación con la primera figura vincular en el desarrollo del niño. Esta relación, que se establece desde el nacimiento, permite al recién nacido aprender a regular sus emociones a través del vínculo con su cuidador, ya que en los primeros momentos de vida el niño carece de la capacidad de hacerlo por sí mismo. Es en el marco de este vínculo donde el niño experimenta los primeros sentimientos positivos, como la seguridad y la confianza, y negativos, como la inseguridad y el miedo. Esta relación cumple las funciones de mantener la proximidad y tratar de establecer a la figura de apego como una base segura, desde la cual el niño parte a explorar y regresa en busca de refugio y consuelo.

Debido a lo anterior, la calidad de dicho vínculo de apego interviene en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y afectivo del niño a lo largo de su vida (Bowlby,1989). Estas experiencias vinculares con la figura base, son la base sobre la que la persona construye, lo que como Bowlby (1973) nombró “Modelos Operativos Internos”, los cuales son representaciones propias y de los demás, que se han adquirido a lo largo de la vida como

resultado de la interacción con el ambiente y con las figuras de apego (como se citó en Benlloch, 2020).

Continuando con la perspectiva relacional, Bronfenbrenner propone el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano (1987), el cual entiende el desarrollo como el resultado de una interacción dinámica y continua a lo largo de la vida entre el individuo y los múltiples entornos en los que participa, y los cuales se transforman con el tiempo. Esta propuesta considera que el desarrollo es una progresión basada en la acomodación mutua entre una persona activa y sus contextos inmediatos, así como en las relaciones entre dichos contextos y los contextos más amplios en los que están inmersos.

El ambiente ecológico, según el autor, se concibe como una estructura de sistemas organizados en forma de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente, como las muñecas rusas, de la siguiente manera: micros, meso, exo y macrosistema.

El microsistema constituye el entorno más cercano, en el que la persona se desenvuelve de manera directa, como el hogar, la escuela o el parque, y está compuesto por patrones de actividad, roles y relaciones interpersonales que tienen significado para ella. Dentro de este sistema, la familia ocupa un lugar central en su desarrollo psicológico, ya que es el primer espacio donde la persona nace, crece, vive su cotidianidad, aprenden normas, valores, asume roles y establece lazos afectivos (Díaz et al., 2020)

El mesosistema, por su parte, alude las interrelaciones entre dos o más microsistemas, cómo por ejemplo la conexión entre el hogar y la escuela. Por otra parte, el exosistema incluye contextos en los que la persona no participa directamente, pero cuyos acontecimientos la afectan, como el trabajo de los padres. Finalmente, el macrosistema abarca el conjunto de creencias, valores y normas culturales que configuran los sistemas anteriores.

En este marco, Bronfenbrenner (1987) también introduce el concepto de transición ecológica, que ocurre cuando la posición de una persona cambia debido a una modificación del rol, de contexto o de ambos, generando nuevas dinámicas de adaptación. Estos cambios, presentes a lo largo de toda la vida, tienen un fuerte impacto en el desarrollo, ya que suelen implicar nuevos roles y con ello, nuevas expectativas sociales, los cuales influyen significativamente en la manera en que la persona actúa, piensa y se relaciona con los demás.

Para continuar bajo la teoría del desarrollo ecológico, Lerner (2002,2005) propone el Desarrollo Positivo Juvenil (Positive Youth Development, PYD), el cual surge como una respuesta crítica a la visión tradicionalmente negativa de la adolescencia, históricamente concebida como una etapa universal de “tormenta y estrés”, ya que en contraposición, Lerner explica que la mayoría de jóvenes no atraviesan la etapa de manera tormentosa, por ejemplo, aunque los adolescentes pasan cada vez más tiempo con sus compañeros que con sus padres, la mayoría valora en un alto nivel la relación con ellos, por otro lado la mayoría de los adolescente tienen valores fundamentales como la importancia de la educación, la justicia social o la espiritualidad que coinciden con sus padres.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la perspectiva relacional (persona-contexto) y ecológica, Lerner sostiene que el desarrollo humano, en especial el adolescente, es un proceso dinámico y plástico, modelado por la interacción constante entre el individuo y los múltiples niveles de su entorno (familia, pares, escuela, comunidad, cultura y contexto histórico). De esta manera, abandona la idea de una adolescencia inherentemente conflictiva, y promueve una comprensión más compleja y optimista, que reconoce la diversidad interindividual en los cambios intraindividuales que vive la persona durante esta etapa (Lerner,2005).

En este marco, Lerner plantea que el desarrollo positivo juvenil puede promoverse a través del fortalecimiento de cinco dimensiones clave conocidas como “5C”: Competencia (académicas, sociales, vocacionales), Confianza (Autoestima, Identidad Positiva), Conexión

(familia, escuela, comunidad, compañeros), Carácter (valores personales, conciencia social, valora la diversidad), Cuidado o solidaridad (empatía por las personas desfavorecidas) (Lerner,2005)

De acuerdo con la participación que tiene la familia en el desarrollo humano, a continuación, se presentan investigaciones recientes sobre su relación con el bienestar. El estudio de Domínguez et al. (2023) analizó cómo el funcionamiento familiar se asocia con síntomas de depresión, ansiedad y estrés en jóvenes españoles de 18 a 29 años. Evaluaron cuatro dimensiones clave: la implicación parental (tiempo y participación activa en la vida de los hijos), el cariño parental (afecto, comprensión y sensibilidad), el apoyo a la autonomía (fomento de la independencia y el sentido del yo) y el control psicológico (uso de la culpa o la retirada de afecto como forma de control comportamental), encontrando que altos niveles de implicación, cariño y apoyo se relacionan con una menor sintomatología, mientras que el control se asocia con mayores síntomas clínicos, lo que evidenció el rol protector o de riesgo que representan las relaciones familiares en esta etapa del ciclo vital.

Por otro lado, a continuación, se revisan investigaciones recientes que abordan la calidad de las relaciones familiares y la identidad de género, con el fin de explorar cómo los vínculos afectivos pueden impactar en su construcción.

De acuerdo con Galet y Alzás (2015), la familia cumple un papel central en la socialización de género, entendida como el proceso mediante el cual las personas interiorizan valores, normas y comportamientos culturalmente asignados a cada sexo (cómo debe vestir, actuar y comportarse). Por ejemplo, en una investigación realizada por Del Valle (2018) que contó con personas de orientación heterosexual y de la comunidad LGBTI, encontró que la familia es señalada como el agente más influyente en la transmisión de los roles de género, incluso por encima de la sociedad, pues desde temprana edad, la familia moldea la percepción del género a través de prácticas cotidianas como el tipo de juguetes, colores o actividades que

se asignan al sexo masculino o femenino. Así mismo, se encontró que, mientras las personas heterosexuales suelen integrarse a estos modelos sin presentar mayores conflictos, las personas LGBTI enfrentan una presión constante por encajar en los moldes que no corresponden con su identidad de género.

Otro estudio realizado por Barni et al. (2022) realizado con padres y madres italianos, e hijos adultos jóvenes, reveló que el sexismo de los padres está vinculado con los valores que desean transmitir a sus hijos. El sexismo benévolo se asocia con valores tradicionales como la conformidad y la seguridad. Esto sugiere que los padres que valoran el sexismo benévolo pueden fomentar estereotipos de género en sus hijos.

Sin embargo, es importante mencionar que, aunque la familia es un agente transmisor, no se desconoce el papel del individuo en su capacidad para rechazar o replicar dichos roles de género aprendidos, es decir; identificarse con estos. Por ejemplo, Segura (2021), reflexiona sobre cómo la familia y la escuela influyeron en la construcción de su masculinidad, donde a pesar de que recibió mandatos y expectativas de género desde temprana edad, fue capaz de cuestionarlos y desarrollar una identidad masculina más crítica.

Conviene subrayar que esta investigación no desconoce la influencia de la cultura en la transmisión de los roles de género, más allá del papel de la familia. Como señala Parsons (1968, como se citó en Rocha,2009), la identidad se forma a partir de significados que orientan la acción y se construyen mediante la interiorización de valores, normas y códigos culturales socialmente. Así, la forma en que una persona se define a sí misma no es fija ni universal, sino que está influida por su contexto histórico y cultural.

Para continuar, el estudio de Mantilla y Pavón (2020) realizado con tres mujeres adultas, destacó que el apoyo familiar es clave para reducir riesgos emocionales y sociales como el estigma y la discriminación de las mujeres trans, además identifican que relación familiar positiva puede atenuar las dificultades asociadas con la transición de género, como,

por ejemplo, acelerar el inicio de esta. Por otro lado, el estudio de Morales y Pérez (2021) encontró que los padres, madres, hijos e hijas atraviesan diferentes etapas para lograr la aceptación de la orientación sexual y que el apoyo en la información contribuye a mejorar el apoyo emocional. La falta de información y los estereotipos sociales obstaculizan la aceptación familiar, por lo que es clave promover una comunicación abierta y recursos informativos que faciliten la comprensión y el fortalecimiento de los vínculos

Otro estudio realizado por Barni et al. (2022) realizado con padres y madres italianos, e hijos adultos jóvenes, reveló que el sexismo de los padres está vinculado con los valores que desean transmitir a sus hijos. El sexismo benévolo se asocia con valores tradicionales como la conformidad y la seguridad. Esto sugiere que los padres que valoran el sexismo benévolo pueden fomentar estereotipos de género en sus hijos.

La familia como primer agente de socialización, juega un papel fundamental en la transmisión de normas, expectativas y significados. Por esto, actualmente, se señala el papel que tienen los padres y madres para desestimular dichos roles y estereotipos de género que pueden estarse viendo reforzados a través de acciones y normas, y que pueden estar obstaculizando el desarrollo y el bienestar de los individuos (Fondo de las Naciones Unidas para Infancia, 2016).

Después de explorar el papel que desempeña la familia en el desarrollo psicológico y relacional del individuo, así como su bienestar, resulta pertinente abordar otra esfera asimismo significativa, especialmente durante la adultez: las relaciones de pareja.

### ***Relaciones romántico-afectivas***

Las relaciones romántico-afectivas o de pareja constituyen un tipo particular de vínculo interpersonal caracterizado por la presencia de conexión emocional, deseo erótico y, en muchos casos, compromiso mutuo. Estas relaciones se configuran desde elementos subjetivos como el afecto y la intimidad, pero también están atravesadas por dinámicas

culturales, históricas y sociales que modelan los significados y prácticas del amor en distintos contextos (Flores Fonseca, 2019).

Una de las aproximaciones más influyentes para comprender el amor romántico desde la psicología ha sido la Teoría Triangular del Amor de Sternberg de 1986, quien propuso que el amor se compone de tres elementos fundamentales: Intimidad (sentimientos de cercanía, conexión, afecto, apoyo mutuo y comprensión), pasión (deseo físico y sexual, excitación, necesidad de estar con el otro) y compromiso (la decisión consciente de mantener la relación a largo plazo, la lealtad y la responsabilidad compartida). Según la predominancia de los componentes afectivos que plantea Sternberg, se identifican diferentes tipos de amor.

Por ejemplo, el cariño se refiere a una relación donde solo está presente la intimidad, como ocurre en amistades cercanas caracterizadas por el afecto y la conexión emocional, sin pasión ni compromiso romántico. El encaprichamiento, en contraste, se basa exclusivamente en la pasión, como en los flechazos intensos marcados por la atracción física y sexual, pero carentes de intimidad profunda y compromiso. El amor vacío se configura únicamente a partir del compromiso, manteniéndose por deber o costumbre, sin que haya pasión o intimidad. A su vez, el amor romántico emerge de la combinación entre intimidad y pasión generando un vínculo emocionalmente cercano y apasionado, típico de las etapas iniciales de una relación, aunque sin un compromiso firme a largo plazo. Por otro lado, el amor fatuo se basa en la unión de pasión y compromiso, sin la conexión emocional que proporciona la intimidad. El amor compañero, por su parte, se construye a partir de la intimidad y el compromiso, conformando un lazo emocionalmente profundo y estable, común en relaciones duraderas donde la pasión parece haberse atenuado. Finalmente, el amor consumado representa la forma más completa de amor, integrando los tres componentes: intimidad, compromiso y pasión. No obstante mantener este tipo de amor requiere esfuerzo y equilibrio constante.

Esta teoría no solo ha sido ampliamente validada empíricamente, sino que además cuenta con un instrumento de evaluación diseñado por el autor conocido como el Triangular Love Scale (Sternberg, 1997), utilizado en diversos estudios, aunque sin baremos adaptados al contexto colombiano.

No obstante, el amor y las relaciones de pareja no responden únicamente a estructuras individuales o emocionales, sino que se inscriben en sistemas sociales y simbólicos que promueven determinadas formas de vinculación.

Flores Fonseca (2019) analiza cómo el llamado “amor romántico” ha sido construido históricamente desde una lógica patriarcal que idealiza la fusión, la exclusividad y la renuncia personal, especialmente de las mujeres, naturalizando prácticas de control, dependencia y desigualdad emocional.

Por otro lado, desde perspectivas contemporáneas y diversas, autores como Veaux & Rickert (2014) proponen una visión alternativa del amor desde la ética relacional, en la cual se reconoce la validez de múltiples formas de vinculación no monogámica, siempre que estén basadas en el consentimiento informado, la comunicación y la responsabilidad afectiva.

Dentro de este marco, se distinguen algunas configuraciones comunes, como las relaciones abiertas definidas como relaciones primarias donde se acuerda la posibilidad de tener relaciones sexuales o románticas con otras personas fuera de la pareja principal, y cuyas reglas y límites pueden variar significativamente entre diferentes parejas abiertas. El Poliamor definido como una práctica de tener múltiples relaciones íntimas, amorosas y sexuales simultáneamente, con el pleno conocimiento y consentimiento de todas las personas involucradas. Y finalmente la anarquía relacional, reconocida como una filosofía y práctica que cuestiona la jerarquía tradicional de las relaciones donde las relaciones románticas suelen priorizarse sobre las amistades u otros vínculos, y aboga por construir cada relación individualmente, basada en el acuerdo mutuo y sin normas preestablecidas más allá del

respeto y el consentimiento. En esta línea se enfatiza que no existe una única forma válida de amar, y que los vínculos afectivos pueden construirse desde la autonomía, la horizontalidad y la negociación constante.

Complementariamente, desde un enfoque empírico, Felmlee (1995) ha investigado las dinámicas que llevan a la formación, el mantenimiento y la disolución de las relaciones románticas. Su Teoría de la Atracción Fatal postula que las cualidades que inicialmente atraen a una persona hacia su pareja pueden convertirse, con el tiempo, en las razones de la ruptura. Entre los patrones identificados se encuentra la percepción de que “lo diferente es deseable, luego incompatible”, lo que significa que rasgos inicialmente atractivos pueden volverse irritantes o conflictivos. También se observa que “lo intenso es atractivo, luego inestable”, en tanto que la emoción desbordada puede convertirse en drama e inestabilidad. Finalmente, “Cuidar es querer cambiar, luego resentimiento” señala que el deseo inicial de ayudar a la pareja puede transformarse en control, generando malestar si no se cumplen las expectativas de cambio. Este enfoque resalta la complejidad de las relaciones románticas y cómo las percepciones pueden cambiar a lo largo del tiempo.

Diversas investigaciones recientes ofrecen una visión detallada de cómo las relaciones de pareja se manifiestan y transforman en contextos socioculturales y tecnológicos contemporáneos validando y expandiendo las teorías previamente mencionadas:

Medina y Mesa (2024), al analizar las relaciones románticas de estudiantes universitarios de Ecuador desde la Teoría Triangular del Amor de Sternberg, encontraron que la intimidad emocional emerge como un predictor significativo de la satisfacción relacional. Además, identificaron una correlación positiva entre los estilos de apego seguro y mayores niveles de intimidad y compromiso en las parejas jóvenes, este estudio subraya la relevancia de los componentes de Sternberg en un contexto cultural específico y cómo las experiencias

tempranas de apego influyen en la calidad de las relaciones adultas, conectando la teoría del amor con la teoría del apego.

Rodríguez y Rodríguez (2023) investigaron la mediación de las tecnologías afectivas en la intimidad de las parejas durante la pandemia de COVID-19 en Guadalajara, México. Sus hallazgos revelaron una reconfiguración del deseo y la comunicación emocional en entornos virtuales. Las parejas desarrollaron nuevas formas de mantener la conexión a través de videollamadas, mensajes y las redes sociales, lo que destaca cómo los elementos de la intimidad y la pasión, definidos por Sternberg, se adaptaron a un contexto de aislamiento físico. Este estudio también aporta a la comprensión de cómo las dinámicas relacionales, incluso aquellas afectadas por factores externos, buscan mantener la cercanía y el afecto.

Rodríguez Bustamante et al. (2023) exploraron en conflicto dentro de las relaciones de pareja no como un factor puramente negativo, sino como una oportunidad para el cambio y el crecimiento. Su investigación, basada en entrevistas cualitativas, enfatizó el potencial del conflicto como un espacio de agencia y reflexión subjetiva, donde las parejas pueden negociar nuevas formas de relacionarse y fortalecer su compromiso. Este enfoque desafía la visión tradicional de conflicto como un signo de disfunción y lo presenta como un proceso dinámico que puede contribuir a una mayor intimidad y compromiso cimentado en comprensión mutua al abordarse de manera constructiva.

Un metaanálisis reciente realizado por investigadores australianos que incluyó 35 estudios y casi 25.000 participantes desafió la noción de que la monogamia es la única forma válida de relación. Los hallazgos indicaron que las personas en relaciones no monógamas consensuadas, como el poliamor o las relaciones abiertas, reportan niveles similares de satisfacción, intimidad y compromiso en comparación con las relaciones monógamas. Este estudio sugiere que la calidad de una relación no depende exclusivamente de su estructura,

sino de factores como la comunicación, la confianza y los acuerdos, apoyando la perspectiva de Veaux y Rickert sobre la diversidad en las relaciones romántico-afectivas.

### ***Relaciones Con Pares***

Durante la adultez emergente y la adultez joven, las relaciones entre pares conforman un espacio relacional donde se construyen formas de socialización, pertenencia y expresión emocional. Esta etapa, comprendida aproximadamente entre los 18 y 29 años, ha sido descrita por Arnett (2000) como un periodo caracterizado por la exploración de la identidad, la búsqueda de autonomía y el establecimiento de vínculos significativos fuera del núcleo familiar.

Desde la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1985) plantea que esta etapa vital se vincula con el conflicto entre intimidad y aislamiento. La manera en que este conflicto se resuelve puede estar relacionada con la disposición a establecer relaciones recíprocas, donde se comparten experiencias emocionales y proyectos de vida. Papalia et. al (2017) explican que, durante la adultez temprana, los pares cumplen funciones de reconocimiento, contención y validación emocional y se convierten en una de las fuentes principales de contacto afectivo voluntario. En esta etapa, las amistades tienden a ser más elegidas por afinidad y valores compartidos, a diferencia de la infancia o adolescencia, donde los vínculos se configuran mayoritariamente por proximidad contextual (como la escuela).

Asimismo, experiencias vinculares previas pueden incidir en la manera en que las personas se relacionan con sus pares en esta etapa. Bowlby (1969) y Ainsworth (1979) propusieron que los estilos de apego desarrollados en la infancia tienden a mantenerse a lo largo del desarrollo, influyendo en los patrones afectivos de las relaciones en la adultez. Por ejemplo, estilos de apego seguros se han vinculado con una mayor apertura emocional y una comunicación más efectiva entre pares, mientras que los estilos evitativos o ambivalentes se asocian con patrones de distancia, ambigüedad o retraimiento.

Desde otra perspectiva, Calero et al. (2019) han señalado que la inteligencia emocional puede intervenir en la calidad de las relaciones entre pares, ya que facilita el reconocimiento, la expresión y la regulación emocional, así como la comprensión del estado emocional de los demás. Estas habilidades pueden estar implicadas en la manera en que las personas sostienen interacciones que consideran significativas, sobre todo cuando las relaciones son elegidas por afinidad y no por imposición contextual.

Por otro lado, en el caso de las personas cisgénero, los estereotipos de género internalizados desde etapas previas continúan modulando la forma en que se desarrollan los vínculos con los pares. William y Best (1982), observaron que las normas tradicionales de género tienden a regular la emocionalidad y la participación en roles sociales diferenciados, lo que puede influir en las dinámicas de grupo asociando la masculinidad con el rol de liderazgo e independencia, y la feminidad con la empatía y la expresividad emocional. En una línea similar, Lopez (1993) plantea que las identidades de género tradicionales pueden estar asociadas con la reproducción de patrones estereotipados, que limitan la espontaneidad y el reconocimiento mutuo.

Diversos estudios recientes han aportado evidencia sobre la relevancia de estos vínculos en el contexto de la adultez. Portilla, Saavedra et al. (2022) observaron que, en jóvenes universitarios con responsabilidades parentales, las relaciones con pares pueden actuar como un recurso para sostener el equilibrio emocional y mitigar el impacto de múltiples demandas. De forma similar, García et al (2022) encontraron que, en medio de los cambios y presiones propias de esta etapa, el mantenimiento de vínculos positivos con los iguales puede estar relacionado con una mayor percepción de bienestar y sentido personal.

Además, Siqueira et al (2018) identificaron que las relaciones con pares pueden desempeñar un papel protector frente al riesgo de suicidio en la adultez emergente, al favorecer el sentimiento de pertenencia, aceptación y apoyo emocional. Por su parte,

Navarrete et al (2023) advierten que, aunque los entornos digitales han transformado la comunicación y la forma de interacción con otros, el tipo de relación que se establece con los pares en redes sociales puede tener efectos significativos sobre la autopercepción y el bienestar psicosocial en adultos jóvenes.

En el marco de la presente investigación, se abordan las relaciones con pares como parte de las relaciones interpersonales significativas, entendidas no solo como redes de apoyo, sino como espacios que articulan procesos identitarios, afectivos y sociales. Su exploración puede contribuir a comprender cómo estos vínculos participan en la construcción de la identidad de género y en la vivencia del bienestar en personas cisgénero jóvenes.

### **Estereotipos y Género**

Este apartado aborda la variable de estereotipos y género a partir de tres niveles conceptuales: En primer lugar, se define el concepto de género desde una perspectiva sociocultural como una construcción que organiza prácticas, roles y expectativas sociales; en segundo lugar, se analizan los estereotipos de género y la configuración de los roles sociales asociados a la feminidad y la masculinidad; y en tercer lugar, se examina la identidad con los estereotipos de género, considerando su impacto en las relaciones interpersonales, la afectividad y la salud en el marco de investigaciones recientes (2022-2025) que respaldan y actualizan el enfoque propuesto.

### ***Género***

De acuerdo con varios autores como Vargas – Trujillo (2013), la sexualidad se compone de tres dimensiones interrelacionadas. La primera corresponde a la dimensión biológica, la cual incluye los aspectos genéticos, físicos y hormonales que determinan el sexo. La segunda la dimensión motivacional, la cual hace referencia a la orientación del deseo y la atracción sexual hacia uno u otro sexo y la tercera, la dimensión social

correspondiente al género entendido como el conjunto de normas, roles y significados culturales asignados a lo masculino y/o femenino. El género se ha consolidado como una categoría de análisis histórico construida, útil para comprender cómo se organizan las relaciones sociales, simbólicas y afectivas en distintos contextos.

En este sentido, Joan Scott (1996) plantea que el género no es una identidad individual, sino un campo de significados variables que estructura las relaciones de poder y configura nuestras ideas sobre el cuerpo, el deseo y la diferencia. Desde esta mirada, el género permite pensar la historia no como un relato neutro, sino como un escenario donde las jerarquías entre lo masculino y lo femenino se producen, se reproducen y se transforman.

De Barbieri (1999) complementa esta perspectiva al destacar cómo en contextos cisnormativos, es decir, aquellos que presuponen congruencia entre sexo asignado e identidad de género; los estereotipos tradicionales refuerzan desigualdades simbólicas y materiales entre hombres y mujeres. En estos escenarios, el género no opera de forma neutral o descontextualizada, sino que orienta la manera en la que las personas se perciben a sí mismas, se vinculan con otros y adoptan formas de habitar su cuerpo, sus emociones y su salud.

Posteriormente, Connell y Pearse (2015-2018) desarrollan una teoría del género como estructura social dinámica que actúa en cuatro dimensiones interrelacionadas: el poder, la producción, la emocionalidad y el simbolismo. Su enfoque va más allá de la dicotomía tradicional masculino/femenino y analiza cómo se construye la “masculinidad hegemónica” y otras formas de ser hombre y mujer en diferentes sociedades. Las dimensiones descritas son: El poder, expresado dentro de relaciones de autoridad, subordinación y control social; La producción, como una dimensión que se refiere a la forma en la que se organizan las actividades económicas, la distribución del trabajo y la reproducción social, donde se asignan roles específicos para hombres y mujeres; La emocionalidad, como aquella dimensión que alude a las normas sociales sobre la expresión de afectos, sensibilidades y vínculos

emocionales según el género; y finalmente El simbolismo, dimensión descrita como los significados culturales asociados a lo masculino, lo femenino y su representación en los discursos, rituales e imaginarios colectivos.

Desde este enfoque, las órdenes de género son configuraciones históricas que, aunque cambiantes, inciden de forma concreta en las experiencias cotidianas, las oportunidades vitales y las prácticas relacionadas con la salud y el bienestar.

### ***Identidad de Género***

El concepto de identidad de género ha sido abordado desde diferentes enfoques teóricos que reflejan su complejidad como fenómeno psicosocial. Los primeros acercamientos desde la psicología se centraron en entender la identidad de género como un proceso de autodefinición asociado a los roles de género y las dinámicas sociales. Según García Leiva (2005), la identidad de género se construye mediante la interacción entre factores individuales, sociales y culturales. Este proceso está enmarcado en teorías como la cognitiva, la sociocognitiva y la social.

Desde una perspectiva cognitiva, teóricos como Lawrence Kohlberg y Jean Piaget (1966) analizaron la construcción de la identidad de género a través de etapas evolutivas: etiquetaje, estabilidad y constancia de género. Estas etapas describen cómo los niños categorizan su identidad en términos de género y cómo esta se mantiene a pesar de variaciones externas. No obstante, aunque el proceso de identificación de género sigue un proceso evolutivo, su desarrollo no ocurre en aislamiento sino está mediado por el contexto. Factores como la familia, la educación, los medios de comunicación y las normas sociales proporcionan esquemas y categorías con los que cada individuo estructura su identidad.

Desde una perspectiva epigenética, se reconoce que la necesidad de identificarse con un género es inherente al desarrollo humano, pero la manera en que se configura depende en gran medida del entorno. En este sentido, las instituciones cercanas delimitan los conceptos de hombre y mujer según sus normas culturales, estableciendo las referencias con las que un

individuo puede reconocerse e identificarse. Por otro lado, Sandra Bem (1981) introdujo la teoría del esquema de género, destacando que los individuos procesan información basada en su autoconcepto como hombre o mujeres, lo que influye en sus percepciones y comportamientos.

Desde una perspectiva psicológica del desarrollo, Rojas (2019) plantea que el género es una construcción cognitiva y relacional que se configura desde la infancia a través de procesos de categorización, identificación y normatividad social, en su análisis destaca que los niños y niñas elaboran representaciones de género que no solo define como entienden el mundo sino también cómo se perciben a sí mismos en relación con los demás. Estas representaciones se alimentan de múltiples fuentes: la familia, la escuela, los medios de comunicación y los pares, y se manifiestan en creencias, emociones, juicios y expectativas que regulan sus formas de actuar y vincularse. Así, el género se consolida como un sistema simbólico que orienta la experiencia subjetiva desde edades tempranas, reforzando modelos de masculinidad y feminidad que producen diferencias jerárquicas en los vínculos y las prácticas sociales

En un intento por integrar las perspectivas psicológicas y sociológicas Deaux y Martin (2003) propusieron un modelo que combina las categorías sociales amplias con las interacciones interpersonales. Este enfoque reconoce que la identidad de género se compone de al menos tres dimensiones interrelacionadas: una biológica considerada como el sexo asignado al nacer, una motivacional considerada como la orientación sexual, y una social estipulada como género. En este sentido, la identidad de género se refiere al componente social de la identidad, y se vincula con el grado de identificación que una persona tiene con las normas, roles y expresiones asociadas culturalmente en un contexto cisnormativo sobre ser hombre o mujer. Reconocer estos componentes permite comprender la identidad de género como una experiencia subjetiva compleja y situada.

En ese orden de ideas, este modelo permite ubicar al género como una dimensión social de la identidad social, pues, se construye a través de normas, expectativas y relaciones que organizan las jerarquías de lo masculino y lo femenino en una cultura determinada.

Estos referentes que se exponen a modo de antecedentes conceptuales ofrecen una visión integral de la identidad de género como un constructo influido tanto por procesos internos como por la cultura y las interacciones sociales, y han sentado las bases para investigaciones posteriores que exploran su desarrollo, al igual que su manifestación, en diversas etapas de la vida.

Bajo esta línea, se ha señalado a los medios como un agente de transmisión de modelos de género. Vargas Trujillo (2008, 2013) analizó cómo la televisión refuerza los estereotipos de género en la infancia, mostrando representaciones en las que la masculinidad se asocia con el poder y la violencia, mientras que la feminidad se asocia con la belleza y la expresión emocional. Estas imágenes denotan las posibilidades de identificación en niños y niñas, restringiendo la flexibilidad en la construcción de su identidad, dado a la exposición a estos contenidos desde edades tempranas que como consecuencia influye en las expectativas individuales sobre como ser hombre o mujer, a la par que refuerza normas sociales que delimitan comportamientos considerados como aceptables y funcionales para cada género.

No obstante, estas representaciones no son estáticas, es decir, el género es una categoría sensible al contexto histórico y a las transformaciones sociales. Las manifestaciones contemporáneas muestran que cada vez más personas cuestionan los modelos tradicionales, pues, según Butler (1988) el género no es una identidad estática o preexistente, sino un conjunto de actos socialmente repetidos que pueden modificarse a través de nuevas formas de actuación y expresión, indicando así que el género no es una categoría fija, sino una construcción que varía según las coordenadas culturales, políticas, generacionales y personales.

Las investigaciones recientes (2020-2024) han profundizado en la identidad de género como una construcción social compleja, desarrollada a través de factores culturales, simbólicos e institucionales como la vestimenta, los gestos, el modo de hablar y el comportamiento, e incluso incluir la modificación de la apariencia en función corporal mediante procedimientos quirúrgicos estéticos. Estas investigaciones han coincidido en que la identidad de género no está necesariamente alineada con el sexo asignado al nacer, sino que constituye una vivencia subjetiva que puede incluir expresiones de género diversas y, en algunos casos, modificaciones corporales (Serón y Catalán, 2021). Desde esta perspectiva, se destaca el carácter no natural ni inmutable del género que se configura a través de normas sociales y procesos históricos que pueden ser cuestionados y transformados (Medina Altamiranda, 2022)

Asimismo, se han identificado tensiones entre las estructuras normativas binarias y las experiencias individuales, lo que evidencia la necesidad de reconocer la diversidad de identidades y promover contextos inclusivos. Las normas y estereotipos sociales tienden a limitar los procesos de identificación ya que producen expectativas tradicionales difíciles de sostener para quienes no se ajustan a dichas categorías (Rubio Angular et al., 2021; Bodenhofer, 2019). Este enfoque amplía las posibilidades de autoidentificación más allá de las categorías de hombre y mujer reconociendo la diversidad inherente de las identidades de género.

Un estudio de Zitelny et al (2022) encontró que, en individuos cisgénero, una mayor importancia otorgada a la identidad de género entendida como la centralidad del autoconcepto en torno a categorías binarias y normas tradicionales de masculinidad y feminidad, se asocia con un menor bienestar psicológico, expresado en mayores niveles de estrés, ansiedad, depresión y menor satisfacción vital. Esto sugiere que cuando las personas internalizan de manera rígida los estereotipos de género tradicionales, pueden experimentar

malestar emocional y tensión identitaria, especialmente si perciben amenazas a la coherencia entre su identidad y las expectativas sociales.

Este malestar puede intensificarse cuando las expresiones de género no se ajustan del todo a las expectativas culturales, generando tensiones en el autoconcepto y las exigencias externas. Además, esta rigidez identitaria puede estar asociada a una menor flexibilidad emocional y conductual, lo cual limita la capacidad de adaptación ante situaciones de cambio o conflicto (Zitnerly, 2022). Investigaciones recientes apoyan estos hallazgos: Yang (2023) evidenció que una fuerte conformidad con las normas tradicionales de género se asocia con mayores síntomas depresivos, mientras que Vescio et al. (2023) encontraron que las amenazas a la masculinidad generan reacciones emocionales defensivas y un incremento del malestar psicológico. Estas evidencias refuerzan la noción de fragilidad vinculada a la identidad de género tradicional, entendida como la necesidad constante de reafirmar la propia posición de género ante cualquier posible cuestionamiento.

Otros estudios han evidenciado cómo las normas rígidas de género pueden generar conflictos en la salud física, por ejemplo, investigaciones recientes han demostrado que la adherencia a ideales tradicionales de masculinidad, como la autosuficiencia y la invulnerabilidad, puede disuadir a los hombres de buscar atención médica preventiva, afectando negativamente su salud cardiovascular (Glasser et al., 2024).

Asimismo, se ha observado que la masculinidad hegemónica influye en las conductas suicidas en hombres, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes en situación vulnerable. La presión social para ser fuertes y exitosos, junto con la negativa a expresar sentimientos, considerados signos de vulnerabilidad son factores que contribuyen a esta problemática (Gálvez et al, 2024)

En el ámbito del cuidado, tradicionalmente asociado a lo femenino, se ha identificado que la incorporación de los hombres en roles de cuidado replantea la especificidad femenina

de dicha actividad, este cambio en las prácticas de cuidado también ha sido documentado en contextos rurales donde los varones enfrentan tensiones entre las prácticas de cuidado y las normas de género establecidas. (Hernández y Hernández, 2020; Tobío, 2012)

Adicionalmente, la identidad de género ha sido objeto de estudio desde una perspectiva biológica o neuropsicológica, que la concibe como un rasgo multifactorial con componentes genéticos, hormonales y neuroanatómicos. Por ejemplo, Fernández et al. (2025) realizan una revisión sistemática que concluye que la identidad de género “constituye un rasgo complejo con componente heredable”, aunque advierten que no puede predecirse ni determinarse únicamente mediante variables genéticas o estructuras cerebrales. Estudios anteriores también han documentado asociaciones entre variaciones hormonales prenatales, diferencias en determinadas regiones cerebrales y experiencias de género (Saraswat et al., 2015). Estos hallazgos orientan hacia una comprensión de la identidad de género que incorpora una base biológica, sin desconocer la mediación de factores sociales, culturales y relacionales.

### ***Estereotipos de Género***

A lo largo del tiempo, diversos estudios han demostrado que los estereotipos de género son construcciones sociales que asignan atributos, roles y comportamientos a las personas en función de su sexo, produciendo consecuencias en su desarrollo, salud y bienestar.

Desde mediados del siglo XX, autoras pioneras comenzaron a cuestionar la naturalización de estas ideas, aportando a una comprensión más compleja y crítica del género. Una de las primeras en abordar estos temas fue Klein (1946), quien problematizó la imagen de la feminidad como algo instintivo, mostrando que muchas de las características

atribuidas a las mujeres como la pasividad y el cuidado no eran universales ni biológicas, sino más bien reflejo de ideologías históricas y sociales.

Años después, junto con Myrdal (1956) expuso cómo las mujeres enfrentan una doble cara entre el trabajo doméstico y el laboral, resaltando cómo los estereotipos denotan desigualdades sistémicas y estructurales. El trabajo de Oakley (1972) fue fundamental en distinguir entre sexo y género, proponiendo que el género no es una extensión natural del cuerpo, sino una construcción social que se aprende y se reproduce a través de normas, expectativas y roles. Esta perspectiva fue clave para comprender cómo los estereotipos operan como forma de control social que limitan las posibilidades de las personas según su género asignado.

Más recientemente desde el campo de la psicología social Fiske 2002 aportó el modelo de contenido de los estereotipos el cual clasifica las creencias sociales en dimensiones de Calidez y Competencia, este modelo ha sido útil para entender fenómenos como el del Sexismo Ambivalente en el que las mujeres pueden ser idealizadas como cuidadoras y a la vez consideradas menos competentes, reproduciendo desigualdad bajo apariencias de aprecio y condescendencia.

Finalmente, investigaciones actuales como la de Sevilla (2025), han evidenciado cómo los estereotipos de género no solo afectan la vida cotidiana, sino que tienen impactos directos en el ámbito económico y laboral. Las expectativas culturales que recaen sobre las mujeres limitan su inserción y progreso en el mercado laboral, generan brechas salariales y reducen la productividad al restringir el aprovechamiento del talento disponible.

En conjunto estos enfoques coinciden en que los estereotipos de género son herramientas de organización social que, aunque muchas veces invisibilizados, generan efectos profundos sobre las oportunidades, la identidad, la salud mental y el bienestar general

de las personas. Reconocer su carácter construido y transformable resulta fundamental para avanzar a relaciones justas y horizontales.

Fernandez (2020) encontró que las personas cisgénero, especialmente los hombres, tienden a estar más de acuerdo con los roles y estereotipos de género que las personas no cisgénero, evidenciando una mayor adherencia a las normas tradicionales.

A demás, la cisnormatividad, entendida como la suposición de que todas las personas son y deberían ser cisgénero, refuerzan estos estereotipos al considerar las experiencias cisgénero como la norma y marginalizar otras identidades de género. Esta perspectiva dominante contribuye a la invisibilización de las diversidades de género y a la perpetuación de expectativas rígidas sobre cómo deben comportarse las personas según su género asignado.

### ***Identidad con los estereotipos de Género***

Los estereotipos de género son creencias profundamente arraigadas que asocian ciertas características, roles y comportamientos específicos a las personas según su género, limitando su desarrollo y perpetuando desigualdades. Según García (2022), estos esquemas son adquiridos desde la infancia en contextos familiares y educativos, influenciados por valores sociales y reforzados por los medios de comunicación. En estos entornos, los estereotipos actúan como herramientas cognitivas que simplifican la percepción y las relaciones sociales, pero al mismo tiempo generan categorizaciones que conducen a prejuicios y discriminación.

A lo largo del tiempo, estas concepciones han sido evaluadas, desde perspectivas tradicionales hasta enfoques contemporáneos que buscan comprender y desmontar sus implicancias. Según la teoría del rol social de Eagly (1987), introducida en los años 80, los estereotipos de género no son inherentes a las características biológicas e innatas de un sujeto, sino que surgen de la distribución desigual de roles en las sociedades. Esta teoría plantea que las diferencias percibidas entre hombres y mujeres están más relacionadas con

expectativas sociales que con características innatas (Castillo-Mayén,2014). De forma complementaria, Scott (1986) abordó los estereotipos desde una perspectiva histórica, destacando que el género es una categoría social vinculada al poder, utilizada para mantener desigualdades estructurales.

En el contexto latinoamericano, estudiosas como Hierro y Lagarde profundizaron en los estereotipos y cómo estos perpetúan las jerarquías patriarcales, definidas como un sistema donde los hombres sustentan el poder y los privilegios, mientras que las mujeres son relegadas a una posición de subordinación. Hierro analizó su impacto en la desvalorización de los roles femeninos en 1982, mientras que Lagarde destacó su influencia en la opresión estructural de las mujeres. Estas ideas permiten entender cómo, más allá de ser simples normas sociales, los estereotipos de género refuerzan dinámicas de poder que afectan a todas las identidades, no solo a hombres y mujeres.

A medida que se amplía la perspectiva, investigaciones recientes han comenzado a abordar el impacto de los estereotipos binarios y limitando su representación social.

En la actualidad, investigaciones como las de Balanta y Obispo (2022) han identificado que en adolescentes estos estereotipos se asimilan como verdades incuestionables, reforzando roles tradicionales que asignan comportamientos masculinos y femeninos de manera rígida y excluyente.

En el ámbito educativo, García (2022), señala que los estereotipos impactan tanto en la autopercepción como en el rendimiento académico, perpetuando desigualdades en oportunidades para mujeres y para hombres. Estos sesgos, aunque en algunos sutiles, obstaculizan el desarrollo de una verdadera equidad de género y afectan la forma en que las personas se posicionan dentro de la sociedad.

Por otro lado, en contextos no binarios, Dev et al. (2021) destacan que las tecnologías del lenguaje han perpetuado una visión binaria del género, destacó que estas normas

tradicionales marginan a las personas no binarias, al no reconocer sus expectativas como válidas. En este sentido, los estereotipos de género trascienden el binarismo al estructurar dinámicas de exclusión que afectan a quienes no encajan en las categorías tradicionales.

Torres y Villamizar (2020) complementan este análisis, mostrando cómo las personas no binarias enfrentan macro y microviolencias que invalidan sus identidades, tales como la imposición de etiquetas binarias en documentos oficiales o el desconocimiento de sus pronombres en espacios públicos y privados.

A pesar de los avances en la deconstrucción de estos esquemas, los estereotipos de género siguen teniendo un impacto significativo en la manera en que las personas se relacionan con su entorno y con ellas mismas al estar mediados por la cultura, las investigaciones recientes destacan la necesidad de enfoques interseccionales que integren la perspectiva de género no solo en la educación y tecnología, sino también en políticas públicas y espacios cotidianos para garantizar una mayor equidad y representación de todas las identidades.

## **Afectividad**

El estudio de las emociones y su relación con el comportamiento humano ha sido una constante en la psicología (Medrano et al., 2015). Uno de los primeros intentos por estructurar el estudio de la afectividad lo realizó Bradburn (1969), quien propuso un modelo basado en dos dimensiones unipolares independientes: el afecto positivo y el efecto negativo. El afecto positivo incluye estados emocionales de valencia positivos como la alegría, el entusiasmo o el enamoramiento, mientras que el afecto negativo abarca emociones como la tristeza, el miedo, la ira o la ansiedad.

Esta perspectiva permite identificar diferentes perfiles afectivos: personas que experimentan frecuentemente emociones positivas y rara vez negativas, personas con

predominio del afecto negativo, individuos con bajo nivel de ambos tipos de afecto (aplanamiento afectivo), e incluso personas que experimentan altos niveles tanto de afecto positivo como de negativo.

Posteriormente, Watson et al. (1988) desarrollaron la Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), a través de un análisis factorial exploratorio donde identificaron dos factores independientes y que no se correlacionaban, que configuraban la estructura básica del afecto: el afecto positivo y el afecto negativo, respaldando el modelo bifactorial de la afectividad. El afecto positivo se refiere a una disposición emocional placentera, caracterizada por energía, entusiasmo, afiliación y satisfacción, y se asocia con rasgos como la extroversión y la resiliencia. En contraste, el efecto negativo implica una emocionalidad displacentera, vinculada a emociones como la culpa, la angustia, la vergüenza y la tristeza, y se relaciona con la sensibilidad al estrés y ambientes adversos.

El PANAS evalúa estos factores mediante 20 adjetivos o ítems, 10 para cada tipo de afecto; afecto positivo (AP) y afecto negativo (AN), presentados con distintas instrucciones temporales, que permiten medir tanto el afecto como estado, cómo se ha sentido una persona en un momento o período específico, como el afecto como rasgo, entendiendo este último como una disposición emocional más estable en el tiempo.

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se presentan investigaciones que reflejan las variaciones que se pueden presentar en el afecto en hombres y mujeres. Para iniciar, el estudio realizado por Diener et al. (1991) investigó la intensidad del Afecto (IA), es decir, la variabilidad en la intensidad con la que las personas responden emocionalmente a estímulos similares. Revelando que, aunque las mujeres reportaron experimentar emociones negativas con mayor frecuencia que los hombres, también experimentaron emociones positivas más intensas. A pesar de estas diferencias en la intensidad emocional, no se encontraron diferencias significativas en los niveles generales de felicidad entre ambos sexos. Este

hallazgo sugiere que la mayor intensidad en las emociones positivas de las mujeres podría equilibrar la mayor frecuencia de emociones negativas, lo que explicaría por qué, a pesar de reportar más afecto negativo, las mujeres no son menos felices que los hombres.

Por otro lado, conviene subrayar la relación entre el afecto y la salud en investigaciones recientes. De acuerdo con esto, en el estudio realizado por Pineda et al. (2025), se propuso un modelo integrado para explicar la insatisfacción corporal y la alimentación emocional, considerando variables como el afecto negativo, el sexo, el IMC y la alimentación no consciente. Uno de los principales hallazgos fue que el afecto negativo influye directamente tanto en el aumento de la alimentación emocional, caracterizado por la tendencia a comer en exceso como respuesta a emociones negativas, como en la alimentación no consciente, es decir, una forma de alimentación automática.

Adicionalmente, diversos estudios han estudiado la relación entre la actividad física y la afectividad. Por ejemplo, Pasco et al. (2011) encontraron que las mujeres con mayores niveles de actividad física presentaban puntuaciones más altas de afecto positivo, caracterizado por emociones como entusiasmo, interés y energía, mientras que los niveles bajos de actividad se relacionaron con una menor experiencia de afecto positivo, sin observarse asociación con el afecto negativo. Estos hallazgos son coherentes con la investigación de Cameron et al. (2018), quienes mostraron que el afecto positivo puede favorecer la práctica de la actividad física, al incrementar la intención, motivación y priorización de metas relacionadas con el ejercicio, facilitando su manteniendo en el tiempo.

De manera más reciente, Le et al. (2025) evidenciaron que sustituir el comportamiento sedentario por actividad física ligera o moderada se asocia con mejorar inmediatas en el afecto positivo y reducciones en el afecto negativo, lo que refleja un efecto dinámico y cotidiano sobre el estado de ánimo.

## **Salud**

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, pasando de una visión meramente biológica a una comprensión más integral del bienestar humano (Amigo,2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS,1946) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, subrayando así su carácter multidimensional. Desde esta perspectiva, se han desarrollado enfoques más amplios como el de Terris (1980), quien propone que la salud no solo es un estado, sino también un proceso que depende de factores objetivos y subjetivos, que se relaciona con la capacidad de funcionamiento del individuo.

Por ejemplo, El Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades (2021) explora la relación entre el sexo y la salud. Comparó las tasas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre mujeres y hombres mayores de 10 años. Los resultados mostraron que, globalmente, las mujeres presentan una mayor carga de enfermedades relacionadas con la morbilidad, especialmente dolor lumbar, trastornos depresivos y cefaleas. En contraste, los hombres mostraron tasas más altas en enfermedades asociadas con la mortalidad, como la COVID-19, los accidentes de tráfico y cardiopatía isquémica.

A continuación, se abordarán los hábitos de vida saludable, ya que estos representan conductas que inciden en la promoción y conservación de la salud.

### ***Hábitos Saludables***

Matarazzo propuso los conceptos de inmunógenos y patógenos conductuales para explicar el impacto de los estilos de vida en la salud y la enfermedad. Según Matarazzo e Istvan (1985), los inmunógenos conductuales son aquellas acciones que protegen al individuo de enfermedades, tales como la actividad física, la buena alimentación, la higiene personal o el descanso adecuado, mientras que los patógenos conductuales representan factores de riesgo asociados a la aparición de padecimientos crónicos, como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o una dieta inadecuada (como se citó en Cerezo y Hurtado,2011).

A partir del cambio epidemiológico del siglo XX, de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, Matarazzo enfatizó la necesidad de identificar las conductas responsables de estas nuevas formas de morbilidad y mortalidad. El estudio de los inmunógenos y patógenos conductuales propuesto por el autor se fundamenta en el análisis de los estilos de vida, definidos por Hollis et al. (1982, como se citó en Cerezo y Hurtado,2011) como patrones de conducta que permiten a las personas realizar acciones dirigidas a mantener, preservar o promover su salud. Teniendo en cuenta lo anterior, Hunt et al. (1979, como se citó en Cerezo y Hurtado,2011) definen el concepto de “hábito” como un patrón de comportamiento establecido, caracterizado por una alta automaticidad y disminución de conciencia, resaltando la importancia de la promoción de hábitos saludables.

Por otro lado, aspectos como la familia, el entorno social, las condiciones laborales, las desigualdades sociales, el estrés, la educación, y la alimentación tienen un impacto directo en nuestra salud. En este marco, los hábitos saludables son fundamentales, ya que constituyen prácticas adquiridas y repetitivas que influyen en el estilo de vida y, por ende, en el estado de salud del individuo.

De acuerdo con lo anterior, la adopción de estilos de vida saludables depende en gran medida del ambiente que nos rodea, debido a esto, para lograr cambios sostenibles en las conductas individuales, es fundamental que el entorno facilite y fomente elecciones orientadas hacia el estilo de vida saludable. (Cecilia et al., 2018).

Investigaciones recientes han explorado la relación entre los hábitos saludables y los estereotipos de género, destacando cómo las construcciones sociales y las expectativas culturales influyen en las decisiones relacionadas con la salud y el estilo de vida. Por ejemplo, en el estudio realizado por González et al. (2024), analizaron la relación entre las tipologías de género, según la clasificación de Sandra Bem (1974), andrógino, masculino, femenino e indiferenciado, y la adherencia a la dieta mediterránea, reconocida mundialmente

como una de las más saludables. Los resultados indicaron que la tipología andrógina se asocia con una mayor adherencia a esta dieta, mientras que las tipologías masculinas o femeninas no muestran una relación significativa. Esto podría explicarse porque las personas andróginas experimentan menos presión para ajustarse a los estereotipos de género, lo que les permite tener más opciones de comportamiento y basar sus decisiones en razones diferentes a las normas de género.

Por otro lado, un estudio realizado por Tarchi et al., (2024) revisa cómo la identidad de género influye en los trastornos alimenticios (TCA) desde una perspectiva fenomenológica. Se enfoca en la diferencia entre el cuerpo vivido (la experiencia subjetiva del propio cuerpo) y el cuerpo físico (la representación material). Destaca que las personas con TCA suelen experimentar su cuerpo desde la mirada del otro, lo que puede generar una desconexión y alienación con su propia corporalidad. Esto se agrava cuando no se cumplen las expectativas sociales de género, especialmente durante la pubertad, aumenta el riesgo de desarrollar TCA, es decir, conductas alimentarias disfuncionales.

### **Pregunta**

¿La relación entre las relaciones interpersonales significativas, la identidad con los estereotipos de género, la afectividad y la salud es significativa?

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

Observar si son significativas las relaciones entre la percepción de la calidad de las relaciones con la familia nuclear y con la pareja, la identidad con los estereotipos de género de masculinidad y feminidad y la afectividad positiva o negativa, con la percepción y cuidado de la salud, en adultos jóvenes de la ciudad de Bogotá.

#### **Objetivos Específicos**

1. Describir el comportamiento de las variables: relaciones interpersonales significativas, identidad con los estereotipos de género, afectividad y salud en adultos jóvenes de Bogotá.
2. Analizar la relación entre la calidad de las relaciones interpersonales significativas y los estereotipos de género en adultos jóvenes de Bogotá.
3. Analizar la relación entre la identidad con los estereotipos de género y la afectividad en adultos jóvenes de Bogotá
4. Analizar la relación entre la afectividad y la salud en adultos jóvenes de Bogotá.
5. Analizar la relación entre la calidad de las relaciones interpersonales significativas y la salud en adultos jóvenes de Bogotá.
6. Analizar la relación entre la identidad con los estereotipos de género y la salud en adultos jóvenes de Bogotá.

### **Hipótesis**

1. Existe una relación significativa y positiva entre la calidad de las relaciones interpersonales significativas (familiares y de pareja) y la percepción y cuidado de la salud.
2. Existe una relación significativa entre la calidad de las relaciones interpersonales y la identidad con los estereotipos de género.
3. La identificación con rasgos de masculinidad se relaciona con mayores niveles de afectividad negativa, específicamente en dimensiones de ira y disgusto.
4. La identificación con rasgos de feminidad se relaciona con mayores niveles de afectividad negativa, específicamente en dimensiones de vergüenza y culpa.

5. Niveles moderados de masculinidad y feminidad se asocia con un predominio de afectividad positiva, mientras que niveles altos de masculinidad y feminidad se relacionan con un predominio de afectividad negativa (ira, disgusto, vergüenza y culpa).
6. La afectividad positiva no se relaciona con la identidad con los estereotipos de género.

## **Método**

### **Diseño**

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, correlacional analítico y multivariado, con un diseño transversal y no experimental. Se empleó este enfoque debido a que el propósito fue describir el comportamiento de las relaciones interpersonales significativas, la identificación con los estereotipos de género, la afectividad y la salud, y analizar sus posibles asociaciones en adultos jóvenes universitarios residentes en la ciudad de Bogotá. La información se recolectó en un único momento temporal y sin manipulación de las variables, lo que justifica su carácter transversal y no experimental.

### **Participantes**

La muestra estuvo conformada por 62 adultos jóvenes de la ciudad de Bogotá. Los criterios de inclusión de los participantes fueron ser adultos jóvenes con edades entre 18 y 30 años, residentes en la ciudad de Bogotá, estudiantes universitarios de pregrado o posgrado de diferentes áreas de conocimiento.

No se establecieron distinciones en cuanto a la identidad sexual, por lo que se consideraron diversas formas de identificación con el sexo biológico (hombre cisgénero, mujer cisgénero, hombre trans, mujer trans, personas no binarias u otras no especificadas). Tampoco se realizaron distinciones relacionadas con la orientación sexual, por lo que se comprendió desde un enfoque continuo de acuerdo con la escala de Kinsey.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron personas que reportan dificultades con el contenido que las preguntas de los cuestionarios, quienes manifiestan no

querer participar voluntariamente en el estudio y personas con algún tipo de dificultad manifiesta para responder, leer y responder a los cuestionarios.

### **Muestreo**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con enfoque correlacional analítico. La muestra se seleccionó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, a partir de los sujetos inicialmente contactados se desarrolla la técnica de bola de nieve para identificar participantes adicionales que cumplieran los criterios de inclusión. El estudio no implicó manipulación experimental de variables y los datos fueron recolectados vía virtual.

Dado que el análisis se enmarca en un enfoque de ecuaciones estructurales basado en mínimos cuadrados parciales, no requiere que la muestra cumpla con supuestos de normalidad en la distribución de los datos ni de ninguna otra índole (Wold,1985; Lohmöller, 1989, Hairn et al.,2014; Sarstedt,2019). No obstante, con el fin de estimar el tamaño del efecto de las relaciones de influencia propuestas, y considerando el modelo especificado compuesto por siete variables latentes y quince observables, se proyectó un tamaño mínimo de 425 participantes, tomando como referencia un tamaño del efecto previsto de 0,2, un nivel de poder estadístico de 0.80 y un nivel de significancia de 0.05. Sin embargo, el número de participantes alcanzado fue inferior al tamaño estimado, motivo por el cual los resultados obtenidos se interpretan como una prueba piloto exploratoria, cuyo propósito fue evaluar la pertinencia del modelo teórico y la viabilidad de los procedimientos de recolección de datos en esta fase inicial del estudio.

### **Instrumentos**

Para la recolección de información se emplearon seis escalas estandarizadas y previamente validadas en población hispanohablante.

### ***Relaciones Interpersonales Significativas***

**FF-SIL.** Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó el Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), desarrollado originalmente por Ortega, Freijomil y Díaz (1999) y recientemente validado para población ecuatoriana por Cordero y Núñez (2024). Este instrumento permite medir el grado de funcionamiento de la familia a partir de siete procesos intrafamiliares fundamentales: Cohesión, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, roles y adaptabilidad. Está conformado por 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 1 corresponde a “casi nunca” y 5 a “casi siempre”. La suma de las puntuaciones permite clasificar a las familias en cuatro categorías: severamente disfuncional, disfuncional, moderadamente funcional y funcional. Un ejemplo de ítem es: “En mi familia podemos conversar sobre diversos temas sin temor”.

Los estudios de validación psicométrica reportan altos niveles de consistencia interna, con valores de  $\alpha = 0,84$  en población universitaria peruana (Álvarez Machuca, 2018) y de  $\alpha = 0,85$  en población adolescente ecuatoriana (Cordero y Núñez, 2024). Estos resultados evidencian una estructura factorial unidimensional adecuada, sustentada por un KMO:0,92 como indicador que respalda su validez y fiabilidad para contextos latinoamericanos.

**FACES IV.** Para medir la calidad de las relaciones significativas como la familia en primer lugar, se utilizó el Cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar - FACES IV, desarrollada originalmente por Olson y Gorall (2006) y validada en Perú por Arce y Jiménez (2020). Esta escala permite evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar entendidas como el grado de conexión emocional entre los miembros y la capacidad de la familia para modificar su estructura de roles, reglas y poder frente a situaciones de estrés. La versión aplicada en la presente muestra consta de 62 ítems distribuidos en seis dimensiones principales, donde solo se analizaron y usaron aquellos que correspondían a la cohesión. Las respuestas se desarrollan en un formato Likert de 5 puntos donde 1= totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Los estudios de validación reportan adecuados índices de consistencia

interna establecido mediante el estadístico de Alfa de Cronbach donde se obtuvo un índice de 0,80 en las escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 0,89 en la Escala de Comunicación Familiar y 0,92 en la Escala de Satisfacción Familiar, evidenciando una consistencia interna alta. El índice de consistencia interna para esta aplicación fue de 0,87. Con ítems como: “En mi familia compartimos tiempo juntos regularmente”.

**ECR-R.** En segundo lugar, se aplicó el Cuestionario de la Calidad de las Relaciones Cercanas (ECR-R) revisado por Brennan et al. (1998) y posteriormente revisado por Fraley et al. (2000). En Colombia fue validado por Zambrano et al. (2009) en población universitaria de Medellín. Este cuestionario evalúa el apego adulto en relaciones de pareja, comprendido en dos dimensiones: Ansiedad como el temor al rechazo abandono y evitación descrita como la incomodidad con la cercanía e intimidad.

Está conformado por 36 ítems, 18 para cada dimensión. La versión colombiana emplea una escala de respuesta Likert de 5 puntos donde 1= Siempre, 2= casi siempre, 3= Algunas veces, 4= rara vez y 5= Nunca. El estudio de validación reportó un Alfa de Cronbach de 0.87 para la subescala de Ansiedad y de 0.79 para la subescala de evitación, a nivel internacional se han informado de valores de 0,93 y 0,91 respectivamente. El índice de consistencia para esta aplicación fue de 0,93 para la subescala de Ansiedad y de 0,87 para la subescala de evitación. Un ejemplo de Ítem es “Temor a perder el amor de mi pareja”.

### ***Identificación de los estereotipos de género***

**EMAFE versión 3.** Para medir la identificación con los estereotipos de género se utilizó la Escala de evaluación de la identificación de los estereotipos de género - EMAFE, versión 3, desarrollada en Colombia por Herrera y colaboradores (2019). Este instrumento evalúa el grado de identificación con estereotipos de masculinidad y feminidad en dimensiones sociales, emocionales y conductuales. Consta de 15 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos donde 0= completamente en desacuerdo y 4= completamente de acuerdo. La consistencia interna presenta un índice reportado para la

escala completa de 0,87. La consistencia interna obtenida mediante el alfa de Cronbach para esta aplicación fue de 0,69 para la escala completa, de 0,80 para la subescala de masculinidad y de 0,42 para la feminidad. Este último valor se considera inaceptable, lo que sugiere que los ítems que la componen no presentan una adecuada coherencia interna para el contexto, por tanto, los resultados asociados a la dimensión de feminidad deben interpretarse con precaución. Ejemplos de ítem son: “Soy una persona delicada” y “Siento que debo ser quien proteja a mi pareja”.

### *Afectividad*

**PANAS-28.** Para medir la afectividad se utilizó la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) en la versión de 28 ítems por Watson et al. (1988). Dicha escala fue desarrollada inicialmente por Bradburn (1959) y se encuentra validada en México por Robles y Paéz (2003). Conceptualmente, la afectividad se entiende como la disposición general de los individuos a experimentar emociones positivas o negativas en su vida cotidiana. El afecto positivo (AP) representa emociones como energía, entusiasmo, afiliación y confianza; altos niveles de AP se asocian con satisfacción, alegría, vitalidad y capacidad de disfrute. Por el contrario, el afecto negativo (AN) hace referencia a la sensibilidad ante estímulos adversos y a la tendencia a experimentar emociones como miedo, tristeza, hostilidad o insatisfacción, lo que puede relacionarse con actitudes pesimista, apreciación negativa de uno mismo y de los demás, y quejas somáticas (Robles y Páez,2003)

De manera operacional, la versión de la PANAS utilizada está compuesta por 28 ítems, de los cuales 13 corresponden al afecto positivo y 15 al afecto negativo. Cada ítem consiste en una palabra que describe un estado emocional y debe calificarse en una escala tipo Likert de cinco puntos que va de 1 (muy ligeramente o casi nada), 2 (un poco), 3 (moderadamente), 4 (bastante) y 5 (extremadamente). En el presente estudio se aplicó la escala considerando la afectividad en general, es decir, pidiendo a los participantes que evaluaran en qué medida experimentan estos estados de ánimo en promedio. Respecto a la

consistencia interna de la escala de Watson et al., 1988, se reporta un alfa de Cronbach de 0.83 para el afecto positivo, 0.82 para vergüenza y culpa, y 0.79 para ira y disgusto. El índice de consistencia interna obtenido para esta aplicación fue de 0,81 para la escala total, de 0,76 para el afecto positivo, de 0,88 para miedo y vergüenza, y de 0,79 para ira y disgusto.

Algunos ejemplos de ítems son “Entusiasta” “Estresado” “Orgullosa” “Avergonzada”

### ***Hábitos Saludables***

**Autoeficacia para la Actividad Física.** Para evaluar los hábitos relacionados con la actividad física se utilizó el Cuestionario de Autoeficacia en la Actividad Física, desarrollado por Fernández-Cabrera et al. (2011) en España. Conceptualmente, la autoeficacia se entiende como la creencia que tiene la persona sobre su capacidad para llevar a cabo una conducta que le permita alcanzar determinados resultados. Así, no se trata de la conducta en sí misma, sino de la confianza en poder realizarla con éxito, manteniéndola en el tiempo mediante la motivación, el esfuerzo y la perseverancia. En el ámbito de la salud, se ha planteado que fortalecer la percepción de autoeficacia favorece la adopción y mantenimiento de comportamientos como la práctica regular de actividad física

De manera operacional, el cuestionario está compuesto por 39 ítems distribuidos en tres factores: (a) autoeficacia para la realización de ejercicio físico programado, con 23 ítems que valoran la confianza en realizar ejercicio al menos tres veces por semana 20 minutos, incluso frente a barreras como el mal tiempo; (b) autoeficacia para realizar física en la vida diarias, con 13 ítems que consideran barreras como el cansancio; y (c) autoeficacia para caminar diariamente, con 3 ítems que evalúan la confianza para dedicar 60,90 o 120 minutos a caminar. La escala de respuesta es tipo Likert de 0 a 10 puntos, donde 0 corresponde “nada capaz”, 5 “relativamente capaz” y 10 “muy capaz”.

Respecto a la confiabilidad el cuestionario presenta adecuados índices de consistencia interna: ejercicio físico programado  $\alpha= 0.95$ , actividad física en la vida diaria  $\alpha= 0.90$ , caminar  $\alpha= 0.91$  y un coeficiente global de  $\alpha= 0.96$  (Fernández-Cabrera et al, 2011). El índice

de consistencia interna obtenido para esta aplicación fue de 0,97 para el ejercicio físico programado, de 0,94 para la actividad física en la vida diaria, de 0,95 para caminar, y de 0,97 para la escala total. Un ejemplo de ítem del primer factor es “Me siento capaz de practicar ejercicio físico programado (ir al gimnasio, deportes de equipo, correr...) 3 o más veces por semana durante al menos 20 minutos, aunque tenga mucho trabajo”.

**Autoeficacia de la conducta alimentaria.** Para medir la autoeficacia alimentaria, se utilizó la Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria, elaborada por Palacios et al. (2017) en México. Esta escala fue desarrollada con el propósito de evaluar la capacidad percibida que tienen las personas para disminuir el consumo de alimentos altos en calorías, evitar alimentos dulces y aumentar la ingesta de alimentos saludables. Conceptualmente, la autoeficacia hace referencia a la confianza en la propia capacidad para ejecutar conductas necesarias que permitan alcanzar determinados objetivos, en este caso, relacionados con mantener hábitos alimentarios saludables.

El instrumento está compuesto por 21 ítems agrupados en cuatro factores: (1) consumo de alimentos altos en grasa, (2) consumo de alimentos saludables, (3) consumo de alimentos dulces y (4) consumo de bebidas. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 10 puntos, donde 1 representa la ausencia de capacidad y 10 indica sentirse muy capaz de disminuir la ingesta de productos calóricos o dulces y aumentar el consumo de alimentos saludables. Adicionalmente, se incluye una pregunta sobre la práctica de actividad física.

Respecto a la consistencia interna, Palacios et al. (2016) reportan un alfa de Cronbach de 0,93 para la escala total lo que indica homogeneidad entre los ítems que la conforman. El índice de consistencia interna para esta aplicación fue de 0,90 para el consumo de alimentos altos en grasa, de 0,89 para el consumo de alimentos saludables, de 0,86 para el consumo de alimentos dulces, de 0,88 para el consumo de bebidas y de 0,93 para la escala total. Un ejemplo de ítem es “Soy capaz de evitar consumir alimentos fritos o altos en grasa”

### **Plan de análisis**

El análisis de datos se realizará en dos fases principales.

#### **Primera Fase: Validación del modelo**

En esta etapa se evalúa la validez del constructo y la fiabilidad interna del modelo propuesto. Para ello se analizarán los indicadores de consistencia interna, mediante el cálculo de alfa de Cronbach, el rho de Goldstein o de Jöreskog. El índice de fiabilidad compuesta (CR) y la varianza extraída media (AVE) para cada variable latente. Asimismo, se examinarán las cargas cruzadas con el fin de descartar la presencia de colinealidad entre los indicadores.

Por su parte, la validez interna se estimará considerando las relaciones entre variables latentes, a través del Root Mean Square Standarized Residual (SRMR) y del índice de Ajuste Normado (NFI), indicadores que permiten determinar el grado de ajuste del modelo y la validez de las relaciones de influencia esperadas.

#### **Segunda Fase: Prueba de Hipótesis**

Una vez validado el modelo, se procede a la comprobación de las hipótesis planteadas respecto a las relaciones de influencias entre las variables. Para ello, se calcula la T de Student, considerando los valores del coeficiente Beta y su nivel de significancia, con el fin de establecer la existencia o ausencia de efectos significativos. Además, se estimará el valor del R ajustado para las variables criterio, en función de las variables predictoras, con el propósito de determinar el nivel de varianza explicada por el modelo estructural. Todos los análisis se realizan utilizando el software SPSS .

### **Resultados**

#### **Datos Sociodemográficos**

A continuación, se presentan los resultados descriptivos correspondientes a las variables sociodemográficas de las personas participantes en el estudio. Los datos son

organizaron en función de las variables sexo, composición familiar (familia), nivel de escolaridad y relación de pareja.

### Figura 1.

*Distribución de participantes según el sexo*

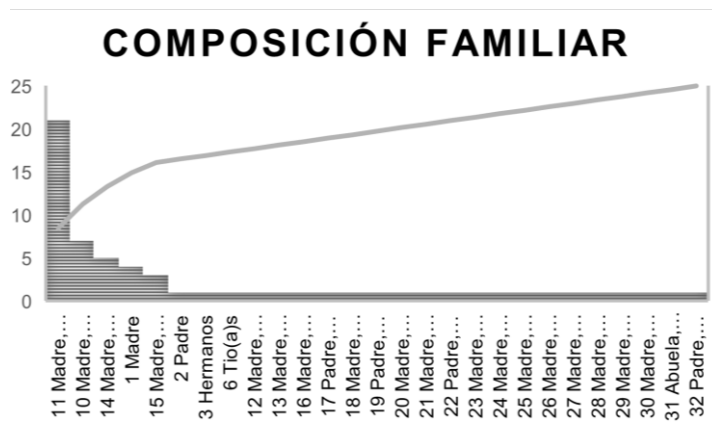


*Nota.* De elaboración propia.

En la distribución según sexo, se observa una mayor participación de mujeres, lo que sugiere una composición muestral predominante femenina. Esta tendencia es consistente con estudios previos con población universitaria, donde la participación voluntaria suele ser más alta que en mujeres. La presencia de personas que no se identificaron dentro del binario fue minoritaria, reflejando la tendencia nacional en estudios de pequeño tamaño muestral.

### Figura 2.

*Composición Familiar de las personas participantes.*

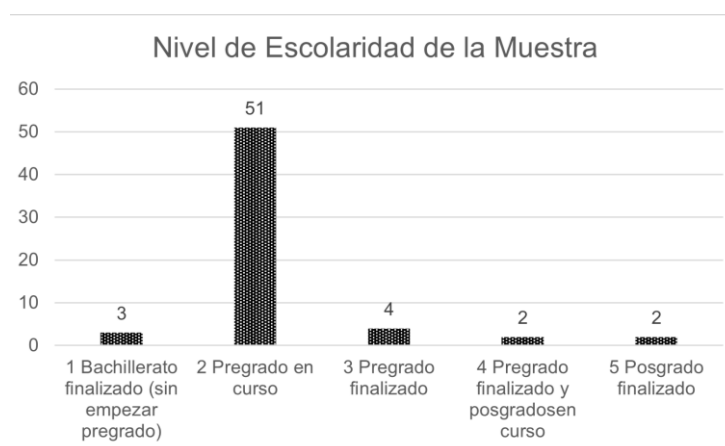


*Nota.* De elaboración propia.

En el gráfico de barras correspondiente a la variable familia, se aprecia que la categoría más frecuente fue “madre y padre”, con un 33,9% de los participantes. Le siguen las combinaciones “Madre, padre, y hermanos(as)” con un 11,3% y “madre, padre, hermanos(as) y abuela” con un 6,5%. En contraste, las categorías menos frecuentes, con 1,6% cada una, corresponden a grupos familiares como “Madre”, “Padre”, “Hermanos(as)”, “Madre, Padre, Abuela, Tíos(as) y otros” entre otras configuraciones familiares de menor representación.

### Figura 3.

*Distribución de participantes según Nivel de Escolaridad.*



*Nota.* De elaboración propia.

En el gráfico referente a la variable nivel de escolaridad, la mayor parte de los participantes, con un 82,3% reportó encontrarse cursando un programa de pregrado. En menor medida, un 6,5% señaló haber finalizado el pregrado, un 4,8% haber finalizado el bachillerato sin iniciar estudios universitarios, un 3,2% tener un pregrado finalizado, un posgrado en curso, y un 3,2% haber finalizado sus estudios posgraduales.

#### Figura 4.

*Relación de pareja de los participantes.*



*Nota.* De elaboración propia.

En el gráfico correspondiente a la variable relación de pareja, se observa que el 51.6% de los participantes manifestó no tener pareja actualmente, pero haber tenido en el pasado. En segundo lugar, el 31,7% indicó tener pareja en el momento del estudio. Por último, el 11,3% reportó no tener pareja ni haber tenido anteriormente. En conjunto estas variables sociodemográficas permitieron caracterizar de manera general a la muestra participante, constituyendo la base para el análisis posterior de las variables centrales del estudio.

#### Estadístico Descriptivos

##### Tabla 1.

*Estadísticos Descriptivos de la Muestra.*

Estadísticos descriptivos						
N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Media Esperada	

<b>Cuestionario de funcionalidad familiar FFSIL</b>	62	16,00	69,00	50,8548	10,46124	42
<b>Escala de evaluación de la COHESIÓN familiar FACESIV</b>	62	11,00	35,00	27,1935	5,54812	21
<b>ECR Ansiedad</b>	62	9,00	45,00	28,8548	10,26988	27
<b>ECR Evitación</b>	62	23,00	60,00	45,6613	9,93577	36
<b>Escala EMAFE Masculinidad/Feminidad</b>	62	14,00	52,00	34,3226	8,29136	42
<b>EMAFE Masculinidad</b>	62	3,00	30,00	16,0323	6,90205	16
<b>EMAFE Feminidad</b>	62	6,00	26,00	18,2903	3,90203	14
<b>Cuestionario PANAS 28</b>	62	33,00	107,00	75,1935	13,09216	78
<b>PANAS Afecto Positivo</b>	62	17,00	55,00	41,0000	8,08155	36
<b>PANAS Miedo</b>	62	8,00	36,00	18,9516	7,65105	24
<b>PANAS Ira</b>	62	6,00	27,00	15,2419	4,77248	18
<b>Inventario de Síntomas SCL9R Escala de Somatizaciones</b>	62	12,00	55,00	30,4677	12,00644	24
<b>Alimentos Altos en Grasa EACA</b>	62	7,00	50,00	31,6129	11,84788	27,5
<b>Alimentos Saludables EACA</b>	62	6,00	50,00	36,4194	11,19653	27,5
<b>Alimentos Dulces EACA</b>	62	8,00	80,00	56,7742	15,91516	33
<b>Bebidas EACA</b>	62	3,00	30,00	23,4194	7,48890	16,5
<b>Escala de Autoeficacia de la conducta alimentaria EACA</b>	62	9,25	52,50	37,0565	9,55157	104,5
<b>SUB1EFP</b>	62	,00	230,00	140,8548	56,15577	115
<b>SUB2AVD</b>	62	,00	130,00	79,4032	31,85956	65
<b>SUB3CAMINAR</b>	62	,00	30,00	17,0968	9,56378	15
<b>Escala de Autoeficacia para la Actividad Física EAF</b>	62	,00	390,00	237,3548	88,08641	195
<b>N válido (por lista)</b>	62					

*Nota.* De Elaboración propia. En este apartado se presentan los resultados descriptivos

correspondientes a las variables principales del estudio: relaciones interpersonales

significativas, identidad con los estereotipos de género, afectividad y salud. Los valores se

describen para la muestra total (N=62). Las medias observadas se comparan con las medias

esperadas de cada instrumento para identificar las tendencias generales de la población

evaluada.

Tabla 2.

*Estadísticos descriptivos - Mujeres.*

	Estadísticos descriptivos				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>Cuestionario de funcionalidad familiar FFSIL</b>	40	24,00	69,00	49,6500	9,97060
<b>Escala de evaluación de la COHESIÓN familiar FACESIV</b>	40	15,00	35,00	26,6750	5,77522
<b>ECR Ansiedad</b>	40	9,00	45,00	29,3000	10,49591
<b>ECR Evitación</b>	40	24,00	60,00	45,9500	10,31292
<b>Escala EMAFE Masculinidad/Feminidad</b>	40	14,00	44,00	31,1000	7,40339
<b>EMAFE Masculinidad</b>	40	3,00	24,00	12,4000	5,14806
<b>EMAFE Feminidad</b>	40	6,00	26,00	18,7000	4,20134
<b>Cuestionario PANAS 28</b>	40	33,00	107,00	75,4500	14,79943
<b>PANAS Afecto Positivo</b>	40	17,00	55,00	39,1500	8,69291
<b>PANAS Miedo</b>	40	8,00	36,00	20,4500	8,22114
<b>PANAS Ira</b>	40	7,00	27,00	15,8500	4,86510
<b>Inventario de Síntomas SCL9R</b>	40	12,00	55,00	33,6250	11,83582
<b>Escala de Somatizaciones</b>	40	9,00	50,00	30,3250	11,32365
<b>Alimentos Altos en Grasa EACA</b>	40	6,00	50,00	35,2750	12,03411
<b>Alimentos Saludables EACA</b>	40	8,00	80,00	52,6000	16,46254
<b>Alimentos Dulces EACA</b>	40	3,00	30,00	21,8750	7,84526
<b>Bebidas EACA</b>	40	9,25	52,50	35,0188	10,14453
<b>Escala de Autoeficacia de la conducta alimentaria EACA</b>	40	0	229	127,2	60,05562
<b>Actividad Física Programada</b>	40	0	130	69,8	32,44024
<b>Actividad Física Vida Diaria</b>	40	0	30	14,85	9,61982

<b>Escala de Autoeficacia para la Actividad Física EAF</b>	40	,00	389,00	211,8500	91,21588
<b>N válido (por lista)</b>	40				

*Nota.* Elaboración propia. En este apartado se presentan los resultados descriptivos correspondientes a las variables de estudio. Los valores se describen para el grupo de mujeres (n = 40). Las medias observadas se comparan con las esperadas de cada instrumento con el propósito de describir su comportamiento y tendencias generales referente al grupo femenino evaluado.

**Tabla 3.**

*Estadísticos descriptivos –Hombres.*

	<b>Estadísticos descriptivos</b>				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
<b>Cuestionario de funcionalidad familiar FFSIL</b>	21	16,00	65,00	53,6190	11,14216
<b>Escala de evaluación de la COHESIÓN familiar FACESIV</b>	21	11,00	34,00	28,3333	5,14134
<b>ECR Ansiedad</b>	21	12,00	45,00	27,3333	9,69708
<b>ECR Evitación</b>	21	23,00	59,00	45,6190	9,37271
<b>Escala EMAFE Masculinidad/Feminidad</b>	21	28,00	52,00	40,9524	5,52699
<b>EMAFE Masculinidad</b>	21	13,00	30,00	23,0000	4,02492
<b>EMAFE Feminidad</b>	21	14,00	24,00	17,9524	2,69214
<b>Cuestionario PANAS 28</b>	21	59,00	91,00	75,4762	9,07535
<b>PANAS Afecto Positivo</b>	21	34,00	54,00	45,0000	4,81664
<b>PANAS Miedo</b>	21	8,00	26,00	16,3333	5,81664
<b>PANAS Ira</b>	21	6,00	24,00	14,1429	4,60745
<b>Inventario de Síntomas SCL9R</b>	21	13,00	46,00	24,9048	10,46855
<b>Escala de Somatizaciones</b>					

<b>Alimentos Altos en Grasa EACA</b>	21	7,00	50,00	34,1429	12,95873
<b>Alimentos Saludables EACA</b>	21	21,00	50,00	38,9524	9,37271
<b>Alimentos Dulces EACA</b>	21	44,00	80,00	64,8571	11,84181
<b>Bebidas EACA</b>	21	15,00	30,00	26,0952	6,09840
<b>Escala de Autoeficacia de la conducta alimentaria EACA</b>	21	29,00	52,50	41,0119	7,26140
<b>SUB1EFP</b>	21	92,00	230,00	168,9524	35,87545
<b>SUB2AVD</b>	21	52,00	130,00	97,9048	22,33586
<b>SUB3CAMINAR</b>	21	3,00	30,00	21,3810	8,31550
<b>Escala de Autoeficacia para la Actividad Física EAF</b>	21	156,00	390,00	288,2381	57,48470
<b>N válido (por lista)</b>	21				

*Nota.* Elaboración propia. En este apartado se presentan los resultados descriptivos correspondientes a las variables de estudio. Los valores se describen para el grupo de hombres (n = 21). Las medias observadas se comparan con las esperadas de cada instrumento con el propósito de describir su comportamiento y tendencias generales referente al grupo masculino evaluado.

### ***Relaciones interpersonales significativas.***

En la funcionalidad familiar (FFSIL), la media general fue de 50,85 (DE=10,46), superior a la media esperada de 42, lo que indica una percepción globalmente adecuada del funcionamiento familiar. La cohesión familiar (FACES IV) obtuvo una media de 27.19 (DE=5,55) frente a una media esperada de 21, lo que sugiere un nivel medio alto. En el caso del apego ansioso (ECR Ansiedad), los valores de la media fueron de 28,85 (DE=10,27) y una media esperada de 27. Por su parte, el apego evitativo (ECR Evitación) presentó una media de 45,66 (DE= 9,94) valor superior a la media esperada de 36.

Al analizar por sexo, las mujeres obtuvieron una media de 49,65 (DE = 9,97), mientras que los hombres alcanzaron una media de 53,61 (DE=11,14) evidenciando de mayores niveles de funcionalidad en estos últimos. La cohesión familiar en las mujeres la media fue de 26,68 (DE=5,78) y en los hombres de 28,33 (DE=5,14), indicando niveles ligeramente más altos de cohesión familiar en los hombres. En cuanto al apego ansioso, las mujeres obtuvieron una media de 29,30 (DE=10,31) y los hombres de 45,62 (DE= 9,37), valores prácticamente equivalentes en ambos grupos.

### ***Identidad con Estereotipos de género***

La media total del EMAFE global fue de 34,32 (DE= 8,29), por debajo de la media esperada de 42. Entre las mujeres, la media fue de 31,10 (DE=7,40), mientras que en hombres alcanzó 40,95 (DE=5,53). En la dimensión de masculinidad, la media general fue de 16,03 (DE= 6,90), coincidente con la media esperada de 16. Las mujeres presentaron una media de 12,40 (DE= 4,20) y los hombres 17,95 (DE=2,69), mostrando una tendencia hacia niveles similares de feminidad en ambos sexos, aunque superiores en mujeres.

### ***Afectividad***

En el conjunto de la muestra, el afecto positivo presentó una media de 41,00 (DE=8,08), por encima de la media esperada de 36. Las mujeres obtuvieron una media de 39,15, mientras que los hombres alcanzaron 45. El afecto negativo se evaluó a través de las dimensiones de miedo e ira. Para el miedo, la media total fue de 18,95 (DE= 7,65), inferior a la media esperada de 24; en las mujeres fue de 20,45 DE= 8,22 y en los hombres de 16,33 DE= 5,82. En la dimensión de ira, la media total fue de 15,24, también por debajo de la media esperada, mientras que el afecto negativo (miedo e ira) se ubicó por debajo, con una variabilidad mayor en las mujeres.

### ***Salud y Hábitos de Vida***

En la muestra total, los alimentos altos en grasa presentan una media de 31,61 DE=11,85, superior a la media esperada de 27,5. En las mujeres la media fue de 30,33 (DE=11,32) y en los hombres 34,14 (DE=12,96).

Los alimentos saludables tuvieron una media total de 36,42 (de= 11,20), también superior a la media esperada de 27,5; las mujeres obtuvieron 35,28 (DE= 12,03) y los hombres 38,95 (DE= 9,37).

En alimentos dulces, la media general fue de 56,77, por encima de la media esperada de 33; las mujeres mostraron una media de 52,60 y los hombres 64,86.

Las bebidas presentaron una media total de 23,42 superior a la media esperada de 16,5; las mujeres obtuvieron 21,88 y los hombres una media de 26,10. El puntaje total de comportamiento alimentario fue de 37,06 en cuanto a su media, con una media de 35,02 en mujeres y 41,01 en hombres.

En cuanto a la actividad física, el ejercicio físico programado tuvo una media general de 140,85 (DE=56,16), por encima de la media esperada de 115. En mujeres, la media fue de 127,20 (DE=60,06) y en hombres de 168,95 (DE=35,88).

La actividad física en la vida diaria presentó una media total de 79,40 (DE=31,86), superior a la media esperada de 65; las mujeres alcanzaron una media de 69,80 y los hombres una media de 97,90.

La subescala de caminar registró una media global de 17,10 en la muestra frente a una media esperada de 15; las mujeres obtuvieron 14,85 y los hombres 21,38.

Por último, la autoeficacia total para la actividad física (EAF) alcanzó una media de 237,35 (DE=88,09), superior a la media esperada de 195, con 211,85 en mujeres y 288,24 en hombres. Todo lo anterior, indica que, la población participante mantiene, en general, hábitos de vida activos y una alimentación por encima de los estándares esperados. Sin embargo, las diferencias por género reflejan tendencias diferenciadas en el estilo de vida: Los hombres

muestran mayores niveles de actividad física y autoeficacia para el ejercicio, pero, también un consumo más alto de alimentos grasos y dulces; las mujeres, por su parte, evidencian una dieta saludable y menor nivel de actividad física programada. Estos resultados sugieren que las prácticas de autocuidado y salud están moduladas por patrones de género que podrían influir en la salud integral.

### **Estadísticos de Correlación**

Con el fin de examinar las asociaciones entre las variables principales del estudio: relaciones interpersonales significativas, identificación con los estereotipos de género, afectividad y comportamiento saludable, se realizó un análisis de correlación para la muestra total y por sexo. A continuación, se describen las correlaciones estadísticamente significativas. A pesar de que no se especifica el nivel de significación en el texto al describir, el grado de significación se puede identificar en las tablas bajo la convención de un asterisco (\*) la correlación es significativa con un valor  $p < 0,05$  y dos asteriscos (\*\*) la correlación es significativa con un valor  $p < 0,01$ . Todas las correlaciones que se describen en detalle en el cuerpo de texto del documento se refieren a aquellas que fueron significativas.

Tabla 4.

Matriz de correlación de las variables del estudio para el grupo de mujeres

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. TOTALFFSIL																				
2. TOTALFACESIV	,882**																			
3. TOTALECRANSIEDAD	,370*	0,174																		
4. TOTALECREVITACIÓN	0,199	0,162	0,203																	
5. TOTALEMAFE	-0,262	-0,044	-,376**	-0,12																
6. TOTALEMAFEMASCULINIDAD	-,438**	-0,312	-0,213	-0,225	,823**															
7. TOTALEMAFEMEMINIDAD	0,052	,312*	-,454**	0,079	,696**	0,234														
8. TOTALPANAS28	-0,131	0,074	-,387*	-0,103	,388*	0,245	,340*													
9. TOTALPANASAFECTOPOSITIV	0,294	,360*	0,06	,335*	0,031	-0,11	0,15	,448**												
10. TOTALPANASMIEDO	-0,263	-0,081	-,336*	-0,226	,312*	0,223	0,247	,830**	0,008											
11. TOTALPANASIRA	-,313*	-0,118	-,613**	-0,282	,451**	,349*	0,31	,596**	-0,189	,623**										
12. TOTALSCL90SOM	-,363*	-0,269	-0,293	-0,286	0,279	0,248	0,155	,415**	-0,126	,485**	,590**									
13. COMPALIMENTGRASA	,421**	0,281	,385*	,317*	-0,308	-0,22	-0,221	-,519**	-0,067	-,505**	-,501**	-,471**								
14. TOTALALIMENSALUDABLES	0,08	0,078	,353*	0,133	-0,021	-0,071	-0,004	-0,306	-0,068	-0,297	-0,266	-0,067	,529**							
15. TOTALALIMENDULCES	0,249	0,144	,478**	0,202	-0,183	-0,073	-0,241	-,407**	-0,051	-,423**	-,416**	-0,224	,689**	,711**						
16. TOTALALIMENBEBIDAS	0,193	0,117	0,164	0,267	-0,264	-0,248	-0,062	-,514**	0	-,580**	-,460**	-,418**	,601**	,415**	,500**					
17. COMPALIMENTOTAL	0,245	0,15	,416**	0,281	-0,234	-0,183	-0,157	-,521**	-0,106	-,508**	-,477**	-,329*	,829**	,794**	,897**	,736**				
18. SUB1EFP	0,256	0,208	0,164	,532**	-0,188	-0,287	0,032	0,051	,376*	-0,031	-0,28	-0,14	0,264	0,159	0,262	,335*	0,299			
19. SUB2AVD	0,228	0,109	,365*	,515**	-0,176	-0,204	-0,051	-0,082	0,249	-0,061	-,403**	-0,19	,403*	,326*	,472**	,324*	,467**	,765**		
20. SUB3CAMINAR	,352*	,340*	0,073	0,232	0,001	-0,274	0,31	0,056	0,018	0,06	-0,085	-0,273	0,204	0,224	0,088	0,077	0,182	0,224	,334*	
21. TOTALAUTOEFACTFIS	0,284	0,208	0,228	,528**	-0,204	-0,298	0,02	0,007	,339*	-0,059	-,333*	-0,163	,364*	0,232	,358*	,381*	,397*	,966**	,877**	,314*

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).  
\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Elaboración propia.

### ***Género***

En los resultados obtenidos para el grupo de mujeres, se halló una correlación negativa moderada entre el funcionamiento familiar y la masculinidad de ( $r = -.438, p < 0,01$ ), así como una correlación negativa baja entre la cohesión y adaptabilidad familiar y la masculinidad de  $r_s = -.312$  ( $p < 0,05$ ).

Por otro lado, se observó una correlación negativa moderada de ( $r_s = -.454, p < 0,01$ ) entre la feminidad y la ansiedad en las relaciones de pareja, lo que indica que, a mayor identificación con rasgos femeninos, menores son los niveles de ansiedad frente al rechazo o abandono, sin embargo, dichos resultados se deben interpretar con precaución debido a que no se obtuvo un índice de consistencia interna aceptable para la subescala de feminidad. Se encontró una correlación positiva moderada entre la afectividad negativa–Ira y la identificación con estereotipos de género medidos ( $r_s = .451, p < 0,01$ ), asimismo, se halló una correlación positiva baja entre la afectividad negativa–Ira y la identificación con rasgos de masculinidad ( $r_s = .349, p < .05$ ). Lo que indica una relación significativa entre la calidad de las relaciones interpersonales y la identidad con los estereotipos de género.

### ***Afectividad***

Se encontró una correlación positiva moderada entre el funcionamiento familiar y el afecto positivo de ( $r_s = .360, p < 0,05$ ) lo que indica que a medida que aumenta la percepción de cohesión y adaptabilidad familiar, también tienden a incrementarse los niveles de afectividad positiva.

### ***Salud***

No hubo correlaciones significativas con la autoeficacia para la actividad física y autoeficacia del comportamiento alimentario y la identificación con los estereotipos de género (masculinidad y feminidad), lo que indica una relación nula o inexistente entre la

identificación con rasgos femeninos y masculinos, y la confianza percibida para realizar o mantener hábitos saludables.

**Relaciones Interpersonales y Salud.** Se encontró una correlación positiva moderada entre la autoeficacia del comportamiento alimentario de alimentos grasos y la funcionalidad familiar de ( $r_s = ,421, p < 0,01$ ).

Tabla 5.

Matriz de correlación de las variables del estudio para el grupo de hombres

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1. TOTALFFSIL																						
2. TOTALFACESIV	,882**																					
3. TOTALECRANSIEDAD	,370*	0,174																				
4. TOTALECREVITACIÓN	0,199	0,162	0,203																			
5. TOTALEMAFE	-0,262	-0,044	-,376*	-0,12																		
6. TOTALEMAFEMASCULINIDAD	-,438**	-0,312	-0,213	-0,225	,823**																	
7. TOTALEMAFEMINIDAD	0,052	,312*	-,454**	0,079	,695**	0,234																
8. TOTALPANAS28	-0,131	0,074	-,387*	-0,103	,388*	0,245	,340*															
9. TOTALPANASAFECTOPOSITIV	0,294	,360*	0,06	,335*	0,031	-0,11	0,15	,448**														
10. TOTALPANASMIEDO	-0,263	-0,081	-,336*	-0,226	,312*	0,223	0,247	,830**	0,008													
11. TOTALPANASIRA	-,313*	-0,118	-,613**	-0,282	,451*	,349*	0,31	,596**	-0,189	,623**												
12. TOTALSCL90SOM	-,363*	-0,269	-0,293	-0,286	0,279	0,248	0,155	,415**	-0,126	,485**	,590**											
13. COMPALIMENTGRASA	,421**	0,281	,385**	,317*	-0,308	-0,22	-0,221	-,519**	-0,067	-,505**	-,501**	-,471**										
14. TOTALALIMENSALUDABLES	0,08	0,078	,353*	0,133	-0,021	-0,071	-0,004	-0,306	-0,068	-0,297	-0,266	-0,067	,529**									
15. TOTALALIMENDULCES	0,249	0,144	,478**	0,202	-0,183	-0,073	-0,241	-,407**	-0,051	-,423**	-,416**	-0,224	,669**	,711**								
16. TOTALALIMENBEBIDAS	0,193	0,117	0,164	0,267	-0,264	-0,248	-0,062	-,514**	0	-,580**	-,460**	-,418**	,601**	,415**	,500**							
17. COMPALIMENTOTAL	0,245	0,15	,416**	0,281	-0,234	-0,183	-0,157	-,521**	-0,106	-,508**	-,477**	-,329**	,829**	,794**	,897**	,736**						
18. SUB1EFP	0,256	0,208	0,164	,532**	-0,188	-0,287	0,032	0,051	,376*	-0,031	-0,28	-0,14	0,264	0,159	0,262	,335*	0,299					
19. SUB2AVD	0,228	0,109	,395*	,515**	-0,176	-0,204	-0,051	-0,082	0,249	-0,061	-,403**	-0,19	,403**	,326*	,472**	,324*	,467**	,765**				
20. SUB3CAMINAR	,352*	,340*	0,073	0,232	0,001	-0,274	0,31	0,056	0,018	0,06	-0,085	-0,273	0,204	0,224	0,088	0,077	0,182	0,224	,334*			
21. TOTALAUTOEFACTIFIS	0,284	0,208	0,228	,528**	-0,204	-0,298	0,02	0,007	,339*	-0,059	-,333*	-0,163	,364*	0,232	,358*	,381*	,397*	,966**	,877**	,314*		

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Elaboración propia.

### ***Género***

Se halló una correlación negativa moderada entre el funcionamiento familiar y la masculinidad de ( $\rho = -.438, p < 0,01$ ), así como una correlación negativa baja entre la cohesión y adaptabilidad familiar y una masculinidad de ( $\rho = -.312$ ). Por otro lado, se observó una correlación positiva baja entre la feminidad y la cohesión familiar de ( $\rho = .312, p < 0,05$ ).

Asimismo, se encontró una correlación negativa moderada entre la feminidad y los niveles de ansiedad en las relaciones de pareja ( $r_s = -.454, p < 0,01$ ).

Se halló una correlación positiva moderada entre la afectividad negativa-ira y la identificación con los estereotipos de género ( $r_s = .451, p < .01$ ). De igual manera, se identificó una correlación positiva baja entre la masculinidad y la dimensión de afecto negativo-ira ( $r_s = .349, p < .05$ ).

### ***Relaciones Interpersonales Significativas***

Se observó una correlación positiva baja entre la cohesión familiar y la afectividad positiva con ( $r_s = .360, p < 0,01$ ).

Por otro lado, las correlaciones entre el funcionamiento familiar y las dimensiones de masculinidad y feminidad mantuvieron el mismo patrón observado que en las mujeres. Se encontró una correlación negativa moderada entre el funcionamiento familiar y la masculinidad con ( $r_s = -.438, p < 0,01$ ), y una correlación baja positiva entre la cohesión familiar y la feminidad con ( $r_s = .312, p < 0,05$ ).

Se observó una correlación negativa moderada entre la feminidad y la ansiedad en las relaciones de pareja de ( $r_s = -.454, p < 0,01$ ) lo que indica que, a mayor identificación con rasgos femeninos, menores son los niveles de ansiedad frente al rechazo o abandono, sin embargo, dichos resultados se deben interpretar con precaución debido a que no se obtuvo un índice de consistencia interna aceptable para la subescala de feminidad.

### ***Afectividad***

En los resultados del grupo de hombres se encontró una correlación positiva baja entre la cohesión y adaptabilidad familiar y el afecto positivo con ( $rs = .360, p < 0,01$ ) lo que indica que, a mayor calidad en las relaciones familiares, se incrementan los niveles de emociones positivas. Por otro lado, se observó una correlación negativa baja entre la cohesión familiar y la ira con ( $rs = -.313, p < 0,01$ ), señalando que una mejor percepción del funcionamiento familiar se asocia con una menor presencia de emociones negativas relacionadas con esta dimensión.

Se halló una correlación positiva baja entre el afecto negativo (ira) y la masculinidad ( $rs = .349, p < 0,01$ ).

### ***Salud***

No hubo correlaciones significativas con la autoeficacia para la actividad física y autoeficacia del comportamiento alimentario y la identificación con los estereotipos de género (masculinidad y feminidad), lo que indica una relación nula o inexistente entre la identificación con rasgos femeninos y masculinos, y la confianza percibida para realizar o mantener hábitos saludables.

Tabla 6.

Matriz de correlación de las variables del estudio en la población total

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. TOTALFFSIL																					
2. TOTALFACESIV	,828**																				
3. TOTALECRANSIEDAD	0,241	0,171																			
4. TOTALECREVITACIÓN	0,166	0,162	0,17																		
5. TOTALEMAFE	0,014	0,033	-,396**	-0,032																	
6. TOTALEMAFEMASCULINIDAD	-0,047	-0,087	-,252**	-0,133	,889**																
7. TOTALEMAFEFEMINIDAD	0,004	0,167	-,452**	0,111	,441**	0,042															
8. TOTALPANAS28	-0,083	0,135	-,346**	-0,076	,257**	0,13	,335**														
9. TOTALPANASAFECTOPOSITIV	,339**	,291**	0,037	,307**	,277**	0,219	0,086	,344**													
10. TOTALPANASMEDO	-0,241	-0,022	-,261**	-0,186	0,049	-0,051	,275**	,804**	-0,15												
11. TOTALPANASIRA	-,306**	-0,06	-,546**	-,285**	0,192	0,094	,322**	,649**	-0,228	,644**											
12. TOTALSCL90SOM	-0,23	-0,137	-0,136	-,296**	-0,137	-0,19	0,168	,390**	-,280**	,570**	,517**										
13. COMPALIMENTGRASA	,310**	0,167	,317**	0,168	-0,061	-0,033	-0,122	-,441**	0,107	-,499**	-,473**	-,402**									
14. TOTALALIMENSALUDABLES	0,073	0,087	0,123	0,145	0,133	0,071	0,09	-0,116	0,064	-0,211	-0,135	-0,136	,399**								
15. TOTALALIMENDULCES	0,24	0,109	0,249	0,163	0,136	0,195	-0,171	-,377**	0,134	-,511**	-,407**	-,392**	,681**	,613**							
16. TOTALALIMENBEBIDAS	0,202	0,144	0,028	0,213	0,072	0,084	-0,024	-,315**	0,21	-,514**	-,308**	-,501**	,486**	,441**	,563**						
17. COMPALIMENTOTAL	0,22	0,112	0,24	0,205	0,073	0,095	-0,092	-,423**	0,109	-,541**	-,435**	-,438**	,808**	,723**	,917**	,720**					
18. SUB1EFP	0,233	0,166	-0,033	,396**	0,186	0,155	0,016	0,068	,472**	-0,159	-0,173	-,306**	0,248	0,169	,381**	,402**	,345**				
19. SUB2AVD	0,246	0,09	0,121	,332**	0,237	,271**	-0,052	-0,084	,345**	-0,211	-,295**	-,334**	,378**	0,204	,544**	,349**	,467**	,799**			
20. SUB3CAMINAR	,329**	,295**	0,031	0,145	,300**	0,185	0,189	-0,024	0,147	-0,102	-0,18	-,380**	0,206	0,162	0,232	0,126	0,234	0,242	,366**		
21. TOTALAUTOEFACTIFIS	,284**	0,171	0,023	,373**	0,243	0,235	-0,003	0,009	,438**	-0,191	-0,24	-,347**	,335**	0,196	,470**	,402**	,424**	,950**	,923**	,387**	

Nota. Elaboración propia

### ***Relaciones interpersonales significativas***

El funcionamiento familiar presentó además una correlación positiva baja con el afecto positivo ( $r_s = 0,339$ ,  $p < 0,01$ ). También se halló una correlación negativa baja entre el funcionamiento familiar y la ira ( $r_s = -0,306$ ,  $p < 0,05$ ), si bien existe la asociación, el funcionamiento más favorable no necesariamente explica una menor tendencia a experimentar ira, Más bien que la mayor parte de la ira, no se explica por el funcionamiento familiar más favorable. Asimismo, se registró una correlación positiva baja entre el funcionamiento familiar y la autoeficacia para la actividad física ( $r_s = 0,284$ ,  $p < 0,05$ ), indicando que las variables tienden a ser independientes.

El funcionamiento familiar mostró correlaciones positivas bajas con la autoeficacia física ( $r_s = .284$   $p < 0,05$ ), indicando que las variables tienden a ser independientes.

### ***Identidad con los estereotipos de género***

La ansiedad en las relaciones de pareja presentó correlaciones negativas moderadas con la feminidad ( $r_s = -0,452$ ,  $p < 0,01$ ), así como con la ira ( $r_s = -0,546$ ,  $p < 0,01$ ). Los resultados muestran que la ansiedad en las relaciones de pareja se asocia de manera inversa con la feminidad y la ira.

### ***Afectividad***

Respecto a la afectividad, se observaron correlaciones positivas bajas entre el afecto positivo y la cohesión familiar ( $r_s = .339$   $p < 0,01$ ).

### ***Salud***

Se halló una correlación positiva moderada entre el funcionamiento familiar y la autoeficacia del comportamiento alimentario de alimentos grasos ( $r_s = .421$ ,  $p < 0,01$ ).

No hubo correlaciones significativas con la autoeficacia para la actividad física y la identificación con los estereotipos de género (masculinidad y feminidad), lo que indica una relación nula o inexistente entre la identificación con rasgos femeninos y masculinos, y la confianza percibida para realizar o mantener hábitos saludables relacionados con la actividad física.

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo describir el comportamiento de las relaciones interpersonales significativas como la familia y la pareja, la identificación con los estereotipos de género, la afectividad y los hábitos de salud en adultos jóvenes universitarios residentes en Bogotá, y analizar sus posibles relaciones. Si bien el proyecto contemplaba la posibilidad de alcanzar una muestra de 450 personas, la recolección efectiva para esta fase piloto inicial alcanzó al momento de elaboración de este informe de auxiliares 62 participantes. En este marco, las autoras del presente documento cumplen la función de auxiliares de investigación, contribuyendo a la fase descriptiva, donde este carácter piloto permitió poner a prueba los instrumentos, ajustar los procedimientos de recolección y analizar las tendencias preliminares que servirán de base para el desarrollo posterior del estudio completo.

Los resultados de estudio permiten comprender por el momento y de manera preliminar cómo los estereotipos de género, las relaciones interpersonales significativas y la afectividad se relacionan con la salud integral en adultos jóvenes de la ciudad de Bogotá. En coherencia con la pregunta de investigación, los hallazgos muestran que la salud no depende únicamente de factores biológicos, sino también de procesos sociales y culturales que moldean el bienestar psicológico y los estilos de vida.

No obstante, la evidencia correlacional también muestra que se trata de un fenómeno multicausal: varias de las asociaciones encontradas presentan magnitudes bajas, lo que indica que, además de las variables estudiadas, pueden intervenir otros factores no considerados en este análisis que contribuyen a explicar las relaciones observadas.

En esta línea, en conjunto se evidencia que mejores indicadores de funcionamiento familiar se asocian con mayores niveles de afecto positivo y con una mayor autoeficacia en el manejo de la alimentación, especialmente en el consumo de alimentos grasos. Asimismo, los hallazgos muestran que el funcionamiento familiar y la masculinidad se relacionan de forma

inversa, lo que implica que cuando una de estas variables tiende a presentar valores más altos, la otra suele mostrar valores más bajos. Estas relaciones, aunque significativas, también presentan magnitudes bajas, lo que refuerza la comprensión de la salud y el bienestar como fenómenos complejos influenciados por múltiples factores.

En esta investigación, la calidad de las relaciones familiares y de pareja se asoció positivamente con los comportamientos de salud y el afecto positivo, lo que confirma parcialmente la primera hipótesis. Sin embargo, estas asociaciones presentan magnitudes bajas, lo que indica que, aunque las relaciones interpersonales significativas contribuyen al bienestar, su influencia no es determinante por sí sola.

Los vínculos de apoyo actúan como factores protectores frente al malestar y promueven hábitos saludables, especialmente en alimentación y actividad física. En general, las mujeres reportaron una dieta más equilibrada y los hombres una mayor actividad física y autoeficacia, lo que coincide con estudios previos sobre las diferencias de género en los estilos de vida (Cecilia et al., 2018; González et al., 2024).

Desde una perspectiva teórica, estos resultados pueden interpretarse a la luz de la Teoría del Apego de Bowlby (1969) y Ainsworth (1979), según la cual los lazos tempranos de seguridad y cuidado influyen en la capacidad de establecer relaciones significativas en la adultez y en la adopción de comportamientos de autocuidado. Asimismo, la Teoría de los Sistemas Familiares de Bowen (1966) subraya que el bienestar individual está vinculado al equilibrio emocional de la familia. En coherencia con Domínguez et al. (2023), este estudio evidenció que altos niveles de implicación, cariño y apoyo se relaciona con menor sintomatología emocional y con mayores niveles de afecto positivo.

En relación con los estereotipos de género, los resultados mostraron niveles moderados de masculinidad y feminidad, lo que sugiere identidades más flexibles. Esto se aleja parcialmente de lo encontrado por Fernández (2020) sobre la rigidez en los hombres

cisgénero, y puede reflejar un cambio generacional hacia modelos de masculinidad más abiertos. No obstante, la consistencia interna baja en la subescala de feminidad del EMAFE aconseja interpretar estos datos con cautela.

La asociación entre identidad de género y afectividad se confirma parcialmente: los niveles moderados de masculinidad y feminidad se relacionaron con mayor afectividad positiva y menor afectividad negativa, lo que respalda parte de la hipótesis planteada. Sin embargo, los hombres con mayor masculinidad también reportaron más afectividad positiva, contrario a lo esperado, lo que podría reflejar nuevas formas de expresar la masculinidad o un efecto de deseabilidad social. En las mujeres no se hallaron relaciones significativas entre feminidad y afectividad negativa, aunque sí mayor variabilidad emocional, lo que coincide con Diener et al. (1991), quien reportó diferencias en la intensidad, más no en el bienestar general.

Por otro lado, no se encontró relación entre la identificación con estereotipos de género y la salud, a diferencia de lo reportado por Glasser et al. (2024) y Vescio et al. (2023), quienes asociaron la conformidad con normas tradicionales de masculinidad con menor bienestar y búsqueda de ayuda médica. Esto podría explicarse por el tamaño de la muestra y la alta porción de mujeres. Sin embargo, la profundización de las relaciones con el género sobre este fenómeno se desarrolla a profundidad dentro del informe de investigación aliado a este proyecto.

En cuanto a la afectividad y la salud, se encontró que la afectividad negativa influye en los comportamientos alimentarios, especialmente en el consumo de alimentos dulces, mientras que la afectividad positiva no se relacionó significativamente con los hábitos de salud. Esto sugiere que el bienestar emocional, aunque protector, no basta para sostener estilos de vida saludables si no se acompaña de un entorno social que los refuerce. Estos resultados coinciden con la teoría de los inmunógenos y patógenos conductuales (Hollis et al.

1982), que plantea que los estilos de vida están determinados por el ambiente y las redes de apoyo.

En conjunto, se cumplió con los objetivos planteados y se confirmaron parcialmente las hipótesis, destacando la importancia de las relaciones familiares y de pareja en la salud y el bienestar emocional.

Como limitaciones, se reconoce el tamaño reducido de la muestra, la predominancia femenina y el uso de escalas adaptadas a otros contextos culturales, lo cual puede afectar la validez de algunos resultados. Se recomienda que futuras investigaciones amplíen la muestra de integral y todos cualitativos y exploren las diferencias de género, afectividad y salud, y refuerza la necesidad de abordar el bienestar desde una visión integral y con enfoque de género.

## **Conclusiones y Recomendaciones**

Los hallazgos de este estudio piloto permiten identificar relaciones específicas, aunque de magnitud baja, entre el funcionamiento familiar y algunos indicadores del bienestar emocional y de los hábitos de salud en adultos jóvenes. En particular, un mejor funcionamiento familiar se asoció con niveles más altos de afectividad positiva y con una mayor autoeficacia para regular el consumo de alimentos grasos. Estas asociaciones sugieren que el clima familiar puede desempeñar un papel relevante, aunque limitado en esta fase preliminar, en la experiencia emocional y en ciertos comportamientos de autocuidado.

En concordancia con los informes recientes en salud global, para el año 2025 se subraya la necesidad de intervenir sobre los riesgos conductuales y metabólicos, entendidos como comportamientos y condiciones que pueden afectar el bienestar y la calidad de vida, con el fin de acelerar el progreso en salud pública (IHME,2024). En consecuencia, los sistemas de salud deben adaptarse a estos desafíos diferenciados, implementando estrategias que reduzcan la carga de enfermedad y promuevan una mayor equidad, entendida como la capacidad de responder de forma adecuada a las necesidades específicas de cada grupo poblacional. (Patwardhan et al., 2024).

Estos resultados refuerzan la importancia de abordar la salud desde una mirada integral, que no se limite a los indicadores biomédicos, sino que incorpore una mirada biopsicosociocultural.

En este sentido, el género (González et al., 2024; Zitenly et al., 2022), las relaciones interpersonales (Domínguez et al, 2023) y la afectividad (Pineda et al., 2025) emergen como factores clave que influyen en la salud y el bienestar emocional. En la población estudiada, se observó que la calidad de las relaciones familiares y de pareja se asoció con mayor afectividad positiva y comportamientos saludables, confirmando la relevancia de los vínculos afectivos como factores protectores. En conjunto estos hallazgos demuestran que la afectividad, las relaciones de calidad, los estereotipos de género y la identidad no operan de

forma independiente, sino que interactúan configurando trayectorias de salud emocional específicas en la adultez joven, cumpliéndose en gran medida la relación entre familia y salud planteada en la primera hipótesis.

Finalmente, las investigaciones recientes dentro de la literatura ahondaron en la identidad de género como un constructo de características culturales complejas que podrían tener incidencia con la salud, donde futuras investigaciones podrían explorar cómo la identificación se relaciona con la realización de procedimiento estéticos o modificaciones corporales, entendidos como expresiones de identidad y autocuidado, pero también como prácticas que pueden tener implicaciones en la salud física y mental. Este tipo de estudios permitiría ampliar la comprensión del vínculo entre género, cuerpo y bienestar en la sociedad actual.

## Referencias

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Altamiranda, S. J. M. (2022). El género no binario como manera deconstruida de interpretar el mundo. *Revista Disertaciones*, 11(2), 67-85.  
<https://revistas.uniquindio.edu.co/ojs/index.php/Disertaciones/article/view/861>
- Alcalá, J.E., Maicas, C., Hernández, P., y Rodríguez, L. (2017). Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada*, 12 (36), 2145-2152.  
<https://doi.org/10.1016/j.med.2017.06.010>
- 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>
- Arce, Y. A., & Jiménez, Y. P. (2020). Evidencia de los procesos psicométricos de la escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES IV) en estudiantes de las Universidades de la ciudad de Piura [Tesis de licenciatura]. Universidad César Vallejo.
- Balanta Mera, R., & Obispo Salazar, K. (2022). Representaciones sociales de la identidad y los roles de género en adolescentes de una escuela secundaria de México. *Interdisciplinaria*, 39(2), 151-166. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.10>
- Barni, D., Fiorilli, C., Romano, L., Zagrean, I., Alfieri, S., & Russo, C. (2022). Gender prejudice within the family: The relation between parents' sexism and their

socialization values. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 846016.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.846016>

Benlloch, S. (2020). Teoría del apego en la práctica clínica: Revisión teórica y recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189.

<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.348>

Bowlby, J. (1952). *Mental Care and Mental Health*. World Health Organization.

<https://pages.uoregon.edu/eherman/teaching/texts/Bowlby%20Maternal%20Care%20and%20Mental%20Health.pdf>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*.

Recuperado de [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59240889/Bowlby\\_John\\_-\\_Una\\_Base\\_Segura20190513-68999-ddpydg-libre.pdf?1557807307=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAplicaciones\\_clinicas\\_de\\_una\\_teor%C3%ADa\\_del\\_apego.pdf&Expires=1745227542&Signature=AFDAyzTzzQRZRnjhU8a6JkQj7EzY4ath7K4qC1~azAnyCkRww5fkLSI6oH1DP9HJ2N4t1wGPSOFVttecTwDqOuiuol7IvBZsL3pfjKSy94fWst1An4ihRNvGdOrD0knXZ19oNs2tv2~K3Fl0WGpuA38kgurgtLHSPg9Ijn5DWVgTstxcqHN~CWJISgqPgj~vJHUTI9pJtxUoF3OAeKg7l4Y~ffSr5JFqBBPzySNzm-15WbdBoahVq0jw9xMGOKvnpMTGVp2SI1Z~fO1J9phuPZA0T5EKjLeiFIqx79pTYOLIBTx2RM9U6q9YG8zqm-lyMbw76TmilOOyAGPqGbDUg\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/59240889/Bowlby_John_-_Una_Base_Segura20190513-68999-ddpydg-libre.pdf?1557807307=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAplicaciones_clinicas_de_una_teor%C3%ADa_del_apego.pdf&Expires=1745227542&Signature=AFDAyzTzzQRZRnjhU8a6JkQj7EzY4ath7K4qC1~azAnyCkRww5fkLSI6oH1DP9HJ2N4t1wGPSOFVttecTwDqOuiuol7IvBZsL3pfjKSy94fWst1An4ihRNvGdOrD0knXZ19oNs2tv2~K3Fl0WGpuA38kgurgtLHSPg9Ijn5DWVgTstxcqHN~CWJISgqPgj~vJHUTI9pJtxUoF3OAeKg7l4Y~ffSr5JFqBBPzySNzm-15WbdBoahVq0jw9xMGOKvnpMTGVp2SI1Z~fO1J9phuPZA0T5EKjLeiFIqx79pTYOLIBTx2RM9U6q9YG8zqm-lyMbw76TmilOOyAGPqGbDUg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Recuperado de [https://www.norc.org/content/dam/norc-org/pdfs/BradburnN\\_Struc\\_Psych\\_Well\\_Being.pdf](https://www.norc.org/content/dam/norc-org/pdfs/BradburnN_Struc_Psych_Well_Being.pdf)
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Recuperado de <https://archive.org/details/bronfenbrenner-u.-la-ecologia-del-desarrollo-humano.-experimentos-en-entornos-naturales-y-disenados/page/52/mode/2up>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: feminismo y la subversión de la identidad*. Routledge.
- Cameron, D. S., Bertenshaw, E. J., & Sheeran, P. (2017). Positive affect and physical activity: Testing effects on goal setting, activation, prioritisation, and attainment. *Psychology & Health, 33*(2), 258–274.
- <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1314477>
- Calero, A. D., Barreyro, J. P., Formoso, J., & Injoke-Ricle, I. (2018). Inteligencia emocional y necesidad de pertenencia al grupo de pares durante la adolescencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 22*(2), 38-56.
- <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339660091017>
- Calero, J., Sánchez, J., & Restrepo, D. (2018). Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en jóvenes universitarios. *Psicogente, 21*(39), 123–138.
- <https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2833>

- Castillo-Mayén, R., & Montes-Berges, B. (2014). Análisis de los estereotipos de género actuales. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(3), 1044–1060.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.138981>
- Catalán, V. G., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26).
- Caqueo-Urizar, Alejandra, Mena-Chamorro, Patricio, Flores, Jerome, Narea, Marigen, & Irrázaval, Matías. (2020). Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 203-222.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200203>
- Cecilia, M. J., Atucha, N. M., & García-Estañ, J. (2018). Estilos de salud y hábitos saludables en estudiantes del Grado en Farmacia. *Educación Médica*, 19(5), 294-305.  
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.008>
- Colás Bravo, P. (2007). La construcción de la identidad de género: Enfoques teóricos para fundamentar la investigación e intervención educativa. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), 151-166. Recuperado de  
<https://revistas.um.es/rie/article/view/96661>
- Connell, R., y Pearse, R. (2015). *Género: Una perspectiva mundial* (3.<sup>a</sup> ed.). Polity Press.
- Connell, R., y Pearse, R. (2018). Orden de género. En M. Lamas (Ed.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 127-151). PUEG-UNAM.
- Cuenta de Alto Costo. (17 de mayo de 2024). *Día Mundial de la Hipertensión Arterial*.  
<https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial/>

Cuenta de Alto Costo. (14 de noviembre de 2025). *Día Mundial de la Diabetes 2024*.

<https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-de-la-diabetes-2024/>

Cerezo-Reséndiz, Sandra, & Hurtado-Rodríguez, Carlos. (2011). Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 3(2), 49-59.

<https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.30218>

De Barbieri, T. (1993). Siete tesis equivocadas sobre las mujeres. *Revista de la CEPAL*, 49, 167-179. <https://hdl.handle.net/11362/37845>

Del Valle, M. (2018). *LA FAMILIA: PRINCIPAL CONTEXTO DE APRENDIZAJE DE LOS ROLES DE GÉNERO*. Recuperado de

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/32528/TFG-G3227.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dev, S., Monajatipoor, M., Ovalle, A., Subramonian, A., Phillips, J. M., & Chang, K.-W.

(2021). Harms of Gender Exclusivity and Challenges in Non-Binary Representation in Language Technologies. *arXiv preprint arXiv:2108.12084*. Recuperado de

<https://arxiv.org/abs/2108.12084>

Díaz, J., Ledesma, M., Pallo, L. y Tito, J. (2020). Importancia de la familia: Un análisis de la realidad a partir de datos estadísticos. *Horizonte de la Ciencia*, 10(18), 63–72.

Diener, E., Sandvik, E. y Pavot, W. (1991). La felicidad es la frecuencia, no la intensidad, del afecto positivo frente al negativo. En F. Strack, M. Argyle y N. Schwarz (Eds.), *Bienestar subjetivo: Una perspectiva interdisciplinaria* (pp. 119-139). Pergamon Press.

- Domínguez, P., Parra, Á., & Sánchez, I. (2023). Influencia de las relaciones familiares en la presencia de sintomatología clínica durante la adultez emergente. *Psicología Conductual / Psicología Conductual*, 31(2), 343–358.  
<https://doi.org/10.51668/bp.8323206s>
- Eagly, A. H., Wood, W., & Johannesen-Schmidt, M. C. (2004). Teoría del rol social: Diferencias y semejanzas de acuerdo al sexo. Consecuencias en las preferencias para elección de pareja de mujeres y hombres. *Psicología Social*, 34(3), 109-121.  
Recuperado de  
[https://www.academia.edu/download/111404517/Teoria\\_del\\_Rol\\_Social\\_Diferencias\\_y\\_semejanzas\\_de\\_acuerdo\\_alsexo\\_Eagly\\_Wood\\_Johannesen\\_Schmidt.pdf](https://www.academia.edu/download/111404517/Teoria_del_Rol_Social_Diferencias_y_semejanzas_de_acuerdo_alsexo_Eagly_Wood_Johannesen_Schmidt.pdf)
- Erikson, E. H. (1985). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. H. (1985). *The life cycle completed*. Norton.
- Felmlee, D. H. (1995). Fatal attractions: Affection and disaffection in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 295–311.  
<https://doi.org/10.1177/0265407595123001>
- Fernández, N. S., Fernández, R., Gómez-Balaguer, M., Mora, M., Guerrero-Fernández, J., & Moral-Martos, A. (2025). ¿Existe un componente biológico en la identidad de género? *Anales de Pediatría*, 103(1). DOI 10.1016/j.anpede.2025.503883.
- Fernández Cabrera, T., Medina Anzano, S., Herrera Sánchez, I. M., Rueda Méndez, S., & Fernández Del Olmo, A. (2011). Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 405-417.

- Flores Fonseca, L. (2019). Mecanismos en la construcción del amor romántico. *Revista Electrónica Educare*, 23(2), 1–17. <https://doi.org/10.15359/ree.23-2.18>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2023). *Cómo evitar los estereotipos de género en la familia*. Recuperado de <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/etapa-escolar/como-evitar-los-estereotipos-de-genero-en-la-familia>
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 427-434.
- Fraley, C., Waller, N. & Brennan, K. (2000). An Item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (2), 350-365.
- Galet, C., y Alzás, T. (2015). Trascendencia del rol de género en la educación familiar. *Campo Abierto*, 33(2), 97-114.
- Gálvez-Sánchez, C. M., Camacho-Ruiz, J. A., Castelli, L., & Limiñana-Gras, R. M. (2025). Explorando el papel de la masculinidad en el suicidio masculino: una revisión sistemática. *Psiquiatría Internacional*, 6(1), 2. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010002>
- García Garza, G. (2022). Estereotipos y elementos que intervienen en la perspectiva de género desde la perspectiva del alumnado. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 13, e1574. [https://doi.org/10.33010/ie\\_rie\\_rediech.v13i0.1574](https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v13i0.1574)

- García-Álvarez, L., Pérez-Romero, D., & Castillo, A. (2022). Cambios relacionales en la adultez emergente: conflicto, presión social y resiliencia. *Revista de Psicología del Desarrollo, 40*(2), 91–105.
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología-Psychological Writings, 7*(7), 71-81.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38*(3), 493-507. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>
- Glasser, N. J., Jameson, J. C., Huang, E. S., et al. (2024). Expresividad de género masculina y diagnóstico y tratamiento de riesgos de enfermedades cardiovasculares en hombres. *JAMA Network Open, 7*(10), e2441281.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.41281>
- Godoy-Casasbuenas, N., Gómez-Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., Díez-Canseco, F., Ramírez-Meneses, D., Flores, S., Brusco, L. I., Carbonetti, F. L., Olivar, N., Bird, V., Kirkbride, J. B., Priebe, S., & Uribe Restrepo, J. M. (2025). *El papel del apoyo social percibido en la recuperación de síntomas depresivos y de ansiedad en adolescentes y adultos jóvenes: Un estudio longitudinal de 24 meses en tres ciudades sudamericanas*. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 54*(Suplemento 2), 3–14.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2025.06.002>
- González, J., Gonzalo, S., Veiga, O., & Gonzalo, L. (2024). Beyond feminity or masculinity: Gender typologies and healthy eating in early adulthood. *European Journal of Nutrition, 63*(2), 357-364. <https://doi.org/10.1007/s00394-023-03268-9>

- Gómez, L., y Ordoñez, A. (2017). *La familia: agente socializador de roles de género*.  
Recuperado de <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/90ae147d-2dc6-4fb9-ac9f-a9e75f12c843/content>
- Goyal R, Singhal M, Jialal I. *Diabetes tipo 2*. [Actualizado el 23 de junio de 2023]. StatPearls.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513253/>
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. SAGE Publications.  
[https://www.researchgate.net/publication/358793637\\_A\\_Primer\\_on\\_Partial\\_Least\\_Squares\\_Structural\\_Equation\\_Modeling\\_PLS-SEM](https://www.researchgate.net/publication/358793637_A_Primer_on_Partial_Least_Squares_Structural_Equation_Modeling_PLS-SEM)
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process.  
*Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (1992). *Romantic love*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hernández-Nava, H. H., Hernández González, G., & Garbus, P. (2020). Varones adolescentes en un contexto rural mexicano: sufrimiento psíquico y cuidado entre pares. *Salud Colectiva*, 16, e2266. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2266>
- Hollis, J., Connor, W., & Matarazzo, J. (1982). Li-festyle, behavioral health and heart disease. En Gatchel, R., Baum, A., & Singer, J. (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*, 465-501. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Izquierdo Martínez, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: Teorías y contextos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 67-86.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015. Disponible en

<https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/nota-politica-ensin-mar11.pdf>

Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME). (2024). Carga Mundial de Morbilidad 2021: Hallazgos del Estudios GBD 2021. Recuperado de

[https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-06/GBD\\_2021\\_Booklet\\_ES\\_FINAL\\_2024.06.17.pdf](https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-06/GBD_2021_Booklet_ES_FINAL_2024.06.17.pdf)

Lerner, R. (2005). *PROMOTING POSITIVE YOUTH DEVELOPMENT:*

*THEORETICAL AND EMPIRICAL BASES*. Recuperado de

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=0531337b6e019338092ac921004e6625b3b63386>

Lerner, R. M., Rothbaum, F., Boulos, S., & Castellino, D. R. (2002). Developmental systems perspective on parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 2. Biology and ecology of parenting* (2nd ed., pp. 285-309). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Le, F., Yap, Y., Dumuid, D., Liao, Y., & Wiley, J. F. (2025). Daily, prospective associations of sleep, physical activity, and sedentary behaviour with affect: A bayesian multilevel compositional data analysis. *Psychology of Sport and Exercise*

Lohmöller, J. B. (1989). Latent variable path modeling with partial least squares. Physica-Verlag.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2333484>

López Sáez, M. (1993). Identidad de género y autoconcepto. *Anuario de Psicología*, 58, 47–62.

Mantilla, I., & Pavón, Y. (2020). Rol de la familia en la construcción de la identidad de género en mujeres trans. *Revista Scientific*, 5(Ed. Esp.), 26-47.  
<https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.E.1.26-47>

Medina Altamiranda, S. J. (2022). El género no binario como manera deconstruida de interpretar el mundo. *Revista Disertaciones*, 11(2), 67–85.  
<https://doi.org/10.33975/disuq.vol11n2.861>

Morales Sánchez, I. G., & Pérez Torres, J. L. (2021). Apoyo social familiar para el bienestar de hijos gays e hijas lesbianas. *Salud & Sociedad*, 12(3), 84-93.  
<https://doi.org/10.22201/fesi.23958471e.2021.3.652>

Mónaco, E., de la Barrera, U., & Montoya-Castilla, I. (2021). La influencia del apego sobre el bienestar en la juventud: El rol mediador de la regulación emocional. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 37(1), 21–27.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.345421>

Nascimento, A., & Ribeiro, M. (2021). Fundamentos epistemológicos de la teoría de Murray Bowen. *Revista Kairós*, 26(2), 64-84. <https://doi.org/10.38043/rk.v26i2.4064>

Navarrete, D., Castel, S., Romanos, B., & Bruna, I. (2023). Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica. *Psicología y Salud*, 27(2), 255–267.  
<https://doi.org/10.30827/digibug.72270>

- Organización de las Naciones Unidas. (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Edición Especial*. [https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023\\_Spanish.pdf?\\_gl=1\\*89tif0\\*\\_ga\\*MjEyODk3MjM3NS4xNzYyNDAzNTc2\\*\\_ga\\_TK9BQL5X7Z\\*czE3NjI0MDM1NzUkbzEkZzEkdDE3NjI0MDM1OTUkajQwJGwWJGgw](https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf?_gl=1*89tif0*_ga*MjEyODk3MjM3NS4xNzYyNDAzNTc2*_ga_TK9BQL5X7Z*czE3NjI0MDM1NzUkbzEkZzEkdDE3NjI0MDM1OTUkajQwJGwWJGgw)
- Olson, D.H., & Gorall, D.M. (2006). *FACES IV & the Circumplex Model*. Life Innovations, Inc. [https://pedpsych.org/wp-content/uploads/2016/02/3\\_innovations.pdf](https://pedpsych.org/wp-content/uploads/2016/02/3_innovations.pdf)
- Olguín, E. (2014). *La familia como formadora de la identidad de género* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/312109>
- Osorio Vizcaino, G. E., & Enríquez Muela, M. S. (2024). Correlación entre la aceptación familiar y autoestima en personas de la comunidad LGBT. Repositorio de la Universidad Internacional SEK Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/5298>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Hipertensión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Recuperado de [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2012). *Desarrollo humano* (12ª ed.). McGraw-Hill.

Patwardhan, V., Gil, G. F., Arrieta, A., Cagney, J., DeGraw, E., & Herbert, M. E. (2024).

Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021, *9*(5), E282–E294. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00053-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00053-7/fulltext)

Palacios, J., Ramírez, V., Anaya, M., Hernández, H., & Martínez, R. (2017). Evaluación

psicométrica de una escala de autoeficacia de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, *44* (1), 53-60.

Pasco, J.A., Jacka, F.N., Williams, L.J., Brennan, S.L., Leslie, E., & Berk, M. (2011). Don't

worry, be active: Positive Affect and habitual physical activity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45* (12), 1047-1052. Doi:

[10.3109/00048674.2011.621063](https://doi.org/10.3109/00048674.2011.621063)

Pérez Contreras, B., & Arrázola, E. T. (2013). Vínculo afectivo en la relación parento-filial

como factor de calidad de vida. *Tendencias & Retos*, *18*(1), 17-32.

Pineda-García, G., Pérez-Ayala, C., Platas-Acevedo, S., Reiván-Ortiz, G., Ochoa-Ruiz, E.,

Martínez, A., & Gómez-Peresmitré, G. (2025). Alimentación emocional e insatisfacción corporal en función del afecto negativo, alimentación no consciente e IMC en hombres y mujeres universitarios. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios Mexican Journal of Eating Disorders*, *15*(1), 1–13.

Polderman, T. J. C., Kreukels, B. P. C., Irwig, M. S., Beach, L., Chan, Y. M., Derks, E. M.,

Esteva, I., Ehrenfeld, J., Heijer, M. D., Posthuma, D., Raynor, L., Tishelman, A.,

Davis, L. K., & International Gender Diversity Genomics Consortium (2018). The

Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to

the Table. *Behavior genetics*, 48(2), 95–108. <https://doi.org/10.1007/s10519-018-9889-z>

Poma Canto, M. G. (2020). Relaciones interpersonales y la inteligencia emocional en estudiantes de una institución educativa de la UGEL 06, Ate, año 2019 [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Recuperado de <http://repositorio.unmsm.edu.pe>

Portilla-Saavedra, D., Cruz-Riveros, C., Ponce, F., & Gallardo-Peralta, L. (2022). Estudiar en la universidad y tener hijos e hijas: Desafíos de la adultez emergente. *Psicoperspectivas*, 21(2), 67–78. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol21-issue2-fulltext-2295>

Resset, S. (2016). Relación percibida con padres y pares y su asociación con ansiedad y depresión en adolescentes de Entre Ríos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 18-26. [https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333449321003&utm\\_](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333449321003&utm_)

Reyes, G. E. (2009). Teorías de desarrollo económico y social: Articulación con el planteamiento de desarrollo humano. *Revista Tendencias*, 10(1), 117-142.

Rocha, T. (2009). Desarrollo de la Identidad de Género desde una perspectiva Sociocultural: Un recorrido conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2), 250-259. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891006>

Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (panas). *Salud Mental*, 26(1), 69-75.

- Rubio, V., Basáez, F., Escorza, E., & Fuenzalida, G. (2021). Identidad De Género De Jóvenes Trans: Perpetuación y Pérdida de Privilegios Patriarcales. *Masculinities and Social Change*, 10(3) 242-269 <https://doi.org/10.17583/MCS.2020.7375>
- Ruiz-Ortega, A. M., & Berrios-Martos, M. P. (2023). Revisión sistemática sobre inteligencia emocional y bienestar en adolescentes: evidencias y retos. *Escritos de Psicología*, 16(1), 15-32. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v16i1.16060>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). La estructura del bienestar psicológico revisada. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 69, 719–727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). Florecimiento interpersonal: una agenda de salud positiva para el nuevo milenio. *Personalidad y Revista de Psicología Social*, 4, 30–44.
- Sarstedt, M., Hair, J. F., Cheah, J.-H., Becker, J.-M., & Ringle, C. M. (2019). How to Specify, Estimate, and Validate Higher-Order Constructs in PLS-SEM. *Australasian Marketing Journal*, 27(3), 197-211. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2019.05.003>
- Scott, J. W. (1996). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. Fondo de Cultura Económica.
- Saraswat, A., Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Evidence supporting the biologic nature of gender identity.
- Segrin, C., y Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.017>

- Serón, T., & Catalán, M. (2021). Identidad de género y salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(3), 234-247. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272021000300234&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272021000300234&script=sci_arttext&tlng=en)
- Siqueira, A., Rodrigues, A., Koller, S. H., & Martins, R. M. (2018). Factores de riesgo e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3767–3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>
- Sternberg, R. J. (1997). Construct validation of a triangular love scale. *European Journal of Social Psychology*, 27(3), 313–335. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(199705\)27:3<313::AID-EJSP824>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0992(199705)27:3<313::AID-EJSP824>3.0.CO;2-4)
- Segura, J. (2021). Amigo, date cuenta. La escuela y la familia como principales agencias socializadoras en la configuración de mi masculinidad: autobiografía [Tesis de Maestría, Universidad de Antioquia]. Recuperado de <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/0dcc0dc4-caf8-4c3a-94d2-b595745ea20b/content>
- Tacca, D. R., Cuarez, R., & Quispe, R. (2020). Habilidades sociales, autoconcepto y autoestima en adolescentes peruanos de educación secundaria. *International Journal of Sociology of Education*, 9(3), 293–324. <https://doi.org/10.17583/rise.2020.5186>
- Tarchi, L., Stanghellini, G., Ricca, V., y Castellini, G. (2024). The primacy of ocular perception: a narrative review on the role of gender identity in eating disorders.

*Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.*

<https://doi.org/10/s4051-023-016-6>

Tarrés, M. L. (2013). A propósito de la categoría de género: leer a Joan Scott. *Estudios Sociológicos*, 31(91), 3-26. <https://doi.org/10.5216/es.2013v31n91.116>

The Guardian. (2025, marzo 26). Polyamorous and monogamous relationships are equally satisfying, Australian research finds. <https://www.theguardian.com/australia-news/2025/mar/26/polyamorous-and-monogamous-relationships-are-equally-satisfying-australian-research-finds>

Tobío, C. (2012). Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan. *Revista Internacional de Sociología*, 70(2), 313–336. <https://doi.org/10.3989/ris.2010.08.26>

Torres Patiño, N., & Villamizar Gil, S. (2020). *Aproximación a narrativas de construcción identitaria no binaria en transiciones de género* [Tesis de psicología, Pontificia Universidad Javeriana].

Vescio, T. K., Schermerhorn, A. C., & Weaver, K. (2023). Masculinity threats and emotional and behavioral responses: Implications for men’s well-being and gender relations. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(5), 1256–1274. <https://doi.org/10.1177/01461672231179431>

William, J., & Best, D. L. (1982). *Measuring sex stereotypes: A multination study*. Sage Publications.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect - The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wold, H. (1985). Partial Least Squares, volume 6, pages 581–591. John Wiley & Sons, New York et al.
- Watson, D. & Clark, L. (1994). THE PANAS-X Manual for the Positive and Negative Affect Schedule - Expanded Form. Recuperado de <https://www2.psychology.uiowa.edu/faculty/clark/panas-x.pdf>
- Yang, J. Y. (2023). Profiles of conformity to gender role norms and depression among emerging adults: A person-centered analysis. *Psychology of Men & Masculinities*, 24(3), 321–333 <https://www.jomh.org/articles/10.22514/jomh.2023.100>
- Zitelny, H., Dror, T., Altman, S., & Bar-Anan, Y. (2022). The Relation Between Gender Identity and Well-Being. *Personality & social psychology bulletin*, 48(4), 495–515. <https://doi.org/10.1177/01461672211002362>
- Zambrano, R., Villada, J., Vallejo, V. J., Córdoba, V., Giraldo, J.J., Herrera, B., Giraldo, M., & Correa, C. (2009). Propiedades psicométricas de la prueba de apego adulto “Experiencias en relaciones cercanas-revisado” (ECR-R) en población colombiana. *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia*, 5(8),9-13.