

Trabajo de Fin de Máster (TFM)

**Relación entre la edad y las creencias religiosas con la salud mental en
mujeres jóvenes**

Autora: Alba María Expósito Machado

Tutorizado por Eduardo Martín Cabrera

Máster en Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria

Escuela de Doctorado y Estudios de Posgrado

Modalidad: Trabajo de Investigación

Universidad de La Laguna

Convocatoria de Julio

Curso 23/24

Índice

Resumen	3
Introducción.....	5
<i>Marco teórico</i>	6
<i>Objetivos de la investigación</i>	12
Método.....	12
<i>Participantes</i>	12
<i>Instrumentos</i>	13
<i>Procedimiento</i>	13
Resultados.....	14
Discusión	18
Conclusión	21
Referencias	23
Anexos.....	28

Resumen

Esta investigación analiza la relación entre salud mental y edad, y salud mental y creencias religiosas en mujeres jóvenes, evaluando la interrelación de las escalas del cuestionario SDQ y explorando si los problemas de salud mental varían con la edad o las creencias religiosas. Se centró en 125 chicas de Tenerife de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), 1º de bachillerato y 1º de Grados en Maestro/a en Educación Primaria y Educación Infantil con edades medias de 15, 17 y 18.4 respectivamente. La religiosidad se midió únicamente en las estudiantes de los grados de magisterio. Se utilizó un cuestionario que incluyó una pregunta sobre la edad, una sobre las creencias religiosas y los ítems del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). Para analizar de los datos se hizo uso de coeficiente de correlación de Pearson, dos ANOVA de una vía (*oneway*) y el test de Bonferroni. Se revela que a medida que aumentan los problemas emocionales, también lo hacen los problemas de conducta y la hiperactividad. La alta correlación entre estos problemas en el SDQ subraya la necesidad de un enfoque integral en su evaluación. La correlación negativa entre problemas emocionales y conducta prosocial indica que, al aumentar los problemas emocionales, disminuyen los comportamientos prosociales. No hay diferencias significativas en problemas emocionales y de conducta en función de la edad. Sin embargo, las estudiantes de bachillerato presentan mayores problemas de hiperactividad comparado con las estudiantes de magisterio, y las estudiantes de ESO y bachillerato muestran mayores problemas con compañeros que las estudiantes de magisterio. No se encontró una relación significativa entre las creencias religiosas y la salud mental en esta muestra. Las principales conclusiones argumentan que los problemas de salud mental son más prevalentes en estudiantes más jóvenes y se resalta la complejidad de estos.

Palabras clave: salud mental, trastornos mentales, mujeres jóvenes, género, edad, religión, Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ).

Abstract

This research analyzes the relationship between mental health and age, and mental health and religious beliefs in young women, evaluating the interrelationship of the scales of the SDQ questionnaire and exploring whether mental health problems vary with age or religious beliefs. It focused on 125 girls from Tenerife in the 3rd year of Compulsory Secondary Education (ESO), 1st year of high school, and 1st year of Primary and Early Childhood Education Teaching degrees with average ages of 15, 17, and 18.4, respectively. Religiosity was measured only in the students of the teaching degrees. A questionnaire was used that included one question about age, one about religious beliefs, and the items from the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). For data analysis, Pearson's correlation coefficient, two oneway ANOVAs, and the Bonferroni test were used. It is revealed that as emotional problems increase, conduct problems and hyperactivity also increase. The high correlation between these problems in the SDQ underscores the need for a comprehensive approach in their evaluation. The negative correlation between emotional problems and prosocial behaviour indicates that as emotional problems increase, prosocial behaviours decrease. There are no significant differences in emotional and conduct problems based on age. However, high school students exhibit greater hyperactivity problems compared to teaching degree students, and ESO and high school students show more peer problems than teaching degree students. No significant relationship was found between religious beliefs and mental health in this sample. The main conclusions argue that mental health problems are more prevalent in younger students and highlight the complexity of these issues.

Key Words: Mental health, mental disorders, young women, gender, age, religion, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Introducción

El incremento de las dificultades de salud mental entre los jóvenes es una preocupación creciente en la sociedad contemporánea. Este fenómeno ha captado la atención de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization: WHO*) (OMS, 2022), que define la salud mental no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar en el que los individuos pueden desarrollar sus capacidades, manejar el estrés de la vida, trabajar de manera productiva y contribuir a su comunidad. La situación es alarmante en muchos países, incluido España, donde el suicidio se ha convertido en la principal causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años, superando incluso a los accidentes de tráfico y los tumores (Observatorio del Suicidio en España, 2021). Este dato subraya la urgencia de abordar los problemas de salud mental en esta población.

A pesar de los avances en la comprensión de la salud mental juvenil, aún existen importantes brechas de conocimiento. La adolescencia y la juventud son etapas críticas de desarrollo en las que se forjan las bases para la salud mental futura. Sin embargo, durante estos años, los jóvenes también enfrentan numerosos desafíos que pueden afectar su bienestar psicológico. Factores como la presión académica, la integración social, los cambios físicos y hormonales, así como las dinámicas familiares y sociales, pueden contribuir al desarrollo de problemas emocionales y conductuales. Es por ello que este trabajo se vincula con los contenidos del Máster en Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria de la Universidad de La Laguna.

Diversas investigaciones han demostrado que los trastornos psicológicos no solo afectan a los individuos, sino que también tienen repercusiones significativas a nivel colectivo, y adquiere una importancia particular cuando se considera a la población joven.

Además, la salud mental de los jóvenes está influenciada por diversos factores contextuales, incluyendo el género, la religión y las condiciones socioeconómicas. Las mujeres, por ejemplo, son más propensas a sufrir de ansiedad y depresión debido a factores culturales y sociales (Usall I Rodié, 2021). Mientras que algunos autores defienden que la religiosidad puede tener efectos protectores (Campos et al., 2020; Miller et al., 2012; Ronneberg et al., 2014), otros consideran que puede tener efectos perjudiciales para la salud mental (Pahlevan et al., 2021; Rowatt y Kirkpatrick, 2002), dependiendo de las circunstancias individuales.

Este trabajo de fin de máster propone explorar en profundidad la salud mental de las mujeres jóvenes desde un enfoque contextual, analizando los factores asociados a la prevalencia de trastornos mentales como la edad, así como el impacto de la religiosidad. Se destaca la importancia de un abordaje multifacético y preventivo en el manejo de la salud mental juvenil.

Marco teórico

Salud mental y enfoque contextual de psicología

La salud mental en la población joven es un tema de creciente preocupación en la actualidad. Con el paso de los años, se ha evidenciado un incremento notorio en el desarrollo de trastornos mentales entre los adolescentes y la población joven. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) definió la salud mental como un estado donde cada individuo desarrolla sus capacidades y habilidades para el manejo y control de las diversas situaciones que surgen en la vida, donde este trabaja eficientemente y de manera satisfactoria, pudiendo aportar algo a su comunidad, a la par de que hace referencia a apoyos locales o externos que protegen o promueven un bienestar psicosocial, previniendo o tratando así los trastornos mentales.

El deterioro de la salud mental es una problemática de actualidad como bien se puede apreciar, ya que la inestabilidad psicológica puede conducir a algunos individuos a tomar medidas extremas con el fin de acabar con su sufrimiento. Esto se observa en los datos recopilados del Observatorio del Suicidio en España (2021), donde se demuestra que entre los 15 y los 29 años, el suicidio es la causa de muerte principal, superando incluso los accidentes de tráfico o los tumores.

Las adversidades vinculadas a la salud mental y las complejidades en el ajuste psicológico emergen como uno de los desafíos más importantes a los que se enfrentan entidades públicas como los sistemas educativos, los servicios sanitarios, los entornos sociales e incluso las dinámicas familiares. Esta problemática no solo impacta individualmente en la vida de los jóvenes, sino que además genera repercusiones significativas a nivel colectivo y estructural.

Las investigaciones de Gore et al. (2011) y Walker et al. (2015), evidencian de manera consistente que los trastornos psicológicos ocupan una posición prominente como

causa de discapacidad y carga enfermedad a nivel global en este segmento poblacional. Por consiguiente, abordar estas cuestiones en los jóvenes no solo es esencial para el bienestar individual, sino también para el funcionamiento integral de la sociedad y el desarrollo sostenible a largo plazo.

Es tan importante abordar la salud mental individual desde las diversas áreas públicas que el Colegio Oficial de la Psicología de Madrid ha creado el proyecto PSICE (Psicología Basada en la Evidencia en Contextos Educativos) (Fonseca-Pedrero et al., 2023) para estudiar la efectividad del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes y dar respuesta a esta problemática pudiendo actuar en modo preventivo desde la educación. Verhoog et al. (2022) argumentan que los determinantes sociales como el entorno escolar, inciden en la salud mental de las personas, dejando claro que son los sistemas educativos las entidades más tangibles y aprovechables en relación a la prevención en salud mental debido a la accesibilidad a los jóvenes.

Prevalencia de problemas emocionales y conductuales. Factores asociados a la edad en jóvenes

Cuando se habla de salud, ser joven se considera un aspecto positivo focalizándose en el plano físico, pero cuando se hace referencia a la salud mental la percepción de esto cambia drásticamente. La mayoría de los trabajos que investigan la relación entre la variable edad y la prevalencia de problemas de salud mental demuestran que existe una alta correlación, como es el caso de Bragado et al. (1995), los cuales descubrieron que al aumentar la edad de los sujetos, los trastornos depresivos y de alimentación también lo hacen, a la par que disminuyen los relacionados con la conducta.

El estudio *Global Burden of Disease Study* (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022) revela un aumento muy significativo de desarrollo de trastornos mentales en la población comprendida entre los 5 y los 24 años desde 1990 hasta 2019, observando que, en el caso de los trastornos depresivos, la prevalencia aumenta desde los 15 a los 19 y de los 20 a los 24 años, a diferencia de la ansiedad que es más frecuente entre los 5 y los 9 años. En dicho estudio se reveló que los desajustes psicológicos o trastornos mentales han permanecido entre las principales causas de carga de enfermedad en todo el mundo desde 1990, habiéndose incrementado en un 48,1%, por lo que se puede

interpretar que, con el paso de los años, el bienestar psicológico de este segmento social ha disminuido notablemente incrementándose el sufrimiento, lo que determina a este grupo como un grupo de riesgo a desarrollar trastornos de salud mental.

El estudio de Polanczyk et al. (2015) encontró que el 13,4% de la población infanto-juvenil manifiesta problemas emocionales y conductuales. Estudios más recientes como el de Barican et al. (2021) obtuvieron resultados similares como que los trastornos mentales en niños y adolescentes de 4 a 18 años en países desarrollados comprende un porcentaje del 12,7%.

En España se realizó un estudio durante los años 2011/12 a través de la Encuesta Nacional de Salud de España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) donde se reveló que el 2,2% de menores padecen algún problema o trastorno emocional o conductual y un 1% trastornos de salud mental. Esta encuesta se realizó nuevamente en 2017 dando como resultado que la población de 15 o más años declaró haber sido diagnosticada de algún trastorno o problema de salud mental, aumentando escalonadamente las consultas psicológicas, psiquiátricas o psicoterapeutas.

A su vez, Canals et al. (2019) indican que el índice estimado de persistencia de los trastornos de ansiedad en adolescentes es del 11,8%, siendo el 3,4% de los trastornos depresivos. Conviene señalar que, analizando los resultados de este estudio en función del género, se comprobó que la prevalencia de los trastornos de ansiedad es mayor en las chicas que en los chicos en un 5,5%.

Fusar-Poli (2019) argumenta que hay variables importantes a tener en cuenta cuando se estudian los trastornos psicológicos que afectan a los adolescentes, como es la edad en que se inició, la persistencia y la gravedad del trastorno. Los resultados de la investigación anterior anuncian que la mayoría de los diagnósticos de trastornos mentales se establecen principalmente durante los primeros 25 años de vida, por lo que, las dificultades en el ajuste emocional o comportamental entre otros tienden a surgir antes de los 15 años en la mitad de los casos, y antes de los 25 en un 75%. Este autor también señala que el comienzo del primer trastorno aparece en un tercio de los casos antes de los 14 años, y en un 48,4% de los casos antes de la mayoría de edad.

De igual manera, Dragioti et al. (2022) defienden que muchos de los factores de riesgo para la aparición de trastornos de salud mental durante la adolescencia pueden

modificarse o cambiarse, como es el caso de las vivencias significativas. Lynch et al. (2021) ponen de manifiesto la identificación de determinantes transdiagnósticos de la patología mental en jóvenes como el déficit en el funcionamiento ejecutivo, sucesos vitales estresantes, alto neuroticismo, afectividad negativa e inhibición conductual y bajo control del esfuerzo. La deficiencia de la gestión psicológica en esta población condiciona otras áreas de la vida de la persona tanto a nivel personal como familiar, académico, sanitario u otros (Arrondo et al., 2022; Veldman et al., 2015).

Factores asociados al género que influyen en el riesgo de padecer trastornos mentales

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental ENSE de España de 2017, publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019) y mencionada con anterioridad, las mujeres son más propensas a sufrir algún problema de salud mental que los hombres, con una prevalencia en un 14,1% frente un 7,2% en el caso de los chicos. Los porcentajes de mujeres con ansiedad crónica (9,1%) o depresión (9,2%) duplican al de los hombres (4,3% y 4% respectivamente). Los resultados del estudio de *Global Burden of Disease Study* (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022) también señalan que los trastornos depresivos, de ansiedad y alimenticios son más comunes en las mujeres que en hombres, siendo el TDAH y el TEA (trastorno de espectro autista) los más comunes en estos últimos, lo que nos da a entender que los trastornos sufridos por la mujer vienen arraigados como consecuencias de las vivencias experimentadas.

Estudios como el de Achenbach (1966) evidencian la existencia de dos categorías de problemas, los externalizantes donde se recogen comportamientos como la agresividad, la destrucción, delincuencia y desobediencia entre otros; y los internalizantes, compuesta por síntomas de depresión, ansiedad, somatización o timidez entre otros. Maestre et al. (2006) obtuvieron que los niños tienden a externalizar los problemas debido a que muestran actitudes comportamentales más agresivas y desobedientes, mientras que las niñas tienden a internalizarlos.

Lagarde (2005) analiza la frecuencia con la que aparecen los problemas internalizantes en mujeres, poniendo de manifiesto las causas de la internalización. Según esta autora, la situación de subordinación a la que se enfrenta el género femenino refleja una mayor vulnerabilidad al sufrimiento mental, desarrollando así trastorno de depresión

y ansiedad como se ha mencionado con anterioridad. Esta fragilidad no hace referencia al plano físico sino más bien al emocional, de pertenencia, desempoderamiento y escasez de recursos materiales y simbólicos, lo que puede hacer sentir a la mujer vivir en una sociedad que no la identifica ni la representa.

Según Usall I Rodié (2021) la desigualdad social perteneciente al modelo patriarcal implantado hace que el género femenino quede expuesto a un mayor riesgo de problemas de salud mental. Esta opresión social hacia la mujer justifica su tendencia a internalizar y somatizar las adversidades de la vida. Según esta autora, el peso de los estereotipos de género y los roles sociales caen directamente sobre la forma en la que se valoran ciertos comportamientos y actitudes de las mujeres y los hombres, con una connotación negativa detrás, conllevando a una discriminación y desigualdad entre géneros. Uno de los roles atribuidos a la mujer es el de cuidadora, papel por el cual sufre ya que se recibe un trato improcedente laboralmente tras la incorporación de las bajas por maternidad, asumiendo a su vez, que debe ser esta la principal cuidadora de los hijos e hijas, y que todas las mujeres tienen por defecto el deseo de ser madre como si de una obligación se tratase.

Así mismo, esta autora suma otros factores culturales como la violencia machista y factores sociales como la pobreza, la clase social, el mercado laboral o la migración entre otros, lo que es determinante en cuanto a la salud mental de la niña, joven o adulta, afirmando que las mujeres son más propensas a sufrir trastornos de salud mental por diversos motivos asociados, sobre todo, a la estructura social y cultural.

Factores asociados a la religión

La interacción entre las condiciones sociales, los entornos culturales y la percepción de la salud es un tema central en la sociología de la salud. Cockerham (2000) argumenta que estos factores moldean tanto la percepción de bienestar como el desarrollo de trastornos mentales, influenciando a poblaciones definidas por género, raza, cultura y creencias religiosas, a la par de estudiar cómo interactúan los fenómenos sociales con el estado mental de cada individuo.

Las investigaciones en psicología también han abordado el fenómeno de la religiosidad y la espiritualidad, reconociendo que su influencia en la salud mental es un campo complejo. Autores como James (2017) han defendido la idea de que la creencia en

una conexión con lo divino puede tener efectos significativos en la vida diaria de las personas, yendo más allá de las cuestiones de fe, lo que puede influir en aspectos psicológicos y prácticos, como la percepción del sentido de la vida, la resiliencia emocional y la búsqueda de bienestar. Esta perspectiva ha impulsado numerosas investigaciones destinadas a comprender mejor el papel de la religión y la espiritualidad en la salud mental, de hecho, en la actualidad hay un área diferenciada en la psicología denominada psicología de la Religión donde se publican investigaciones, libros y estudios sobre la temática.

Por un lado, hay estudios que han destacado los posibles beneficios, como la protección contra la depresión (Campos et al., 2020; Miller et al., 2012; Ronneberg et al., 2014), la esquizofrenia (Grover et al., 2014; 2021) o el trastorno bipolar (Stroppa et al., 2018; Stroppa y Moreira-Almeida, 2013). Estos estudios sugieren que la participación en actividades religiosas o espirituales puede ofrecer apoyo social, significado y propósito, así como estrategias de afrontamiento que contribuyen a la salud mental positiva.

Sin embargo, cabe mencionar que a pesar de estos estudios que identifican posibles beneficios, la mayoría de las investigaciones indican todo lo contrario ya que se han documentado muchos aspectos negativos asociados con la experiencia religiosa. Por ejemplo, Williams (2021) encontró que ciertas formas de religiosidad pueden estar relacionadas con emociones difíciles, como la culpa, la vergüenza o la desesperación. Además, Pastwa-Wojciechowska et al. (2021), pudieron observar que la religión puede interactuar de manera compleja con trastornos psiquiátricos existentes, en algunos casos incrementando el sufrimiento en lugar de reducirlo.

Kirkpatrick y Shaver (1990) también sugieren que, bajo ciertas condiciones, la religiosidad puede incidir en la salud mental de las personas negativamente, identificando dimensiones como el apego religioso a Dios, donde este no representa una fuente real de seguridad. Esto está íntimamente relacionado con el afecto negativo y el neuroticismo argumentado por Rowatt y Kirkpatrick (2002) y la falta de satisfacción vital defendida por Pahlevan et al. (2021).

En línea con lo anterior, Van Ness (1999) realizó una investigación sobre los aspectos negativos y positivos de las creencias religiosas sobre la salud mental y física, dando como resultado una serie de aspectos negativos como el ascetismo, fanatismo, el

tradicionalismo opresivo e incluso las mortificaciones, siendo todas estas actitudes desfavorecedoras de la salud mental y el autocuidado, argumentando así que las conductas derivadas de las creencias religiosas y la salud mental son factores incompatibles.

En definitiva, se puede interpretar que mientras la religiosidad puede ofrecer beneficios significativos en términos de apoyo social y estrategias de afrontamiento, también puede exacerbar problemas de salud mental bajo ciertas circunstancias. Por lo tanto, es crucial considerar tanto los aspectos positivos como los negativos de la religiosidad y espiritualidad en la atención psicológica integral y sensible a las necesidades individuales.

Objetivos de la investigación

Esta investigación tiene como objetivo general analizar y explorar la relación que mantienen factores como la edad y las creencias religiosas con la salud mental de las mujeres jóvenes. Los objetivos específicos de esta investigación son los siguientes:

1. Analizar la relación que las escalas del cuestionario SDQ mantienen entre sí.
2. Comprobar si los problemas de salud mental de las mujeres jóvenes cambian con la edad.
3. Explorar la relación entre las creencias religiosas y la salud mental.

Método

Participantes

Durante el desarrollo de la investigación, se decidió enfocar el estudio exclusivamente en chicas debido a una dificultad significativa para obtener respuestas de los chicos. Estos mostraron una baja tasa de respuesta en los cuestionarios, lo que impidió la recolección de datos suficientes y representativos de este grupo, por lo que la muestra de esta investigación está compuesta por 125 chicas. Este grupo se distribuye de tal forma que el 30,4% (38) estudian 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO); 41,6%; (52) estudian 1º de bachillerato y un 28% (35) se encuentran cursando 1º de los Grados en Maestro/a en Educación Primaria y Maestro/a en Educación Infantil de la Universidad de La Laguna. Todas ellas se encuentran realizando sus estudios en centros educativos públicos de la isla de Tenerife. Los datos pertenecientes a las alumnas de bachillerato y la ESO forman parte de otra investigación llevada a cabo por mi tutor.

La media de edad de las participantes que se encuentran cursando los grados de magisterio es de 18.4. su vez, la edad media de las participantes de la ESO es de 15 años, y la de las estudiantes de bachillerato es de 17.

Con respecto a la religiosidad, se realizó una pregunta únicamente a las estudiantes de los grados de maestro/a sobre sus creencias religiosas. El 37,1% (13) de las participantes se identificaban como nada creyente, el 42,9% (15) algo creyente y el 20% (7) restante como bastante creyente.

Instrumentos

Para la recopilación de datos entre las participantes que se encontraban estudiando los grados de maestro/a se hizo uso de un cuestionario a través de la plataforma *Google Form* (véase en anexo 1).

El cuestionario está compuesto por una pregunta relacionada con la edad, una relacionada con las creencias religiosas y los ítems del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire* SDQ-Cas) (Goodman, 1997) en su versión para mayores de 18 años en castellano descargada de la página *Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires* (<https://sdqinfo.org/>). Este instrumento es una herramienta que permite detectar problemas emocionales y conductuales, así como el comportamiento prosocial. Este consta de seis escalas; los problemas emocionales, problemas conductuales, problemas con compañeros/as, hiperactividad, comportamiento prosocial y una escala de puntuación total, formada con la suma de las cuatro primeras escalas ya que estas hacen referencia a problemas emocionales y conductuales en general mientras que la quinta (comportamiento prosocial) hace referencia a conductas positivas de socialización.

Cabe mencionar que el formato de respuesta de los ítems del SDQ incluidos en el cuestionario creado para esta investigación está compuesto por tres opciones comprendidas entre 0 (no es verdad), 1 (es verdad a medias) y 2 (verdaderamente sí) reflexionando sobre el grado en el que se sentían representadas con las afirmaciones expuestas.

Procedimiento

Para recoger la información, se elaboró el cuestionario Google mencionado con anterioridad. Este se le hizo llegar a las alumnas de magisterio a través de un código QR

que se insertó en las aulas virtuales gracias a la colaboración del tutor del TFM, solicitando la participación voluntaria y anónima. Este estuvo habilitado desde el 14 de febrero hasta el 14 de marzo de 2024.

Cabe recordar que los datos recogidos a través de este cuestionario fueron vaciados en una base de datos Excel, y una vez incluidos los datos de las alumnas de ESO y bachillerato, se analizaron a través del programa de análisis estadístico SPSS.

Análisis de datos

Para analizar la relación entre las escalas del SDQ se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Seguidamente, para comprobar si los problemas de salud mental de las mujeres jóvenes cambian en función de la edad, y si las creencias religiosas se relacionan con la salud mental, se realizaron dos ANOVA de una vía (*oneway*). Luego, para el análisis post hoc se hizo uso del test de Bonferroni para observar si existen o no diferencias. A su vez, se calculó el tamaño del efecto a través de eta al cuadrado (η^2) y siguiendo la propuesta de López-Martín y Ardura-Martínez (2023), el tamaño del efecto es muy pequeño si tiene valores inferiores a .01; pequeño si los valores se encuentran entre .01 y .05; moderado con valores entre .06 y .13; y grande en valores superiores a .14.

Resultados

En la Tabla 1 se exponen los resultados obtenidos en la correlación de Pearson de las escalas del SDQ. El análisis muestra que a medida que aumentan los problemas emocionales, también lo hacen los problemas de conducta, algo que también ocurre con la dimensión de hiperactividad.

Por su parte, los problemas emocionales correlacionan negativamente con la conducta prosocial, lo que indica que a medida que aumentan los problemas emocionales, los comportamientos prosociales disminuyen.

Todas las escalas guardan relación con la escala total. Esto señala que a medida que aumentan los problemas emocionales, conductuales, de hiperactividad o con compañeros, aumentan los problemas totales.

Finalmente, la correlación entre la escala prosocial y total indica que a mayor comportamiento prosocial, menores dificultades totales.

Tabla 1

Correlación de Pearson entre las escalas del SDQ

	Emocional	Conducta	Hiperactividad	Compañeros	Prosocial	Total
Emocional		,255**	,202*	,128	-,186*	,749***
Conducta			,180*	,159	-,170	,549***
Hiperactividad				,223*	-,119	,607***
Compañeros					-,140	,573***
Prosocial						-,242**
Total						

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

En la Tabla 2 se exponen las puntuaciones medias de la escala del SDQ en función de la edad. Los resultados obtenidos tras el análisis del ANOVA de una vía de las participantes de la ESO, bachillerato y 1º de los grados de Magisterio de infantil y primaria han dado como resultado que en la escala emocional [$F = 0,392$; $p = .677$ ($\eta^2 = .007$)] y la escala conducta [$F = 2,834$; $p = .063$ ($\eta^2 = .05$)] no se encuentran diferencias significativas en función de la edad.

Por el contrario, en la escala de hiperactividad [$F = 5,037$; $p = .008$ ($\eta^2 = .08$)] se encuentran diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad. Lo mismo ocurre con la escala de problemas con los compañeros [$F = 50,343$; $p = .000$ ($\eta^2 = .45$)] con un tamaño del efecto grande y la escala prosocial [$F = 3,016$; $p = .053$ ($\eta^2 = .05$)] con tamaño del efecto pequeño. A su vez, el ANOVA muestra que en las puntuaciones de la escala total de los problemas la diferencia de edad es significativa con un tamaño moderado del efecto [$F = 13,113$; $p = .000$ ($\eta^2 = .08$)].

En las pruebas post hoc realizadas con el test de Bonferroni, se observa que las alumnas de bachillerato tienen una puntuación significativamente mayor que las alumnas de magisterio en la escala de problemas de hiperactividad. Del mismo modo, se observa que las alumnas de la ESO y bachillerato tienen una puntuación significativamente mayor que las alumnas de magisterio en la escala de problemas con compañeros. Sin embargo, las alumnas de magisterio presentan una puntuación significativamente mayor que las alumnas de bachillerato en la escala prosocial.

Finalmente, los problemas de salud mental tienen una puntuación más alta en el estudiantado de menor edad, es decir, perteneciente a los niveles educativos de ESO y bachillerato, en comparación con el alumnado de primer año de los Grados de maestro/a.

Tabla 2

Puntuaciones medias de la escala del SDQ en función de la edad

		Media	Desviación Típica
EMOCIONAL	ESO	5,1	2,5
	BACHILLERATO	5,5	2,6
	MAGISTERIO	5,2	2,6
CONDUCTA	ESO	2,6	1,3
	BACHILLERATO	2,7	1,08
	MAGISTERIO	2,1	1,4
HIPERACTIVIDAD	ESO	4,7	1,5
	BACHILLERATO	5,2	1,5
	MAGISTERIO	4,1	1,8
COMPAÑEROS	ESO	4,7	1,3
	BACHILLERATO	4,6	1,1
	MAGISTERIO	2,1	1,3
PROSOCIAL	ESO	8,6	1,5
	BACHILLERATO	8,5	1,6
	MAGISTERIO	9,3	0,8
TOTAL	ESO	17,1	3,9
	BACHILLERATO	18,2	4,06
	MAGISTERIO	13,6	4,7

En la Tabla 3 se exponen las puntuaciones medias de la escala del SDQ en función de la religiosidad. Al analizar estas variables con un ANOVA, se encontró que las diferencias en las puntuaciones obtenidas en las escalas del SDQ entre los tres grupos no son significativas. Las puntuaciones de la escala emocional muestran un tamaño del efecto pequeño [$F = 0,911$; $p = .412$ ($\eta^2 = .005$)], al igual que las puntuaciones de la escala de conducta [$F = 0,798$; $p = .459$ ($\eta^2 = .005$)] y las de la escala de compañeros [$F = 0,809$; $p = .454$ ($\eta^2 = .005$)]. Las puntuaciones de la escala hiperactividad indican que el tamaño del efecto es muy pequeño [$F = 0,112$; $p = .894$ ($\eta^2 = 0$)], mientras que las obtenidas en la escala prosocial indican un tamaño del efecto moderado [$F = 1,217$; $p = .309$ ($\eta^2 = .007$)]. Y finalmente, las puntuaciones obtenidas en la escala total muestran un tamaño del efecto pequeño [$F = 0,571$; $p = .571$ ($\eta^2 = .003$)].

Tabla 3

Puntuaciones medias de la escala del SDQ en función de la religiosidad

		Media	Desviación Típica
EMOCIONAL	Nada Creyente	4,4	1,9
	Algo Creyente	5,8	3,1
	Bastante Creyente	5,4	2,5
CONDUCTA	Nada Creyente	2,07	1,1
	Algo Creyente	2,4	1,5
	Bastante Creyente	1,5	1,5
HIPERACTIVIDAD	Nada Creyente	3,9	2,2
	Algo Creyente	4,2	1,7
	Bastante Creyente	4,2	1,1
COMPAÑEROS	Nada Creyente	2,3	1,04
	Algo Creyente	2,2	1,7
	Bastante Creyente	1,5	,9
PROSOCIAL	Nada Creyente	9,5	,6

	Algo Creyente	9,06	,9
	Bastante Creyente	9,4	,7
TOTAL	Nada Creyente	12,8	3,3
	Algo Creyente	14,6	5,8
	Bastante Creyente	12,8	4,4

Discusión

La preocupación por la prevalencia y el aumento de la inestabilidad mental en la población joven es una problemática que ha aumentado con el paso de los años, permaneciendo entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo desde 1990 como manifiesta *Global Burden of Disease Study*, (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Tanto así que entidades públicas como el Ministerio de Sanidad de España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) lleva a cabo encuestas nacionales de salud mental desde 2011 en adelante, observando que con el paso de los años, se ha aumentado escalonadamente el padecimiento de algún problema de salud mental desde la infancia (padeciendo algún problema emocional o conductual un 2,2%, y un 1% trastornos de salud mental), descubriendo también que la prevalencia es mayor en chicas, donde los porcentajes de mujeres con ansiedad crónica duplican al de los hombres (Canals et al., 2019; Encuesta Nacional de Salud Mental ENSE de España de 2017, publicada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019), es por eso que esta investigación se ha centrado en este género.

Dicha preocupación por la salud mental en las mujeres jóvenes se ve corroborada en los hallazgos de este estudio. Dando respuesta al primer objetivo (analizar la relación que las escalas del cuestionario SDQ mantienen entre sí), se observa que la alta correlación entre los problemas emocionales y conductuales observada en el SDQ resalta la necesidad de un enfoque integral en la evaluación y tratamiento de estos problemas, considerando tanto los factores individuales como contextuales y sociales. Es por ello que se subraya la necesidad de intervenciones específicas en los sistemas educativos, tal como propone el proyecto PSICE (Fonseca-Pedrero et al., 2023), ya que estos emergen como entidades clave para la prevención y manejo de problemas de salud mental, dada su accesibilidad y capacidad para implementar programas de intervención (Verhoog et al., 2022).

A su vez, a medida que aumentan los problemas emocionales, también lo hacen los problemas de conducta y la hiperactividad, lo cual sugiere una coocurrencia de estas dificultades en las jóvenes. Esta correlación positiva está alineada con estudios previos que identifican una alta prevalencia de problemas emocionales y conductuales o trastornos mentales en adolescentes (Barican et al., 2021; Polanczyk et al., 2015). Dragioti et al. (2022) argumentan que los factores de riesgo que fomentan la aparición de trastornos de salud mental en la adolescencia pueden modificarse, como es el caso de los sucesos vitales estresantes o la afectividad negativa e inhibición conductual entre otros (Lynch et al., 2021). Esto sugiere que si los sucesos vitales estresantes mencionados con anterioridad se modificasen, las dificultades de gestión psicológica ante los problemas emocionales, conductuales e hiperactividad en las jóvenes disminuirían, tal como da a entender el estudio *Global Burden of Disease Study* (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022) donde se demuestra que los trastornos depresivos, de ansiedad y alimenticios son más comunes en las mujeres.

La correlación negativa entre los problemas emocionales y la conducta prosocial indica que a medida que aumentan los problemas emocionales, disminuyen los comportamientos prosociales, pudiendo desarrollar trastornos mentales como la ansiedad o depresión, o persistir la existencia de estos (Canals et al., 2019). Esta correlación demuestra que las chicas tienden a internalizar los problemas pudiendo desarrollar síntomas de depresión, ansiedad, somatización o timidez entre otros (Achenbach, 1966; Maestre et al., 2006).

Que el aumento de los problemas emocionales esté correlacionado con el aumento de los problemas conductuales, de hiperactividad y la disminución de los comportamientos prosociales, deja ver con claridad que el género femenino refleja una mayor vulnerabilidad al sufrimiento mental como indica Lagarde (2005) haciendo referencia al plano emocional, lo que puede relacionarse con que las mujeres sientan que viven en una sociedad que no las representa, encontrándose la desigualdad social mencionada por Usall I Rodié (2021) donde estas cargan con el peso de estereotipos de género con connotación negativa, siguiendo a su vez un modelo patriarcal que se suma a factores culturales como el mercado laboral, la inmigración, la pobreza y la clase social. Y puesto que estas son más propensas al desarrollo de trastornos mentales, la deficiencia de gestión psicológica condiciona otras áreas de la vida de las jóvenes afectadas (Arrondo et al., 2022; Veldman et al., 2015).

Para dar respuesta al segundo objetivo, comprobar si los problemas de salud mental de las mujeres jóvenes cambian con la edad, cabe mencionar que los resultados de diversas investigaciones mencionadas con anterioridad ponen el punto de mira a partir de los 15 años de edad, como es el caso del estudio Global Burden of Disease Study (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022), las investigaciones de Fusar-Poli (2019), los resultados recopilados de las Encuestas Nacionales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) de España y los datos recopilados del Observatorio del Suicidio en España (2021). Todas estas investigaciones coinciden en que el desarrollo de los trastornos de salud mental o su prevalencia aparecen en torno a esta edad. Es por ello que las participantes de esta investigación tienen edades medias comprendidas entre los 15 (ESO), los 17 (bachillerato) y los 18,4 años (magisterio).

El análisis del ANOVA mostró que no hay diferencias significativas en las escalas de problemas emocionales y de conducta en función de la edad, lo que sugiere que estos problemas permanecen relativamente constantes entre los diferentes grupos de edad estudiados (ESO, bachillerato, y grados de Magisterio). Según Bragado et al. (1995) los trastornos depresivos y de alimentación relacionados con los problemas emocionales y de conducta, aumentan junto a la edad de la persona afectada, lo que viene arraigado como consecuencia de vivencias, por lo que la edad en que se inició, la persistencia y la gravedad del trastorno, son variables a tener en cuenta (Fusar-Poli, 2019).

Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en las escalas de hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial. Las estudiantes de bachillerato presentan puntuaciones significativamente mayores en problemas de hiperactividad en comparación con las estudiantes de magisterio, mientras que las estudiantes de ESO y bachillerato muestran mayores problemas con compañeros que las estudiantes de magisterio. En contraste, las estudiantes de magisterio presentan puntuaciones más altas en conducta prosocial que las de bachillerato. Estos hallazgos sugieren que mientras algunos problemas de salud mental y de comportamiento pueden disminuir con la edad, otros como la hiperactividad y los problemas con compañeros, son más prevalentes en la adolescencia temprana y media, como bien mencionan Bragado et al. (1995).

El análisis por edad revela que los problemas de salud mental son más prevalentes en estudiantes más jóvenes, lo que subraya la importancia de intervenciones preventivas

adaptándose a las necesidades específicas de los diferentes grupos de edad, como argumentan Canals et al. (2019) y Polanczyk et al. (2015).

Haciendo referencia al objetivo número tres, explorar la relación entre las creencias religiosas y la salud mental, el ANOVA no encontró diferencias significativas en las puntuaciones del SDQ entre los grupos con diferentes niveles de creencias religiosas.

Aunque algunos estudios indiquen que la religiosidad puede ofrecer beneficios como el apoyo social y la protección contra la depresión (Campos et al., 2020; Miller et al., 2012), la esquizofrenia (Grover et al., 2014; 2021) o el trastorno bipolar (Stroppa et al., 2018; Stroppa y Moreira-Almeida, 2013), o por lo contrario puede estar asociada con aspectos negativos como la culpa y la desesperación (Pastwa-Wojciechowska et al., 2021; Williams, 2021) o el apego religiosos (Kirkpatrick y Shaver, 1990), la religiosidad no tiene un impacto notable en los problemas de salud mental de este grupo evaluado.

La falta de una relación significativa entre la religiosidad y los problemas de salud mental en este estudio hace que no se puede corroborar que las creencias religiosas pueden tener efectos significativos tanto positiva como negativamente (James, 2017; Pahlevan et al., 2021; Rowatt y Kirkpatrick, 2002; Van Ness, 1999). El resultado obtenido puede deberse a las limitaciones del tamaño muestral por lo que, se podría repetir la investigación ampliando la muestra.

Conclusión

Observando los resultados recopilados en este estudio, abordar los factores mencionados con anterioridad no es solo esencial para el desarrollo de capacidades y habilidades de las mujeres jóvenes, como menciona la OMS (2022), sino que también es crucial para el funcionamiento de la sociedad y su desarrollo sostenible a largo plazo, tal como indican Gore et al. (2011) y Walker et al. (2015), ya que como bien defiende Cockerham (2000), la condiciones sociales, los entornos culturales y la percepción de la salud, moldean la percepción de bienestar y el desarrollo de trastornos mentales.

Es un hecho que la inestabilidad mental ha aumentado con el paso del tiempo. Los diferentes estudios y encuestas de salud permiten ver un aumento escalonado de los problemas de salud mental desde la infancia, donde las chicas presentan una mayor prevalencia a sufrir trastornos mentales.

Esta investigación ha hallado que existe una alta correlación entre los problemas emocionales y conductuales en las jóvenes por lo que se destaca la importancia de las intervenciones específicas para prevenir y manejar estos problemas. A su vez, a medida que aumentan los problemas emocionales también lo hacen los de conducta e hiperactividad, disminuyendo los comportamientos prosociales, lo que indica que esa inestabilidad psicológica afecta a diversas áreas de la persona afectada.

Las mujeres son especialmente vulnerables a desarrollar ansiedad y depresión debido a estas presiones sociales. La presencia de estereotipos de género y la desigualdad social añade una carga emocional adicional, lo que resulta en un aumento de problemas de salud mental entre las jóvenes.

A su vez, el análisis anterior muestra que algunos problemas de salud mental permanecen constantes con el paso de la edad, mientras que otros disminuyen, siendo más prevalentes en la adolescencia temprana. Por lo que se subraya la necesidad de intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de los diferentes grupos de edades, mencionando así que la principal limitación de esta investigación es que se ha trabajado con un número de participantes reducido, proponiendo la ampliación de la muestra donde se incluyan participantes con edades más variadas y sin estudios como una futura investigación.

A pesar de las diferencias significativas en otras investigaciones y estudios de diversos autores, en esta investigación no se han encontrado relación las entre creencias religiosas y los problemas de salud mental que permitan sugerir que la religiosidad puede tener algún efecto.

En conclusión, este análisis pone de manifiesto la complejidad de los problemas de salud mental en las mujeres jóvenes. Para mejorar la salud mental de estas, es crucial un enfoque multifacético que considere tanto los factores individuales como los contextuales y sociales. La implementación de programas de intervención específicos en sistemas educativos y la atención a las condiciones sociales y culturales que afectan a las mujeres jóvenes son esenciales para abordar esta problemática de manera efectiva.

Referencias

- Achenbach, T.M (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.
<https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Arrondo, G., Solmi, M., Dragioti, E., Eudave, L., Ruiz-Goikoetxea, M., Ciaurriz-Larraz, A. M., ... & Cortese, S. (2022). Associations between mental and physical conditions in children and adolescents: An umbrella review. *Neuroscience & Biobehavioural Reviews*, 137, 2-10.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104662>
- Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2021). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-based Mental Health*, 25(1), 36-44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabe, R., Loriga, A. & Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6(1), 67-82.
<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/9b8619251a19057cff70779273e95aa6>
- Campos, J., Bredemeier, J., & Trentini, C. (2020). Meaning in Life as a Mediator of the Relationship Between Intrinsic Religiosity and Depression Symptoms. *Trends In Psychology*, 28(4), 560-568. <https://doi.org/10.1007/s43076-020-00036-0>
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Cockerham, W. (2000). *Sociology of Mental Disorder*. New Jersey: Prentice Hall
- Dragioti, E., Radua, J., Solmi, M., Arango, C., Oliver, D., Cortese, S., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Molecular Psychiatry*, 27(8), 3510-3519. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01586-8>

- Fonseca-Pedrero, E., Díez, A., Pérez, A., Lucas, B., Al-Halabí, S. & Calvo, P. (2023). Profesionales de la psicología en contextos educativos: una necesidad ineludible. *Papeles del Psicólogo*, 44(3), 112-124. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3018>
- Fonseca-Pedrero, E., Calvo, P., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., & Al-Halabí, S. (2023). La salud mental de los adolescentes en contextos educativos: reflexiones derivadas del estudio PSICE. *Consejo General de la Psicología de España*, (1), 1- 16. <https://www.cop.es/pdf/ESTUDIO-PSICE.pdf>
- Fusar-Poli, P. (2019). Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): A critical review of the evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 355. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00355>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377(9783), 2093-2102. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60512-6)
- Grover, S., Davuluri, T., & Chakrabarti, S. (2014). Religion, Spirituality, and Schizophrenia: A Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 119-124. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.130962>
- Grover, S., Triveni, D., & Chakrabarti, S. (2021). Does religiosity in persons with schizophrenia influence medication adherence. *Indian Journal of Psychiatry* 63(3), 228. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_413_20
- James, W. (2017). *Variedades de la experiencia religiosa. Un estudio de la naturaleza humana*. Editorial Trotta.

- Kirkpatrick, L. & Shaver, P. (1990). Attachment theory and religion: Childhood attachment, religious beliefs, and conversion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29(3), 315-334. <https://doi.org/10.2307/1386461>
- Lagarde M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- López-Martín E., & Ardura-Martínez, D. (2023). El tamaño del efecto en la publicación científica [The effect size in scientific publication]. *Educación XXI*, 26(1), 9-17.
- Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., & Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical Psychology Review*, 87, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>
- Maestre, E., Moya-Higueras, J., Edo, S., Mezquita, L., Ruipérez, M. Á. & Villa Martín, E. (2006). Relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización en niños. *Fòrum de Recerca*, (12), 2-10. <http://hdl.handle.net/10234/78549>
- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M. (2012). *Religiosity and Major Depression in Adults at High Risk: A Ten-Year Prospective Study*. *The American Journal of Psychiatry*, 169(1), 89-94. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10121823>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes Monográficos, Salud mental y calidad de vida en la población infantil*, (2), 3-42. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/SM_CVRS_infantil_ENSE2011_12_MONO_GRAFICO2.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie Informes Monográficos, SALUD MENTAL* (1), 1-41. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf

- Observatorio del Suicidio en España (2021). *Suicidios en España*. Fundación española para la Prevención del Suicidio. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022, 3 junio). Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>.
- Pahlevan, S., Amiri, M., Allen, K. A., Sharif, H., Khoshnavay, F., Hatef-Matbue, Y., ... & Waheed, H. (2021). Attachment: the mediating role of hope, religiosity, and life satisfaction in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01695-y>
- Pastwa-Wojciechowska, B., Grzegorzewska, I., & Wojciechowska, M. (2021). The Role of Religious Values and Beliefs in Shaping Mental Health and Disorders. *Religions*, 12(10), 840. <https://doi.org/10.3390/rel12100840>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Ronneberg, C. R., Miller, E. A., Dugan, E., & Porell, F. (2014). The Protective Effects of Religiosity on Depression: A 2-Year Prospective Study. *The Gerontologist* 56(3), 421-431. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu073>
- Rowatt, W., & Kirkpatrick, L. A. (2002). Two Dimensions of Attachment to God and Their Relation to Affect, Religiosity, and Personality Constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(4), 637–651. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00143>

- Stroppa, A., Colugnati, F. A., Koenig, H. G., & Moreira-Almeida, A. (2018). Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(3), 238-243.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2365>
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2013). Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 15(4), 385-393.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12069>
- Usall I Rodi , J. (2021).  Por qu  la mujer sufre m s trastornos de salud mental? Factores que influyen en el riesgo de sufrir un problema de salud mental. *Psicosom tica y Psiquiatr a*, (16), 77-79.
<https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1612>
- Van Ness, P. H. (1999). Religion and Public Health. *Journal of Religion and Health*, 38(1), 15–26. <http://www.jstor.org/stable/27511317>
- Veldman, K., Reijneveld, S. A., Ortiz, J. A., Verhulst, F. C., & B ltmann, U. (2015). Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: results from the TRAILS study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 588-593.
<https://doi.org/10.1136/jech-2014-204421>
- Verhoog, S., Eijgermans, D. G. M., Fang, Y., Bramer, W. M., Raat, H., & Jansen, W. (2022). Contextual determinants associated with children’s and adolescents’ mental health care utilization: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02077-5>
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Williams, T. (2021). *The Relationship among Guilt and Shame, and Religion for Women Victims of Domestic Violence* [Tesis de doctorado in dita]. Liberty University.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Google Form

 **Universidad
de La Laguna**

Cuestionario sobre salud mental y relaciones de pareja

Estimados compañeros y compañeras. Somos Alba y Fátima, dos alumnas que estamos haciendo nuestro trabajo fin de máster a través de una investigación sobre salud mental y las creencias sobre cómo deben ser las relaciones de pareja. Para ello, hemos elaborado un breve cuestionario que se tarda menos de 5 minutos en contestar. Te pedimos tu colaboración, solicitando que lo cumplimentes. Es totalmente anónimo, por lo que no se podrán identificar tus respuestas. Si colaboras con nosotras y estás interesado/a en los resultados, al final del cuestionario podrás dejar un correo electrónico y te enviaremos el trabajo una vez finalizado. **TE AGRADECEMOS DE ANTEMANO TU COLABORACIÓN**

alu0101347721@ull.edu.es [Cambiar de cuenta](#) 
 No compartido

*** Indica que la pregunta es obligatoria**

Edad *

Tu respuesta _____

Género con el que te identificas *

Masculino

Femenino

No binario

Otros

¿Cómo te valoras en relación a tus creencias religiosas? *

Nada creyente (agnóstico/a o ateo/a)

Algo creyente

Bastante creyente

Muy creyente

[Siguiente](#) [Borrar formulario](#)



Cuestionario sobre salud mental y relaciones de pareja

alu0101347721@ull.edu.es [Cambiar de cuenta](#)



 No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Salud Mental

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones. Señala en qué medida te sientes representado/a por cada una de ellas según cómo te han ido las cosas en los **últimos seis meses**. Rodea la respuesta con la que más te identificas, siendo las opciones de respuesta: no es verdad; es verdad a medias; o verdaderamente sí

Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Normalmente comparto mis cosas con otras personas, por ejemplo comida o bebida *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Prefiero estar solo/a a estar con gente *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

En general estoy dispuesto/a a hacer lo que otras personas quieren *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

A menudo estoy preocupado/a *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Peleo con frecuencia, puedo conseguir que otras personas hagan lo que yo quiero *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Por lo general caigo bien a la otra gente *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza *
en mí mismo/a

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Soy amable con los niños *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Otras personas se meten conmigo o se burlan de mí *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

A menudo me ofrezco para ayudar a los demás (familiares, amigos/as,
compañeros/as) *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Pienso las cosas antes de hacerlas *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Cojo cosas que no son mías, de casa, del trabajo o de otros sitios *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Me llevo mejor con personas que son mayores que yo que con la gente de mi edad *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

Termino lo que empiezo, tengo buena concentración *

- No es verdad
- Es verdad a medias
- Verdaderamente sí

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

[Borrar formulario](#)

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este formulario se creó en Universidad de La Laguna. [Denunciar abuso](#)

Google Formularios