



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABALLO DE FIN DE MÁSTER

MÁSTER EN DISCAPACIDADE E DEPENDENCIA

Estudio observacional de prevalencia sobre acoso sexual no entorno universitario e saúde física e mental en estudantes de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña

Cross-sectional study of sexual harassment in the university environment and physical and mental health in students of Health Sciences of the University of A Coruña

Estudio observacional de prevalencia sobre acoso sexual en el entorno universitario y salud física y mental en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña



Alumno: Dna. Lucía López López

DNI: 34.285.049.F

Directora: Dna. Beatriz Rodríguez Romero

Convocatoria: Setembro de 2021

Facultade de Fisioterapia



Índice de contidos

1. Fundamentación teórica	11
1.1. Identificación e denuncia da violencia sexual	11
1.2. Factores de risco na violencia sexual	13
1.3. Violencia sexual na universidade	14
1.4. Consecuencias da violencia sexual no ámbito social e psicolóxico	14
1.5. Consecuencias da violencia sexual no ámbito físico.	15
1.6. Características da saúde física e mental da poboación universitaria	16
1.7. Xustificación do traballo	17
2. Hipóteses e obxectivos	20
2.1. Hipótese nula (H0).....	20
2.2. Hipótese alternativa (H1)	20
2.3. Pregunta de investigación	20
2.4. Obxectivos xerais e específicos	20
3. Metodoloxía	21
3.1. Estratexia de busca bibliográfica	21
3.2. Tipo de traballo	22
3.3. Ámbito de estudo.....	22
3.4. Período de estudo	22
3.5. Cronograma.....	22
3.6. Selección da mostra	23
3.7. Xustificación do tamaño mostral.....	24
3.8. Procedemento de recollida de datos	24
3.9. Instrumentos de avaliación	25
3.10. Descrición das variables a estudar	27
Variables dependentes: dor crónica músculo esquelética, sensibilización central e calidade de vida.....	27

Variable independente: acoso sexual.....	27
Variables descritivas.....	28
3.11. Técnicas de análise estatística dos datos	28
3.12. Aspectos éticos e legais.....	29
Declaración do cumprimento da normativa aplicable	29
3.13. Memoria económica	30
4. Resultados	30
4.1. Descrición da mostra segundo características sociodemográficas e académicas.....	31
4.2. Estudio do acoso sexual	32
4.2.1. Análise descritiva da escala de acoso sexual e comportamento de interacción sexual e variables asociadas.....	32
4.3. Estudo da saúde física e mental en termos de prevalencia e intensidade de dor musculoesquelética, síntomas de dor crónica e calidade de vida relacionada coa saúde.....	39
4.3.1. Descrición da mostra segundo prevalencia e intensidade de dor musculoesquelética.....	39
4.3.2. Análise da prevalencia de DME actual e variables asociadas.....	41
4.3.3. Descrición da mostra segundo síntomas de sensibilización central e variables asociadas	43
4.3.4. Análise de Sensibilización Central (SC) e variables asociadas.	45
4.3.5. Descrición da mostra segundo a calidade de vida relacionada coa saúde e variables asociadas	46
4.4. Análise de correlación entre as experiencias de acoso sexual e as variables estudadas relativas a saúde física e mental.....	51
4.4.1. Asociación entre historial de violencia sexual e prevalencia de dor musculoesquelética no último ano	51
4.4.2. Asociación entre experiencias de violencia sexual e síntomas de sensibilización central e as dimensións relacionadas coa saúde física e mental do SF-12	53
5. Discusión.....	54

5.1. Acoso sexual	54
5.2. Saúde física e mental.....	56
5.3. Correlacións da saúde física e mental co acoso sexual	59
6. Limitacións.....	60
7. Implicacións.....	61
8. Conclusións.....	62
9. Suxerencias para investigacións futuras.....	62
10. Divulgación do estudo	63
11. Referencias bibliográficas.....	65
Anexo 1: Cartel informativo	73
Anexo 2: Cuestionario Nórdico Musculoesquelético Simplificado.....	74
Anexo 3: Cuestionario SF-12	75
Anexo 4: Cuestionario de Sensibilización Central	78
Anexo 5: Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario	80
Anexo 6: Documento de información, compromiso de confidencialidade e consentimento informado	82
12. Anexo 7: Certificación da comunicación	89

Índice de táboas

Táboa 1: Clasificación do acoso sexual.....	11
Táboa 2: Palabras clave empregadas na busca bibliográfica.....	21
Táboa 3: Cronograma de traballo	22
Táboa 4: Descrición de variables dependentes.....	27
Táboa 5: Descrición de variables independentes.....	27
Táboa 6: Descrición de variables descritivas.	28
Táboa 7: Recursos económicos	30
Táboa 8: Análise descritiva dos factores Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U).....	33

Táboa 9: Análise da frecuencia de resposta dos factores da Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U) segundo xénero.....	33
Táboa 10: Análise dos factores da Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U) con relación a xénero, titulación e curso.	34
Táboa 11: Prevalencia de dor músculo-esquelética en estudantes de Ciencias da Saúde, segundo as distintas zonas corporais, medida a través do Cuestionario Músculo-Esquelético Nórdico.	39
Táboa 12: Media da puntuación obtida na Escala Numérica da Dor para as distintas zonas corporais, ordenadas de maior a menor intensidade de dor.....	40
Táboa 13:Prevalencia de dor músculo-esquelética segundo xénero.....	41
Táboa 14:Prevalencia de dor músculo-esquelética actual segundo titulación académica	42
Táboa 15:Prevalencia de dor músculo-esquelética actual segundo curso académico.	43
Táboa 16:Prevalencia dos diagnósticos de síndrome de sensibilización central segundo o Inventario de Sensibilidade Central.....	44
Táboa 17: Análise das dimensións do cuestionario SF-12 segundo xénero.	49
Táboa 18: Valores do compoñente sumario físico e mental segundo titulación e curso académico.....	50
Táboa 19: Resultados de prevalencia de dor musculoesquelética no último ano segundo historial de violencia sexual	52
Táboa 20: Resultados de sensibilización central e dimensións de saúde física e mental segundo historial de violencia sexual	53

Índice de figuras

Figura 1: Reconto de participantes por titulación e curso académico.	31
Figura 2: Reconto de participantes por curso académico.	31
Figura 1: Reconto de participantes por titulación e curso académico.	31
Figura 3: Interacción factores de acoso sexual e titulación e curso académico.....	36
Figura 4: Interacción factores de acoso e titulación académica e xénero.	37
Figura 5: Interacción factores de acoso e curso académico e xénero.	38
Figura 6: Gráfico de asociación dor crónica músculo esquelética e ciclo menstrual	41
Figura 7: Gráfico de niveis de sensibilización central.....	44
Figura 8: Distribución da puntuación dos síntomas de Sensibilización Central entre xéneros.	45
Figura 9: Puntuación media de sensibilización central por titulación académica.....	46
Figura 10: Valores da mostra en cada unha das dimensión e compoñentes do cuestionario SF-12.....	47

Figura 11: Puntuacións do cuestionario SF-12 segundo grupos de idade. PCS = puntuacións do componente sumario físico; MCS = puntuacións do componente sumario mental..... 48

Figura 12: Risco de primeira fase de depresión segundo xénero considerando o porcentaxe de participantes que se atopan con valores inferiores a 44 puntos no Componente Sumario Mental no caso dos homes (imaxe esquerda) e das mulleres (imaxe dereita) 49

Agradecementos

Este proxecto pon fin a unha etapa formativa intensa pero frutífera, na cal a evolución vivida traspasou o ámbito académico para alcanzar o persoal. Poder finalizar os meus estudos abordando unha temática tan complexa, como a violencia sexual e a saúde, constitúe un reto persoal cumprido.

O desenvolvemento deste traballo permitíume recordar aquilo que unha vez me dixera un gran profesor: “... *cando descubrimos que a cor da máscara é unha elección, [renacemos]*”. Xustamente o meu interese persoal neste traballo foi clave para continuar con ese cambio de cor e perspectiva iniciado fai anos. Porén, non podo esquecer a axuda coa que contei para este traballo e a cal debo agradecer.

En primeiro lugar, á miña titora Dna. Beatriz Rodríguez Romero, que sendo a violencia sexual unha temática allea ao seu ámbito, non dubidou en apoiarme. Grazas por facilitarme a realización deste proxecto, por axudarme a resolver os obstáculos atopados no camiño dun xeito tan eficaz e rápido. Grazas por facerme dubidar e non permitirme caer no conformismo, por saber guiar o meu esforzo e conseguir chegar un pouco máis alá. Grazas por acompañarme na evolución vivida este ano, da que fuches, sen dúbida, gran responsable. Así mesmo, grazas ao resto de profesores que me brindaron a súa axuda durante toda a miña experiencia académica e, de forma particular neste traballo, á Dra. Victoria A. Ferrer Pérez.

Tamén debo agradecer o apoio da miña familia. Meus pais e miña irmá Sandra sempre son refuxio para compartir as ledicias dos éxitos, pero moito máis cando é necesario parar e recompoñerse dos obstáculos atopados. Grazas por non dubidar de min, por darme folgos en todo momento e brindarme as ferramentas necesarias para seguir polos camiños que considero correctos, por difíciles ou descoñecidos que vos poidan parecer. Grazas por seguir transmitíndome o valor da humildade, do esforzo e da constancia, valores que permitiron que hoxe eu poida estar na Universidade sen perder nunca de vista as miñas raíces labregas.

Por último, grazas ás compañeiras que neste camiño estiveron conmigo, regalándome o seu tempo. Especialmente, debo agradecerllo á mellor das casualidades da Coruña, a María. Grazas por ser a miña eterna compañeira, por ser o primeiro no que penso cando me falan da Universidade e, sobre todo, grazas por estar cando o necesitaba sen ter que pedircho.

Resumo:

Antecedentes: o acoso sexual é unha problemática presente na Universidade, sendo o xénero feminino e ser xoven factores de risco.

Obxectivo: calcular a prevalencia de acoso sexual experimentado na Universidade polo estudiantado de Ciencias da Saúde da UDC, así como estimar aspectos da saúde física e mental (dor crónica musculoesquelética, sensibilización central e calidade de vida relacionada coa saúde), e identificar as posibles asociacións entre tales variables.

Metodoloxía: estudo transversal de prevalencia e correlacional. Empregáronse cuestionarios validados: EASIS-U¹, NMQ², NRS³, CSI⁴ e SF-12⁵. Aprobado polo Comité de Ética da UDC.

Resultados: n=171 (79,5% mulleres, idade: 23(5) anos). A prevalencia de violencia sexual foi: chantaxe sexual (1,5%), acoso verbal (9,4%) e acoso físico (3,3%). Preséntase alta prevalencia de dor musculoesquelética cervical, lumbar e de costas superior, así como valores medios de sensibilización central. Obsérvase unha afectación xeneralizada da saúde mental, maior no xénero feminino ($p=0,002$), e alto índice de diagnósticos clínicos ansiosodepresivos. Atopáronse correlacións significativas para a dor en costas superior e experiencias de chantaxe sexual e acoso verbal ($p<0,005$). O resto de variables de saúde física e mental presentan peores resultados nos suxeitos con experiencias de violencia sexual, sen ser estatisticamente significantes.

Conclusións: a violencia sexual na Universidade correlaciónase coa presenza de dor de costas superior. As persoas con experiencias de acoso sexual tenden a presentar peores resultados de saúde física e mental, aínda que sen significancia estatística. A prevalencia de dor musculoesquelética é elevada. A saúde mental das estudantes presenta unha importante afectación.

Palabras clave: Acoso sexual, Dor musculoesquelética, Sensibilización central, Calidade de vida, Estudantes de Ciencias da Saúde.

¹ Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario, ² Cuestionario Músculoesquelético Nórdico, ³ Escala Numérica de Dor, ⁴ Inventario de Sensibilización Central, ⁵ Cuestionario de calidade de vida relacionada coa saúde SF-12

Abstract:

Background: Sexual harassment is a problem that is present in university. Being young and female are risk factors.

Objective: Calculate the prevalence of sexual harassment among students of Health Sciences at the University of Coruña, as well as estimate some aspects of physical and mental health (chronic musculoskeletal pain, central sensitization, health-related quality of life), identifying possible correlations between these variables.

Material and methods: Cross-sectional study of prevalence and correlation. Validated questionnaires were used: EASIS-U¹, NMQ², NRS², CSI⁴ and SF-12⁵. Approved by the UDC Ethics Committee.

Results: n=171 (79,5% women, age: 23(5) years). The prevalence of sexual violence was sexual blackmail (1.52%), verbal harassment (9.35%) and physical harassment (3.34%). There is a high prevalence of cervical, lumbar, and upper back musculoskeletal pain, as well as mean values of central sensitization. There is a widespread effect on mental health, significantly greater in women ($p = 0.002$), and a high rate of anxious-depressive clinical diagnoses. Significant correlations were found for upper back pain and experiences of sexual blackmail and verbal harassment ($p < 0.005$). The other variables of physical and mental health show worse results in subjects with experiences of sexual violence, without being statistically significant.

Conclusions: Sexual violence at the University correlates with the presence of upper back pain. People with experiences of sexual harassment tend to have worse physical and mental health outcomes, although without statistical relevance. The mental health of the students has a significant impact.

Keywords: Sexual Harassment, Musculoskeletal Pain, Central Nervous System Sensitization, Quality of Life, Health Occupations Students

¹Scale of sexual harassment and social interaction of sexual content in the university environment, ²Nordic Musculoskeletal Questionnaire, ³Numerical Pain Scale, ⁴Central Sensitization Inventory, ⁵Health-related quality of life questionnaire SF-12

Resumen:

Antecedentes: el acoso sexual es una problemática presente en la Universidad, siendo el género femenino y el ser joven, factores de riesgo.

Objetivo: calcular la prevalencia de acoso sexual experimentado en la Universidad por el estudiantado de Ciencias de la Salud de la UDC, así como estimar aspectos de la salud física y mental (dolor crónico musculoesquelético, sensibilización central y calidad de vida relacionada con la salud), identificando las posibles asociaciones entre ambas variables.

Metodología: estudio transversal de prevalencia y correlacional. Se han usado cuestionarios validados como: EASIS-U¹, NMQ², NRS³, CSI⁴ y SF-12⁵. Aprobado por el Comité de Ética de la UDC.

Resultados: n= 171 (79,5% mujeres, edad: 23(5) años). La prevalencia de violencia sexual ha sido: chantaje sexual (1,52%), acoso verbal (9,35%) y acoso físico (3,34%). Se presenta alta prevalencia de dolor musculoesquelético cervical, lumbar y de espalda superior, así como valores medios de sensibilización central. Se observa una afectación generalizada de la salud mental, significativamente mayor en el género femenino (p=0,002). Se presenta alto índice de diagnósticos clínicos ansiosodepresivos. Se encontraron correlaciones significativas para dolor en espalda superior y chantaje sexual y acoso verbal (p<0,005). El resto de variables de salud física y mental presentan peores resultados en sujetos con experiencias de violencia sexual, sin ser estadísticamente significantes

Conclusiones: La violencia sexual en la Universidad se correlaciona con la presencia de dolor en espalda superior. Las personas con experiencias de acoso sexual tienden a presentar peores resultados de salud física y mental, aunque sin significancia estadística. La salud mental de las estudiantes presenta una importante afectación.

Palabras clave: Acoso sexual, Dolor musculoesquelético, Sensibilización central, Calidad de vida, Estudiantes de Ciencias de la Salud.

¹Escala de acoso sexual e interacción social de contenido sexual en el ámbito universitario, ²Cuestionario Músculoesquelético Nórdico, ³ Escala Numérica de Dolor, ⁴Inventario de Sensibilización Central, ⁵Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-12.

1. Fundamentación teórica

1.1. Identificación e denuncia da violencia sexual

A Organización Mundial da Saúde (OMS) define a violencia sexual como “*todo acto sexual, tentativa de consumir un acto sexual, comentarios ou insinuacións sexuais non desexados ou accións para comercializar ou utilizar de calquera outro modo a sexualidade dunha persoa mediante coacción por outra persoa, independentemente da relación desta coa vítima, en calquera ámbito, incluídos o fogar e o lugar de traballo*”.¹

Dentro desta definición tan ampla, a clasificación das diferentes formas de violencia sexual convértese nunha tarefa complexa de realizar. Para este traballo centrarémonos no estudo do acoso sexual, polo que se tomará como referencia a definición e clasificación empregada polas unidades de igualdade recollidas na publicación *Unidades de igualdad: género y universidad* publicada pola Universidade Autónoma de Madrid.²

Dentro desta clasificación diferenciamos segundo o tipo de violencia, dous grandes grupos:

- **Acoso ambiental** que crea un entorno intimidatorio e degradante para a persoa que sofre dita violencia.
- **Acoso vertical, de intercambio ou chantaxe sexual**, levado a cabo por un agresor en posición xerárquica superior e que exerce o seu poder para someter á vítima. Deste tipo de acoso soen derivarse consecuencias académicas ou laborais para a vítima, tanto polo rexeitamento como aceptación das presións realizadas polo agresor.

Do mesmo xeito, podemos clasificar este tipo de violencia sexual segundo a súa gravidade como se reflexa na *Táboa 1*:

Táboa 1: Clasificación do acoso sexual.

Leve	Chistes de contido sexual sobre a muller, comentarios, miradas ou xestos sexuais. Piropos. Peticións reiteradas de citas.
-------------	---

Grave	Cuestións sobre a vida sexual.
	Peticións e insinuacións sexuais.
	Presión despois dunha ruptura sentimental.
Moi grave	Abrazos e/ou bicos non desexados.
	Tocamentos e acorralamentos.
	Presións para obter relacións sexuais a cambio de melloras ou ameazas.
	Violacións.

A identificación e denuncia destas prácticas como formas de violencia é un proceso que presenta diferencias entre homes e mulleres, incluso entre individuos que teñen ou non antecedentes previos de violencia sexual. Esta dificultade á hora de identificar situacións de violencia sexual obsérvase na necesidade de especificar conductas concretas para que os individuos sexan conscientes de que son coñecedores ou, incluso, vítimas destas situacións.³

No estudo de *J. R. Craner et al.*⁴ móstrase como a maioría das participantes que sufriron abusos sexuais na idade adulta e case a metade das que tiñan episodios previos de abuso sexual infantil, non eran capaces de etiquetar ditas vivencias dentro do concepto de “abuso sexual”. Do mesmo xeito, as mulleres, indiferentemente do tipo de abuso sexual que sufriran, presentaban maior facilidade para identificar e denunciar ditas prácticas en comparación cos homes, concordando con outros autores como *Donde S. et al.*^{4,5} Esta diferenza na percepción da violencia sexual, favorece á subestimación da prevalencia desta problemática social.^{6,7}

Unha explicación para esta asimetría entre os xéneros podería radicar en que o umbral de violencia necesario para que unha acción sexa interpretada como unha agresión sexual é maior nun home que nunha muller.⁷ Do mesmo xeito, a construción cultural de masculinidade e virilidade constitúe unha dificultade importante á hora de iniciar o proceso de denuncia.⁷ A este obstáculo debemos sumarlle os sentimentos de culpabilidade, vergoña ou, incluso, falta de credibilidade social, que en moitos casos as vítimas de violencia sexual experimentan no momento en que deciden exteriorizar as súas vivencias.^{5,7}

1.2. Factores de risco na violencia sexual

Como principais factores de risco para sufrir calquera das formas de violencia sexual destaca o sexo feminino, principalmente na etapa de adolescencia tardía e idade adulta (18-25 anos).⁸ O perfil maioritario de perpetrador está caracterizado polo sexo masculino, tanto na vitimización de mulleres como de outros homes.^{9,10}

Así mesmo, as persoas con orientacións non heterosexuais e/ou con identidades de xénero non binarias, presentan maiores niveis de violencia sexual. Unha das explicacións que respaldan esta maior prevalencia no colectivo LGTBI é coñecida como a teoría do estrés ás minorías.^{9,11} Esta teoría propón que o estigma creado ao redor destas identidades favorece a súa vitimización, ao supor a violencia sexual unha maneira de expresión da homofobia e/ou transfobia. Ao mesmo tempo, a interiorización destes prexuízos dentro dos propios colectivos minoritarios, favorece a non denuncia da violencia que sofren.¹¹ Un exemplo claro é o atopado no estudo de *Irwin J. et al.* que evidencia que algunhas mulleres lesbianas non denunciaban as súas experiencias de violencia sexual pola vergoña que rodeaba á súa orientación.¹²

Ademais, a presenza de discapacidade, principalmente mental e múltiple, é identificada como un dos factores de risco máis fortes para sufrir violencia sexual. Os artigos que abordan esta problemática identifican o dobre de risco en persoas con discapacidade, chegando a elevarse ata catro en mulleres.^{13,14}

Do mesmo xeito, antecedentes de abuso sexual, tanto na infancia como na vida adulta, supoñen un factor de risco importante para a revitimización destas persoas, chegando a ter entre o duplo e triplo de posibilidades de volver a experimentar episodios de violencia sexual nalgún momento da súa vida.^{4,8,15,16}

Estes factores de risco non teñen por que presentarse de maneira illada nos suxeitos. A influencia que se produce entre eles, acuñada como teoría da interseccionalidade pola autora Kimberle Crenshaw, explica como se incrementa o risco de sufrir violencia cando se produce unha confluencia de rasgos de raza, xénero ou identidade vulnerables.^{17,18}

1.3. Violencia sexual na universidade

A violencia sexual é un problema de saúde pública que afecta a tódolos ámbitos, incluído o académico. Concretamente, as estudantes universitarias soen atoparse na franxa de idade máis sensible para experimentar episodios de violencia sexual. A literatura concorda que aproximadamente entre un 20-25% das universitarias sufrirán nalgún momento da súa vida académica, algún episodio de violencia sexual, reducíndose a un 6% no caso dos homes universitarios.^{15,18-22} O estudo realizado sobre a violencia contra a muller na universidade española por Valls et al.²³ recolle que un 49% das persoas participantes confirman ter sufrido episodios de violencia sexual na Universidade ou ben ser coñecedoras de que lle ocorreron a terceiros.

En algúns estudos, a pertenza ao ámbito académico universitario non é considerado un factor de risco importante para experimentar situacións de violencia sexual.²⁴ Non obstante, publicacións máis recentes si encontran diferenzas significativas entre mulleres universitarias e non universitarias, chegando a denominar aos dous primeiros cursos universitarios como a “zona vermella” de maior perigo para as mulleres.^{7,8,10,22}

Dentro da poboación universitaria feminina atópase o denominado “sesgo optimista”, cuxa presenza incrementa a vulnerabilidade deste colectivo. Defínese este sesgo como a crenza de que un mesmo ten menos posibilidade de experimentar calquera evento, neste caso violencia sexual, en comparación co resto de compañeiros. Este pensamento subestima o perigo das situacións ás que se poden enfrontar as mulleres universitarias, sobrevalorando as súas capacidades de xestión e conducindo finalmente a un aumento da súa vulnerabilidade.²⁵

1.4. Consecuencias da violencia sexual no ámbito social e psicolóxico.

Sufrir episodios de violencia sexual, tanto na infancia como na idade adulta, pode dar lugar a secuelas que abarcan non só o ámbito físico, senón tamén o psicolóxico e social.²⁶⁻²⁸

Destaca como principal afectación psicolóxica despois de sufrir episodios de violencia sexual, o trastorno de estrés postraumático, seguido pola depresión e a ansiedade, tanto a curto como a longo prazo.^{27,29-32} Esta afectación da saúde mental acaba por interferir nas actividades

diarias das vítimas e no seu rendemento académico e laboral, así como na súa calidade de vida.^{33,34}

Os trastornos da conducta alimenticia tamén se atopan dentro da sintomatoloxía mental máis prevalente, así como o consumo de drogas e alcohol.^{30,35-37}

Cabe mencionar con especial atención, a relación existente entre os episodios traumáticos de índole sexual e o suicidio, sendo estes traumas o factor de risco máis elevado entre poboación adolescente para as tentativas suicidas.³⁸ Ademais, en poboación adulta non universitaria, os abusos sexuais, entre outro tipo de violencias interpersoais, constitúen a asociación máis robusta coas ideas ou intentos suicidas segundo a OMS.^{39,40}

Por último, semella non existir unha relación de dependencia directa entre a intensidade da violencia sexual vivida e as secuelas psicolóxicas das vítimas. Este feito, polo tanto, reforza a necesidade de non subestimar as consecuencias de violencia considerada como “leve” e realizar esforzos de prevención para todo tipo de violencia sexual.³¹

1.5. Consecuencias da violencia sexual no ámbito físico.

Existe certo consenso científico sobre como as experiencias de violencia sexual, tanto na infancia como na vida adulta, son un factor de risco para o desenvolvemento de dor crónica musculoesquelética, en especial, cando se produce a combinación de varios traumas.⁴¹ Porén o mecanismo que explica esta relación non está totalmente comprendido.⁴²

A cronificación desta dor, en algúns casos, dá lugar ao que se coñece como “síndromes somáticos funcionais” ou “procesos de sensibilización central” que non presentan unha causa orgánica clara e cuxa sintomatoloxía presenta unha duración superior a tres meses.⁴³⁻⁴⁶

Este fenómeno de sensibilización central, definido como o proceso no que os inputs nociceptivos, producen un incremento prolongado e reversible da eficacia sináptica e excitabilidade das neuronas das vías nociceptivas centrais, pode desencadearse cando un estresor externo mantido, neste caso derivado da violencia sexual, dá lugar a unha sobrecarga alostática que produce unha desregulación no eixo hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) e

simpático-adrenal.^{41,47} Esta desregulación desencadea un incremento na produción de cortisol e de citocinas proinflamatorias.^{48,49} Isto dá lugar a cambios adaptativos no sistema inmunitario, deficiencias nos procesos de reparación tisular e á cronificación dun estado proinflamatorio que favorece a hiperexcitabilidade neuronal e a perpetuación da dor.^{41,43,48}

Os estresores externos que desencadean o proceso de sensibilización central non teñen porque ser soamente físicos. Os factores psicosociais poden dar lugar aos cambios anteriormente mencionados ou incluso favorecer a súa perpetuación. Algúns dos exemplos máis importantes a nivel social son o desemprego, o consumo de drogas, o baixo nivel formativo e, en xeral, un nivel socioeconómico pobre.^{50,51} A nivel psicolóxico, o factor de risco máis importante é a depresión, aínda que a ansiedade e o sentimento de soidade tamén constitúen fortes mediadores da cronificación da dor.⁵¹⁻⁵³

Os cadros que máis comunmente están relacionados con antecedentes de violencia sexual son a dor pélvica, a dor de cabeza, a dor lumbar, a dor abdominal, a dor de extremidades, o síndrome de intestino irritable e a fibromialxia, tamén coñecida como trastorno da dor crónica xeneralizada.^{26,44,46}

Así mesmo, existe unha relación significativa entre as experiencias de violencia sexual e as afectacións uroxicológicas, onde destaca principalmente a dispareunia, a dismenorrea, os sangrados menstruais anormais e, incluso, a incontinencia urinaria.⁵⁴

Cabe destacar, como a poboación feminina, en especial a que presenta antecedentes de abuso sexual, é o grupo que máis prevalencia mostra de dor crónica musculoesquelética, principalmente na mediana idade.^{42,55}

1.6. Características da saúde física e mental da poboación universitaria

Un dos trastornos mais prevalentes na poboación xeral é a presenza de dor crónica musculoesquelética, que causa un importante problema na calidade de vida das persoas afectando tanto a esfera física como mental.⁵⁶ Unha das posibles explicacións para a perpetuación desta afectación é a sensibilización central, como mencionamos e describimos anteriormente. A afectación que se produce no procesamento central da dor, así como a

inhibición das vías descendentes moduladoras e a hiperexcitabilidade neuronal, derivan nunha cronificación da dor musculoesquelética sen presenza de dano tisular, o que dificulta a súa abordaxe.⁵⁷

A dor crónica de costas, especialmente a localizada a nivel lumbar e cervical, ocupa os primeiros postos de discapacidade, medida esta como *anos vividos con discapacidade*, producindo un fortísimo impacto socioeconómico no sistema sanitario, derivado tanto polas elevadas consultas médicas, como polo xeneralizado emprego de probas complementarias e fármacos pautados en ditas visitas, entre outros costes.⁵⁸⁻⁶⁰

A poboación nova, concretamente universitaria, tamén se ve afectada pola dor crónica musculoesquelética. Diversos estudos analizan a prevalencia de dor musculoesquelética lumbar en estudantes universitarios de Ciencias da Saúde, mostrando un alto reporte de afectación que oscila entre o 38,9% e o 76,4%.⁶¹⁻⁶³ Esta afectación produce un forte impacto no seu rendemento académico, calidade do sono, vida persoal e, en definitiva, na súa calidade de vida.⁶¹

Algún dos traballos máis importantes no estudo da dor crónica, como o estudo EPISER realizado en España,⁵⁹ onde complementan a súa análise co emprego da escala de calidade de vida relacionada coa saúde SF-12, pon de manifesto a afectación física e mental que produce a dor lumbar crónica, independentemente das características do suxeito que a experimente.

Do mesmo xeito, esta afectación é extrapolable á poboación nova, onde as afectacións musculoesqueléticas producen unha diminución da calidade de vida física e mental.^{64,65}

1.7. Xustificación do traballo

A violencia sexual no ámbito universitario non é recoñecida en España ata o ano 2007 coa aprobación da Lei Orgánica 3/2007 do 22 de marzo, para a igualdade efectiva de mulleres e homes.⁶⁶ A partir de ese momento iníciase un proceso de visibilización da problemática nas entidades públicas que se materializa na creación de unidades específicas en igualdade de xénero en cada centro universitario.^{23,67} Estas oficinas teñen como obxectivo a realización de

protocolos que permiten a denuncia da violencia sexual acontecida no ámbito universitario, así como a protección das vítimas.⁶⁷

Porén, aínda que os avances en materia de xénero son innegables, a violencia sexual segue presente nas aulas das universidades. Tal é como se citou anteriormente, un alto porcentaxe de estudantes afirman ter sufrido eles mesmos ou coñecer a terceiros que sufriron episodios de violencia sexual contra as mulleres no ámbito universitario.²³

Rescatando os factores de risco anteriormente mencionados,^{3,7,8,19,22,68} as titulacións das Ciencias da Saúde convértense nun escenario extremadamente sensible para o desenvolvemento de situacións de acoso sexual.

Por un lado, a feminización que historicamente se produciu das profesións sanitarias refléxase na alta porcentaxe de alumnas matriculadas nas titulacións das Ciencias da Saúde. Por outra parte, obsérvase como a franxa de idade comprendida entre os 18 e os 25 anos concentra practicamente o 90% do estudantado matriculado nestas titulacións. Estes datos estatísticos son obtidos a través do Ministerio de Universidades⁴.

Deste xeito, dous dos principais factores de risco para experimentar episodios de violencia sexual atópanse de maneira predominante no ámbito universitario adicado ás Ciencias da Saúde, converténdoo nun contexto especialmente sensible para este tipo de violencia. Porén, os traballos que estudan de forma concreta a violencia sexual na súa vertente de acoso no ámbito universitario, non son abundantes.

Debido a isto, orientaremos este traballo a analizar a posible asociación entre historia previa de experiencias de violencia sexual no marco académico e a calidade de vida física e mental entre estudantes universitarios, debido a escasa literatura que aborda esta posible relación.

⁴ Dirección web:

[http://estadisticas.mecd.gob.es/EducaJaxiPx/Datos.htm?path=/Universitaria/Alumnado/Nueva_Estrutura/GradoCiclo/Matriculados//10/&file=Mat_GradCiclo_Sex_Edad\(1\)_Rama_Tot.px&type=pcaxis](http://estadisticas.mecd.gob.es/EducaJaxiPx/Datos.htm?path=/Universitaria/Alumnado/Nueva_Estrutura/GradoCiclo/Matriculados//10/&file=Mat_GradCiclo_Sex_Edad(1)_Rama_Tot.px&type=pcaxis)

Incrementar o coñecemento da posible existencia dunha relación entre o acoso sexual e a calidade de vida física e mental do estudiantado na Universidade debe considerarse como un aporte científico e social de gran interese público. Esta importancia non só se observa na posibilidade de diminuír o déficit de información existente na materia, senón na contribución que este tipo de estudos poderían realizar en materia de igualdade de xénero, tanto na sensibilización da problemática como na prevención da mesma. Deste xeito, as características da poboación diana, principalmente en termos de idade, poderían ser claves para unha abordaxe preventiva conforme cos obxectivos de prevención e erradicación das diferentes formas de violencia de xénero do Ministerio de Igualdade do Goberno de España.

Así mesmo, destacamos a importancia de realizar estudos que se atopen en consonancia co marco legal da Oficina para a Igualdade de Xénero da Universidade da Coruña (OIX). Concretamente, este traballo permite acercar a situación en clave de xénero da comunidade universitaria en relación aos posibles conflitos académicos sufridos, así como incluír a perspectiva de xénero no estudo da dor crónica musculoesquelética dende a Fisioterapia.

En referencia á elección do estudo da dor crónica musculoesquelética, esta foi tomada tendo en conta a gran repercusión que ten na sociedade española, non só no ámbito físico e mental dos e das cidadáns, senón tamén no propio sistema sanitario.

Tendo en conta a afectación transversal que produce en tódolos eidos dos individuos esta patoloxía, consideramos importantes os estudos que permitan aumentar o coñecemento sobre esta temática, podendo resultar útiles na optimización dos recursos públicos empregados no seu tratamento e prevención.

Deste xeito, manifestamos a relevancia da realización deste tipo de traballos que permitan dilucidar que papel xogan factores sociais menos estudados, como o contexto universitario, tanto nas experiencias de acoso sexual do alumnado, como na posible influencia que estas gardan co desenvolvemento e cronificación da dor músculo esquelética e, en xeral, na afectación da calidade de vida física e mental.

Polo tanto, concluímos que debido a sensibilidade da poboación diana, consideramos necesaria coñecer a prevalencia de acoso sexual e afectación da calidade de vida física e mental que presentan os estudantes universitarios das titulacións de Ciencias da Saúde da UDC, así como establecer o grao de relación entre ditos eventos.

2. Hipóteses e obxectivos

2.1. Hipótese nula (H0)

A presenza de acoso sexual no estudantado universitarios da Universidade da Coruña NON está asociada coa saúde física e mental.

2.2. Hipótese alternativa (H1)

Sustentándonos no marco teórico anteriormente exposto, hipotetizamos que a presenza de acoso sexual no estudantado universitarios da Universidade da Coruña SI pode estar asociada coa afectación da saúde física e mental.

2.3. Pregunta de investigación

Presenta a poboación universitaria das titulacións de grao de Ciencias da Saúde ofertadas pola Universidade da Coruña con historial de violencia sexual desenvolvida no marco académico, peor saúde física e mental?

2.4. Obxectivos xerais e específicos

1. Estimar a prevalencia de acoso sexual entre o estudantado universitario que cursa os graos das Ciencias da Saúde da UDC: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermería, Podoloxía e Logopedia.
 - 1.1. Determinar as características de acoso sexual máis prevalente e a súa asociación con características relativas a titulación académica, curso, xénero, orientación sexual e presenza de discapacidade
 - 1.2. Identificar o perfil do agresor e da vítima máis común.

2. Estimar varios aspectos da saúde física e mental entre o estudantado universitario que cursa os graos das Ciencias da Saúde da UDC: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermería, Podoloxía e Logopedia.
 - 2.1. Determinar as características de dor crónica musculoesquelética máis prevalentes en canto a localización e intensidade e a súa asociación con variables sociodemográficas e académicas.
 - 2.2. Determinar as características de sensibilización central e a súa asociación con variables sociodemográficas e académicas.
 - 2.3. Determinar a calidade de vida relacionada coa saúde a través do cuestionario SF-12 e a súa asociación con variables sociodemográficas e académicas.
3. Identificar se o acoso sexual está asociado coa prevalencia de dor crónica musculoesquelética, a sensibilización central e a calidade de vida relacionada coa saúde na poboación universitaria.

3. Metodoloxía

3.1. Estratexia de busca bibliográfica

A busca da literatura científica dispoñible sobre a temática da que versará este traballo realizouse durante o mes de Novembro e Decembro de 2020 nas bases de datos Pubmed, PEDro, Web of Science, Scopus, Cochrane e PsycInfo. Así mesmo, empregáronse como palabras clave os termos mostrados na *Táboa 2* relacionadas a través dos operadores booleanos AND e OR.

Táboa 2: Palabras clave empregadas na busca bibliográfica.

Violencia sexual	Estudantes universitarios	Dor crónica músculo-esquelética
Sexual Harrassment	Undergraduate	Musculoskeletal Pain
Sex Offenses	College Students	Muskuloskeletal Diseases
Gender-Based Violence	University Students	Abdominal Pain
Intimate Partner Violence	Students Health Occupations	Back Pain
Sexual Abuse	University	Headache
Sexual Violence	Faculty	Neck Pain

A busca foi limitada a través do emprego de filtros de temporalidade (literatura publicada a partir do 2013, debido á obsolescencia de 7.2 anos dentro da disciplina de Fisioterapia a nivel internacional)⁶⁹ e idioma (Inglés, Castelán e Portugués).

A literatura obtida tanto pola busca bibliográfica como por busca inversa, foi xestionada a través do programa de xestión bibliográfica Zotero.

3.2. Tipo de traballo

Para dar resposta aos obxectivos anteriormente explicados, levouse a cabo un estudo transversal de prevalencia e correlacional realizado por enquisa online.

3.3. Ámbito de estudo

O proxecto levouse a cabo na Facultade de Oza, cuxos participantes foron os alumnos universitarios das titulacións de Ciencias da Saúde da UDC que compren os criterios de inclusión e exclusión especificados no apartado 3.6.

3.4. Período de estudo

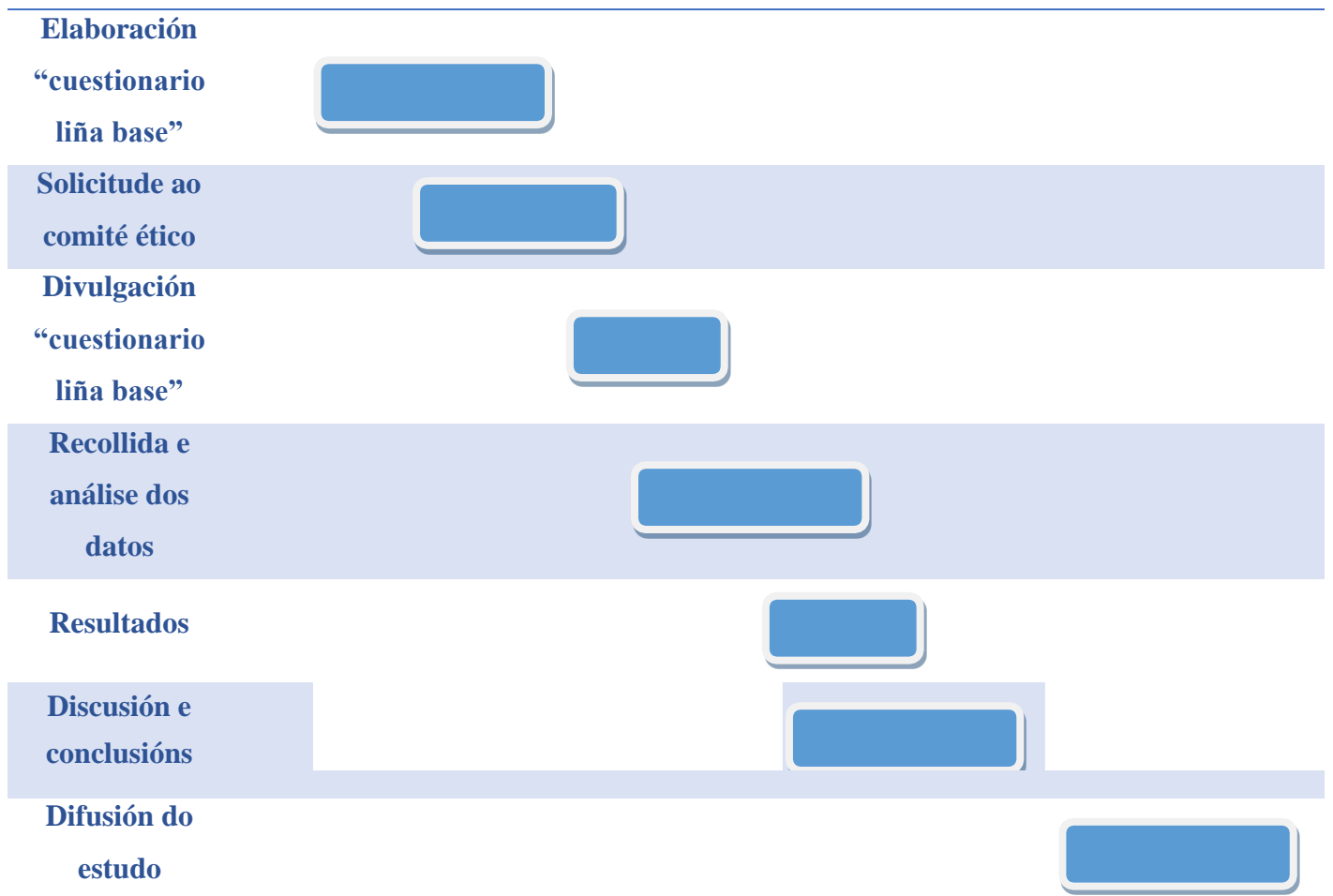
O presente traballo de investigación abarca dende Novembro de 2020 ata Setembro de 2021, cun plan de traballo exposto no apartado 3.5..

3.5. Cronograma

O cronograma de traballo presentase de maneira esquemática na Táboa 3.

Táboa 3: Cronograma de traballo

	Nov	Dec	Xan	Feb	Mar	Abr	Mai	Xuñ	Xul	Ago	Set	Out	Nov	Dec
Revisión bibliográfica														



3.6. Selección da mostra

En base aos datos extraídos da contextualización, a selección da mostra realízase mediante metodoloxía non probabilística de tipo casual, debido á accesibilidade ao estudiantado das Ciencias da Saúde da UDC.

Como criterios de inclusión establécense:

1. Individuos maiores de 18 anos que matriculados actualmente nalgún dos Graos das Ciencias da Saúde da UDC: Enfermería, Fisioterapia, Logopedia, Terapia Ocupacional ou Podoloxía.

Como criterios de exclusión defínense os seguintes:

1. Individuos que non firmen o consentimento informado.

3.7. Xustificación do tamaño mostral

A xustificación do tamaño mostral ven determinada polo obxectivo de realizar a contraste das hipóteses anteriormente descritas dentro dunha poboación real limitada.

Sendo o total da poboación, neste caso o conxunto de alumnos matriculados no curso 2020/2021 nas titulacións de Ciencias da Saúde da UDC, un total de 1.370 alumnos. Mediante metodoloxía non probabilística casual, e asumindo os valores aceptados, así como unha hipótese bilateral, calcúlase o tamaño mostral necesario co programa G-Power para atopar diferenzas significativas entre os tamaños de efecto de valor 0,3 (efecto pequeno-medio), mediante Anova de un factor con 5 niveis. Para iso, determinouse como nivel de confianza un 95%, entendendo este nivel de seguridade como un risco máximo do 5% de cometer un erro de tipo I aceptando a hipótese nula como verdadeira, cun coeficiente $Z\alpha$ de 1,96 e unha potencia do 85%, o que supoñería un total de 155 participantes necesarios para a realización do estudo.

3.8. Procedemento de recollida de datos

A captación dos participantes realizarase mediante a divulgación do estudo por diversas canles a través dun único cartel informativo. Por un lado, empregárase o formato físico a través da distribución de carteis informativos distribuídos polos edificios universitarios da Universidade da Coruña e o Campus de Ferrol, concretamente na Facultade de Ciencias da Saúde, Facultade de Fisioterapia, Facultade das Ciencias da Educación e Facultade de Enfermería e Podoloxía de Ferrol. Por outro lado, tamén foi difundido electronicamente a través das redes sociais e correo institucional propios da alumna Lucía López López, graduada en Fisioterapia e alumna do Máster Universitario de Discapacidade e Dependencia da UDC.

Por último, contactouse con membros do profesorado de cada unha das titulacións para que nos permita acceder de forma presencial ao estudantado do curso académico no que impartía a docencia. Deste xeito, realizouse unha presentación do proxecto de investigación e solicitouse a súa participación a través das canles anteriormente citadas.

A información do cartel (Anexo 4), idéntica en ámbalas dúas vías de distribución, consta dos seguintes apartados: título e temática do estudo, perfil necesario dos participantes, acceso

ao cuestionario de liña base (URL e código QR) e información de contacto para a resolución de calquera dúbida (e-mail e teléfono da alumna).

Habilitouse unha dirección web (<https://forms.office.com/r/eYGFjYzut0>) de Microsoft Forms para cumprimentar de forma online o cuestionario. A recollida dos datos foi realizada de forma anónima, configurando o cuestionario para imposibilitar a recollida de nome e a realización de máis dunha resposta por parte dun mesmo participante. Aínda que se solicitaba o correo institucional para confirmar a pertenza á Universidade da Coruña e así realizar o cuestionario, ningunha información que puidese permitir a identificación dos participantes foi recollida.

Así mesmo, no cuestionario, ademais de presentar unha breve descrición sobre o tipo de estudo e obxectivos do mesmo, axuntouse unha dirección URL onde os participantes poderían descargar en PDF o consentimento informado previamente á realización das preguntas.

A recollida de datos seguiu os criterios aprobados polo comité de ética da UDC, aspecto que se recolle no apartado 1.23.

3.9. Instrumentos de avaliación

As medicións realizáronse fundamentalmente a través de cuestionarios autocumprimentables que chamamos en conxunto “cuestionario de liña base”. En dito cuestionario incluíronse á súa vez varios cuestionarios validados tales como:

- **Cuestionario Musculoesquelético Nórdico simplificado**,⁷⁰ empregado para o cálculo da prevalencia de dor crónica músculo esquelética nas 9 rexións corporais que o constitúen. Permite analizar a prevalencia de dor durante o último ano, último mes, última semana e na actualidade. Para este proxecto empregouse a súa tradución xurada ao non contar coa validación en lingua castelá.
- **Escala Numérica da Dor**,⁷¹ que permite identificar a intensidade percibida da dor nunha escala de 0 a 10, onde 0 é a ausencia de dor e 10 a peor dor imaxinable para o suxeito.

- **Cuestionario de sensibilización central “Central Sensitization Inventory (CSI)”**,⁷² empregado para coñecer o grado de sensibilización central, está formado por dúas partes diferenciadas (A e B) e validadas en castelán. A primeira parte (A) é unha escala Likert formada por 25 ítems constituídos por diferentes síntomas característicos da sensibilización central puntuados de 0 a 4, onde 0 é nunca, 1 rara vez, 2 a veces, 3 a miúdo e 4 sempre. A puntuación oscila entre 0 e 100, diferenciando un punto de corte a nivel dos 40 puntos como zona de detección de síntomas de sensibilización central. Así mesmo, diferéncianse diferentes niveis segundo a puntuación obtida como son os valores SC subclínicos (<29 puntos); valores SC medios (entre 30 e 39 puntos); valores de SC moderados (entre 40 e 49); valores severos de SC (entre 50 e 59 puntos) e, finalmente, valores de SC extrema (entre 60 e 100 puntos).⁷³ A segunda parte (B) pregunta sobre a existencia ou non de 10 diagnósticos médicos diferentes.
- **Cuestionario de calidade de vida relacionada coa saúde SF-12**.⁷⁴ Este cuestionario é a versión abreviada e validada da escala de calidade de vida relacionada coa saúde SF-36 que permite analizar o grado de benestar e capacidade funcional do suxeito tanto a nivel físico como mental. Inclúe a análise de oito ítems como a función física e social, o rol físico e emocional, a saúde mental, a dor corporal e a saúde xeral.⁷⁵
- **Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U)**.⁷⁶ Esta escala para o análise da variable de acoso sexual está constituída por 4 factores (chantaxe sexual, acoso verbal, acoso físico e comportamento de interacción sexual), que a súa vez se forman a partir de 38 ítems puntuados dende 1 a 4, onde significa:
 - 1: Nunca me sucedeu isto no ámbito universitario.
 - 2: Algunha vez me sucedeu isto no ámbito universitario.
 - 3: Bastantes veces me sucedeu isto no ámbito universitario.
 - 4: Moitas veces me sucedeu isto no ámbito universitario.

Para calcular as frecuencias de cada un dos factores, realizase unha análise das frecuencias de cada ítem que forma os catro factores, e calculase o valor medio para cada ítem e divídese este polo número de ítems que forman cada factor. Deste xeito, as puntuacións dos

4 factores oscilarán nunha escala de 1 a 4, facilitando a súa interpretación e comparación entre os factores.

3.10. Descrición das variables a estudar

Variables dependentes: dor crónica músculo esquelética, sensibilización central e calidade de vida.

Táboa 4: Descrición de variables dependentes.

Variable	Categorías	Características	Medición
Dor crónica músculo esquelética	Presenza da dor	Variable cualitativa politómica	Cuestionario Nórdico
	Localización da dor	Variable cualitativa politómica	Músculo-esquelético (NMQ)
	Intensidade da dor	Variable cuantitativa	Numeral Rating Scale (N.R.S)
	Relación da dor músculo- esquelética co ciclo menstrual	Variable cualitativa dicotómica	Pregunta ad hoc
Sensibilización Central	Síntomas de sensibilización central	Variable cualitativa politómica	Central Sensitization Inventory (CSI)
Calidade de vida relacionada coa saúde	Compoñente de saúde física	Variable cuantitativa	
	Compoñente de saúde mental	Variable cuantitativa	Cuestionario SF-12
	Diagnóstico médico	Variable cualitativa politómica	

Variable independente: acoso sexual.

Táboa 5: Descrición de variables independentes.

Variable	Categoría	Características	Medición
Acoso sexual	Chantaxe sexual	Variable cuantitativa	

	Acoso sexual de compoñente verbal	Variable cuantitativa	Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U)
	Acoso sexual de compoñente físico	Variable cuantitativa	
	Comportamentos de interacción social de contido sexual	Variable cuantitativa	

Variables descriptivas.

Táboa 6: Descrición de variables descriptivas.

Variable	Categoría	Características	Medición
Datos sociodemográficos e académicos	Xénero	Variable cualitativa politómica	Pregunta ad hoc
	Sexo	Variable cualitativa politómica	
	Idade	Variable cuantitativa discreta	
	Orientación sexual	Variable cualitativa politómica	
	Titulación	Variable cualitativa politómica	
	Curso	Variable cuantitativa discreta ordinal	
Perfil do perpetrador	Perfil do perpetrador	Variable cualitativa politómica	

No caso dos estudantes con máis dunha titulación, preguntárase polas experiencias de violencia sexual de forma que se abarque a tódalas titulación cursadas no pasado ou na actualidade. Do mesmo xeito, para os estudantes con matrículas en diversos cursos, tomárase como curso académico actual aquel que presente o maior número de créditos en matrícula.

3.11. Técnicas de análise estatística dos datos

Realizarase unha análise descriptiva para caracterizar minuciosamente aos suxeitos da mostra. As variables cuantitativas preséntanse como medidas de tendencia central (media e mediana) e de dispersión (desviación estándar, valor mínimo e máximo), e as variables de tipo cualitativo preséntanse como cifras absolutas cos seus respectivos porcentaxes.

Para estudar a normalidade da distribución dos datos empregárase o test de Kolmogorov-Smirnov. A comparación de medias realizarase por medio das probas paramétricas t de Student ou da proba non paramétrica U de Mann-Whitney, dependendo se a distribución é normal ou non.

Tendo en conta a normalidade das variables, empregárase ANOVA ou test de Kruskal-Wallis para a comparación múltiple de medias, coa comparación a posteriori de Bonferroni e Mann-Whitney, respectivamente. En caso de non normalidade, realizarase a corrección do nivel de significación a través da división do valor de α entre o número de comparacións.

A asociación de variables cualitativas será realizada a través da aplicación do estadístico chi-cuadrado (X^2) e Odds Ratio (OR) con un 95% de intervalo de confianza (IC), tomando un nivel de significación estatística $p < 0,05$. A correlación de variables cuantitativas entre si será realizada por medio do Coeficiente de Correlación de Pearson ou de Spearman.

O procesamento e análise dos datos levarase a cabo mediante o paquete estatístico SPSS, na versión 24.0 para Windows (Armonk, NY: IBM Corp.) .

3.12. Aspectos éticos e legais

Declaración do cumprimento da normativa aplicable

Os investigadores declaran o seu compromiso de adherencia aos convenios éticos e á normativa actual sobre investigación, protección de datos e sobre a confidencialidade da información dos participantes no estudo.

O estudo foi elaborado da cordo co establecido á Lei 14/2007, á Declaración de Helsinki e ao Convenio de Oviedo. Respetarase o Regulamento Xeral de Protección de Datos da Unión Europea e a Lei Orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de protección de datos e garantías de dereitos dixitais.

Proporcionase información veraz e comprensible aos participantes deste estudo, sobre os obxectivos deste, así como das cuestións que lle vamos a solicitar, a través do documento de

información, compromiso de confidencialidade e consentimento informado (Anexo 10). Esta información dase de forma verbal durante as presentacións do estudo de maneira presencial nas aulas, ou por escrito no propio cuestionario, xunto coa correspondente solicitude do consentimento expreso do tratamento dos datos (Anexo 10).

O estudo, con número de expediente 2021-004, conta coa aprobación do Comité de Ética da Investigación e a Docencia da Universidade da Coruña, aprobado o día 4 de marzo de 2021.

3.13. Memoria económica

Debido ás características do estudo, realizado de forma online exclusivamente, os recursos materiais necesarios son limitados. A continuación, especifícanse na Táboa 7.

Táboa 7: Recursos económicos.

Recurso	Coste estimado
Fotocopias do cartel informativo	10.00€
Desprazamento aos centros universitarios	20.00€
Soporte informático	1.200€
Software estatístico SPSS	0€ (proporcionado pola UDC)
Total	1.230€

4. Resultados

Os resultados do estudo preséntanse de acordo cos obxectivos e estruturados en catro bloques. No primeiro preséntanse as características xerais da mostra; no segundo abordarase o estudo descritivo do acoso sexual, no terceiro o estudo dos diferentes aspectos relativos a saúde física e mental (prevalencia e intensidade de dor crónica musculoesquelética, niveis de sensibilización central, e calidade de vida relacionada coa saúde) e, por último, no cuarto bloque o estudo da correlación entre acoso sexual no ámbito universitario e a saúde física e mental.

4.1. Descrición da mostra segundo características sociodemográficas e académicas.

A mostra estivo formada por 171 participantes (12,48% do total de alumnos matriculados), de 23(5) anos de media, cunha idade mínima de 18 e máxima de 53. En relación ao xénero, 136 persoas (79,5%) foron de xénero feminino e 35 (20,5%) masculino. Os participantes son maioritariamente da titulación de Fisioterapia (38%), seguido de Terapia Ocupacional (17%), Enfermería (16,4%), Logopedia (14,6%) e Podoloxía (14%). Porén, en relación ao cómputo total de alumnos de cada titulación, a participación foi proporcionalmente maior en Podoloxía (25% do total), Fisioterapia (22,2%), Terapia Ocupacional (13%), Logopedia (13%) e, por último, Enfermería (5,5%). Só un 17,5% indicou a realización dunha segunda titulación relacionada coas Ciencias da Saúde, destacando os Ciclos Superiores de Formación Profesional (9,4%), seguido pola realización doutros Graos (5,3%) e Máster (2,9%).

En canto a distribución segundo o curso no que se atopan matriculado o alumnado, a súa distribución en orde descendente foi de 39,2% do 2º curso, 26,3% no 4º curso, 18,7% no 1º curso e nun 15,8% no 3º curso (Figura 1). Tamén se mostra como se distribúen os alumnos por curso segundo titulación (Figura 2).

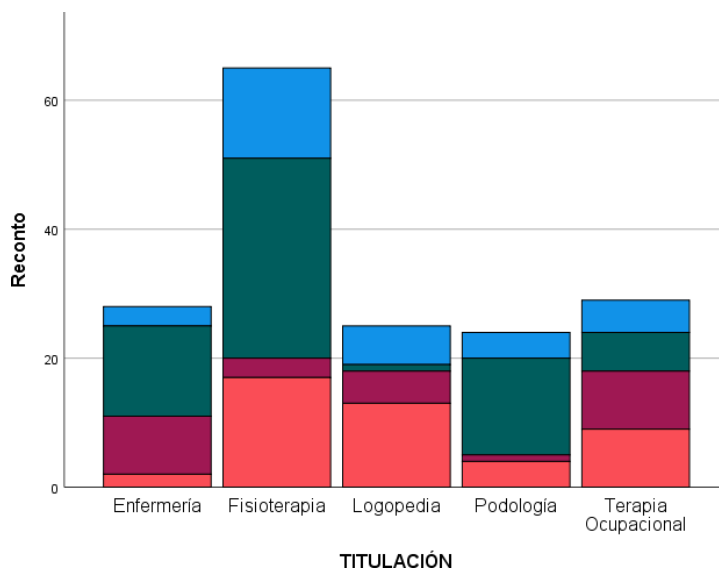


Figura 1: Recuento de participantes por curso académico.

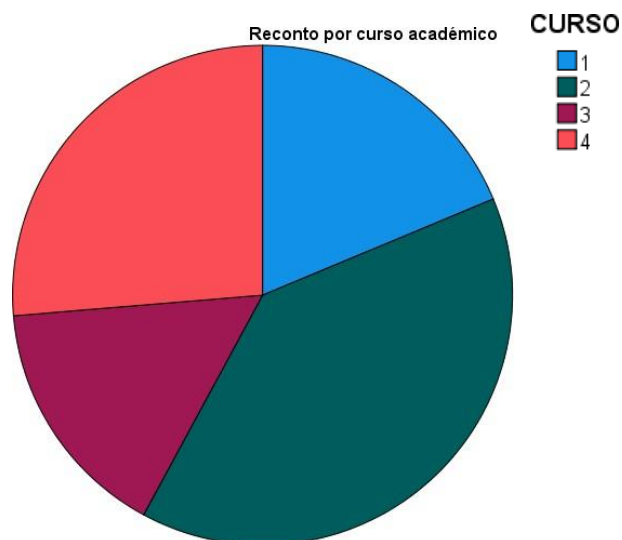


Figura 2: Recuento de participantes por titulación e curso académico.

En relación ás variables de orientación sexual, a maioría das participantes indicaron ser heterosexuais (76%), seguido da bisexualidade (18%), homosexualidade (6,4%) e orientación non específica (0,6%).

Por último, en relación á presenza de discapacidade, un 93,6% da mostra non presentaba ningún tipo. Dentro dos participantes que indicaron a presenza de discapacidade, destaca a discapacidade inespecífica (3,9%), visual (1,8%), osteoarticular (1,2%) e auditiva (0,6%).

4.2. Estudio do acoso sexual

1. Análise descritiva da escala de acoso sexual e comportamento de interacción sexual e variables asociadas.

Os resultados obtidos para cada un dos 4 factores que constitúen a *Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario* (EASIS-U) preséntanse na Táboa 8. Tal e como se mencionou no apartado de 3.9. Instrumentos de avaliación as puntuación próximas a 1 indican baixa frecuencia de experiencias de acoso sexual, fronte a puntuacións próximas a 4 onde se manifesta elevada frecuencia de acoso sexual. Obsérvase que o factor que presenta puntuacións máis elevadas é o *acoso sexual verbal* (F2) e polo contrario, a que mostra menor puntuación é a *chantaxe sexual* (F1). Así mesmo, preséntase na Táboa 8 as frecuencias de resposta segundo xénero para cada factor, con porcentaxes superiores nas mulleres en tres dos catro factores.

Tras a análise da asociación entre os valores obtidos para cada un dos factores da *escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario* (EASIS-U) e as variables de xénero, título, curso, discapacidade, e orientación sexual non se atoparon diferenzas estatisticamente significativas para ningunha delas, tal como se mostra nas Táboa 9 e Táboa 10.

Táboa 8: Análise descritiva dos factores Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U).

		Chantaxe sexual (F1)	Acoso sexual verbal (F2)	Acoso sexual físico (F3)	Comportamento social de interacción sexual (F4)
Media (DT)		1,03(0,01)	1,12(0,02)	1,05(0,12)	1,26(0,03)
Mediana		1	1	1	1
Mínimo		1	1	1	1,17
Máximo		1,53	2,83	2,14	2,5
IC (95%)		1,01-1,04	1,08-1,16	1,03-1,07	1,21-1,31
Nunca	n (%)	167 (97,53%)	152 (89,27%)	164 (95,91%)	135 (78,5%)
Algunhas veces	n (%)	3 (1,52%)	16 (9,35%)	6 (3,34%)	31 (17,93%)
Bastantes veces	n (%)	1 (0,58%)	2 (1,29%)	1 (0,75%)	4 (2,55%)
Moitas veces	n (%)	-	1 (0,1%)	-	1 (0,88%)

Táboa 9: Análise da frecuencia de resposta dos factores da Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U) segundo xénero.

			Chantaxe sexual (F1)	Acoso sexual verbal (F2)	Acoso sexual físico (F3)	Comportamento social de interacción sexual (F4)
Feminino	Nunca	n (%)	133 (97,77%)	120 (88,35%)	130 (95,69%)	108 (79,77%)
	Algunhas veces	n (%)	3 (1,99%)	13 (10,0%)	5 (3,37%)	23 (16,55%)
	Bastantes veces	n (%)	(0,20%)	3 (1,46%)	1 (0,94%)	4 (2,7%)
	Moitas veces	n (%)	(0,04%)	(0,12%)	-	1 (0,98%)
Masculino	Nunca	n (%)	34 (97,43%)	33 (92,86%)	34 (96,73%)	26 (74,27%)
	Algunhas veces	n (%)	1 (2,57%)	2 (6,66%)	1 (3,27%)	8 (23,34%)
	Bastantes veces	n (%)	-	(0,48%)	-	1 (1,91%)

Moitas veces	n (%)	-	-	-	(0,48%)
--------------	-------	---	---	---	---------

Táboa 10: Análise dos factores da Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U) con relación a xénero, titulación e curso.

		Chantaxe sexual (F1)	Acoso sexual verbal (F2)	Acoso sexual físico (F3)	Comportamento social de interacción sexual (F4)
XÉNERO	Feminino (n=136)	1,03(0,08)	1,13(0,28)	1,05(0,17)	1,25(0,33)
	Masculino (n=35)	1,03(0,07)	1,08(0,19)	1,03(0,09)	1,29(0,33)
	<i>p</i>	0,688	0,205	0,979	0,463
TITULACIÓN	Enfermería (n=28)	1,03(0,07)	1,08(0,21)	1,05(0,11)	1,18(0,25)
	Fisioterapia (n=65)	1,02(0,36)	1,15(0,23)	1,04(0,13)	1,27(0,34)
	Logopedia (n=25)	1,03(0,11)	1,16(0,41)	1,04(0,15)	1,25(0,34)
	Terapia Ocupacional (n=29)	1,05(0,13)	1,13(0,28)	1,10(0,26)	1,01(0,4)
	Podoloxía (n=24)	1,00(0,03)	1,05(0,28)	1,01(0,4)	1,19(0,24)
	<i>p</i>	0,536	0,111	0,351	0,474
CURSO	1º Curso (n=32)	1,01(0,04)	1,13(0,3)	1,08(0,21)	1,24(0,37)
	2º Curso (n=67)	1,03(0,07)	1,11(0,22)	1,04(0,13)	1,23(0,3)
	3º Curso (n=27)	1,01(0,02)	1,06(0,13)	1,03(0,08)	1,25(0,29)
	4º Curso (n=45)	1,04(0,12)	1,17(0,34)	1,05(0,18)	1,31(0,36)
	<i>p</i>	0,475	0,364	0,775	0,675
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual (n=130)	1,02(0,8)	1,11(0,25)	1,05(0,16)	1,24(0,33),
	Bisexual	1,03(0,06)	1,20(0,32)	1,06(0,13)	1,29(0,36)
	Homosexual	1,01(0,02)	1,08(0,16)	1,04(0,9)	1,34(0,23)
	<i>p</i>	0,144	0,399	0,578	0,191
DISCAPACIDADE	Osteoarticular	1,00(0,0)	1,0(0,0)	1,0(0,0)	1,0(0,0)
	Visual	1,00(0,0)	1,07(0,15)	1,09(0,13)	1,27(0,3)
	Outras	1,02(0,05)	1,16(0,29)	1,0(0,0)	1,06(0,1)
	Sen discapacidade	1,03(0,08)	1,12(0,26)	1,05(0,16)	1,26(0,32)

<i>p</i>	0,326	0,277	0,120	0,179
----------	-------	-------	-------	-------

Para determinar a asociación entre tipo de acoso e as variables sociodemográficas (xénero) e académicas (titulación e curso) realizouse un estudo da interacción dos 4 factores de acoso (chantaxe sexual, acoso verbal, acoso físico e comportamento de interacción sexual) en relación a tales variables. Este análise de interacción axúntase como **Material Complementario**, e recollendo aquí só algunhas das figuras que representan tal análise. Tal como se mostra na Figura 3 existe variabilidade en canto os diferentes tipos de acoso percibido polos estudantes das diferentes titulacións e dos diferentes cursos; e tamén entre as diferentes titulacións e xénero (Figura 4) e curso e xénero (Figura 5), pero ningunha das análises de interacción titulación*curso, titulación*xénero e curso*xénero para cada un dos 4 factores demostrou diferencias significativas.

Os valores máis altos para o *factor chantaxe sexual* dase nos estudantes de cuarto curso de Terapia Ocupacional e no xénero masculino; os máis altos para o *factor de acoso verbal* atópase nas estudantes de xénero feminino do primeiro curso de Logopedia; para o *factor de acoso físico*, as estudantes femininas do primeiro curso de Terapia Ocupacional presentan os valores máis elevados e, por último, para o *factor de comportamento social de interacción sexual* preséntanse os valores máis altos tanto para as estudantes femininas do segundo curso de Logopedia como para os estudantes masculinos do terceiro curso de Podoloxía.

Na nosa mostra, a excepción do *factor de acoso físico*, o resto de factores (chantaxe sexual, acoso verbal e comportamento de interacción sexual) son máis frecuentes no 4º curso.

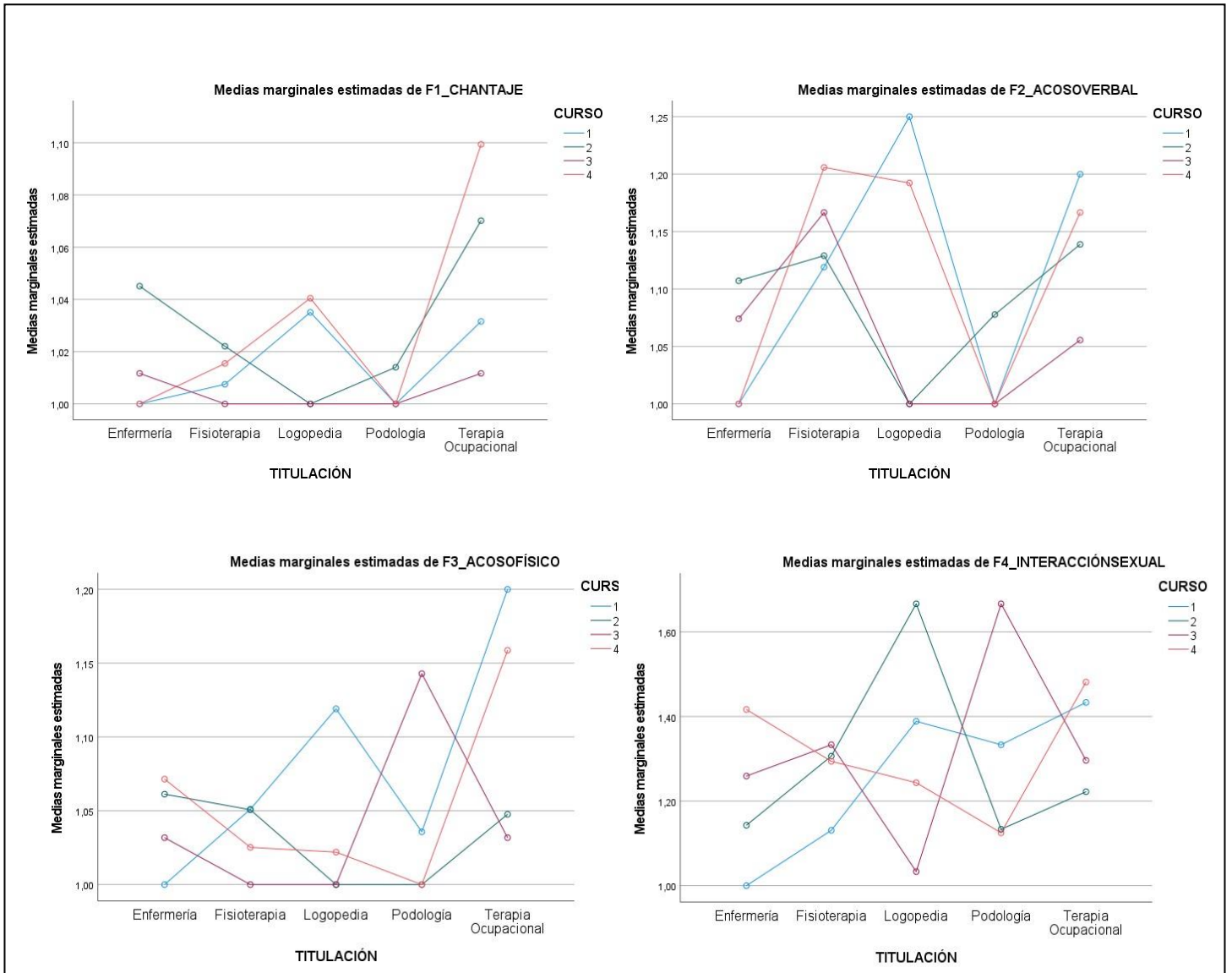


Figura 3: Interacción factores da Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U) e titulación e curso académico.

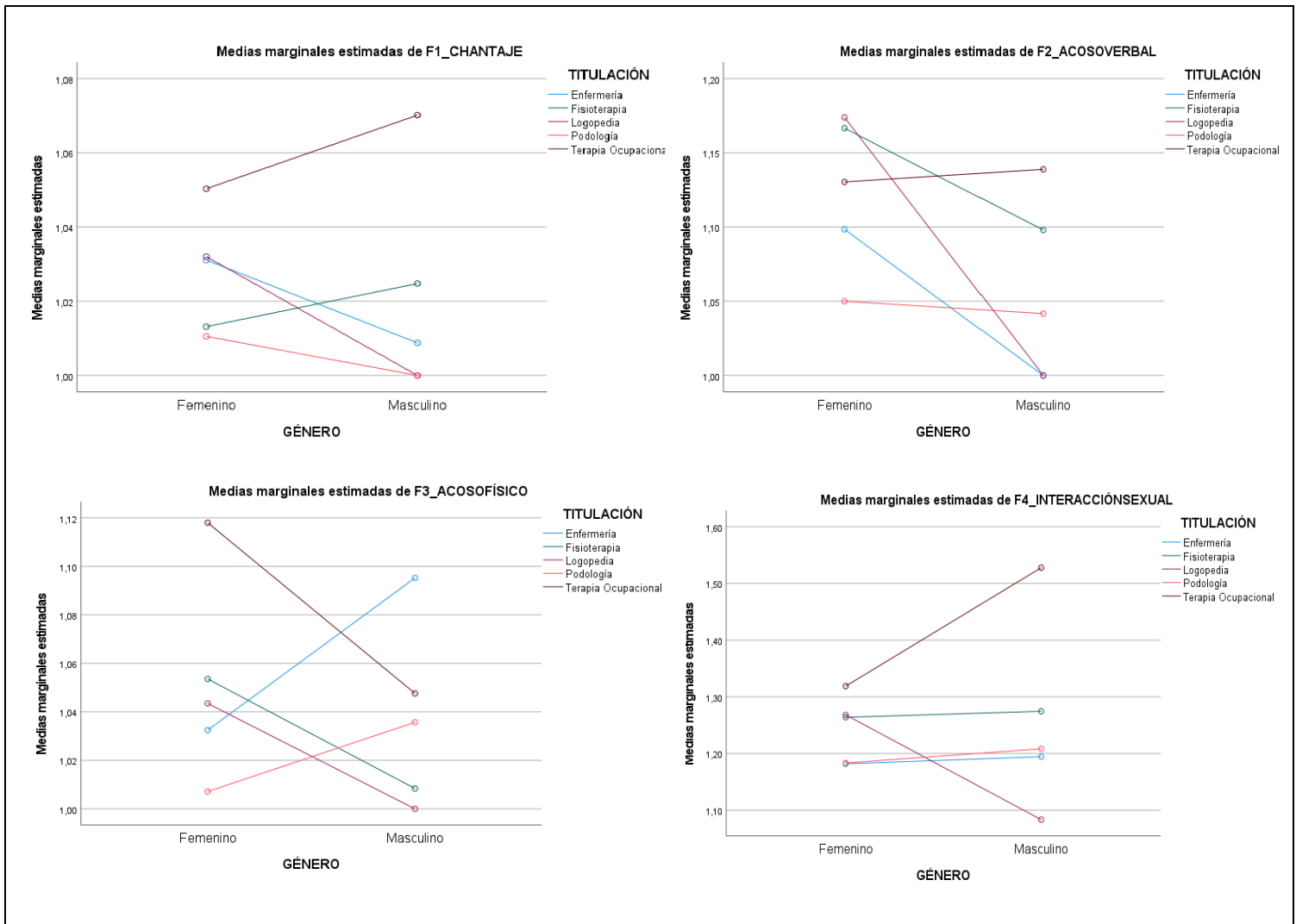


Figura 4: Interacción factores da Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U) e titulación académica e xénero.

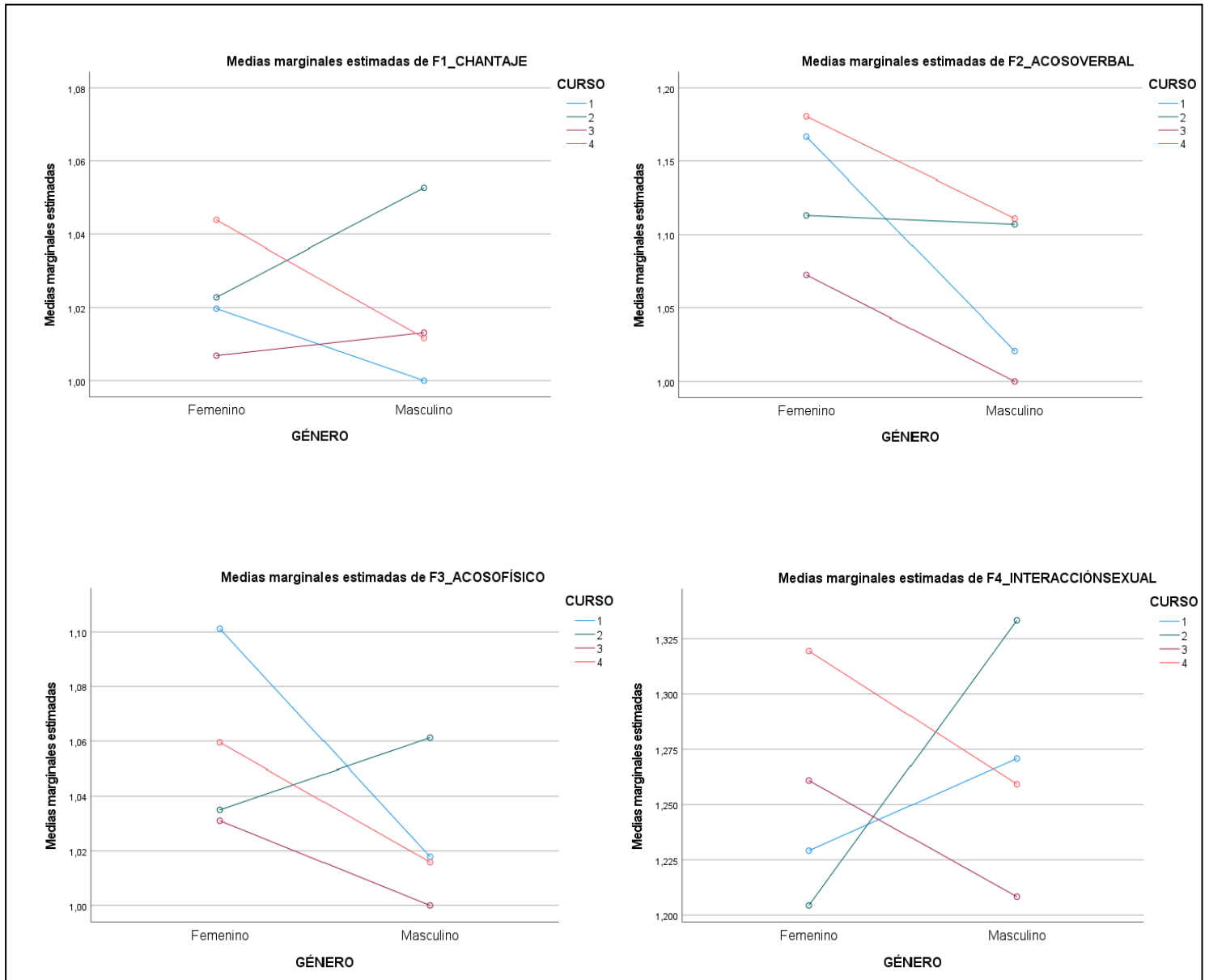


Figura 5: Interacción factores da Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U) e curso académico e xénero.

Por último, realízase unha análise do perfil de perpetrador máis común. Entre as persoas que sufriu o acoso o perfil principal é o estudiantado (11,1%), continuado por profesorado (7,6%), persoas descoñecidas (4,7%) e pacientes (4,1%). Persoal administrativo, familiares de pacientes e outro tipo de persoas representaron un 0,6%, respectivamente.

4.3. Estudo da saúde física e mental en termos de prevalencia e intensidade de dor musculoesquelética, síntomas de dor crónica e calidade de vida relacionada coa saúde

1. Descrición da mostra segundo prevalencia e intensidade de dor musculoesquelética.

A prevalencia de dor musculoesquelética segundo os resultados do cuestionario NMQ no que se mide a presenza de dor en 9 rexións corporais no último ano, último mes, última semana e o día da avaliación, recóllese na Táboa 11.

Para todos os períodos de tempo medidos as 3 rexións corporais máis prevalentes de dor son a rexión cervical, lumbar e costas superior.

Táboa 11: Prevalencia de dor músculo-esquelética en estudantes de Ciencias da Saúde, segundo as distintas zonas corporais, medida a través do Cuestionario Músculo-Esquelético Nórdico.

	Presenza de DME nos últimos 12 meses	Presenza de DME no último 1 mes	Presenza de DME na última 1 semana	Presenza de DME hoxe
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ombros/brazos	65 (38%)	45 (26,3%)	19 (11,1%)	34 (19,9%)
Costas superior	99 (57,9%)	81 (47,4%)	41 (24%)	65 (38%)
Cóbdados/antebrazos	11 (6,4%)	11 (6,4%)	2 (1,2%)	8 (4,7%)
Pulsos/Mans	38 (22,2%)	29 (17%)	10 (5,8%)	24 (14%)
Abdome	46 (26,9%)	35 (20,5%)	13 (7,6%)	25 (14,6%)
Cervical	117 (68,4%)	102 (59,6%)	58 (33,9%)	85 (49,7%)
Xeonllos/Papo da perna	53 (31%)	35 (20,5%)	16 (9,4%)	31 (18,1%)
Nocellos/Pés	53 (31%)	42 (24,6%)	17 (9,9%)	39 (22,8%)
Lumbar	112 (68,4%)	95 (55,6%)	48 (28,1%)	76 (44,4%)
Cadeira	37 (21,6%)	26 (15,2%)	13 (7,6%)	23 (13,5%)

DME: dor musculoesquelética

Na Táboa 12 móstrase a intensidade da dor obtida a través da Escala Numérica da Dor para as diferentes localizacións nos últimos 7 días, referindo a zona lumbar como a rexión corporal na que presentan maior intensidade de dor.

Táboa 12: Media da puntuación obtida na Escala Numérica da Dor para as distintas zonas corporais, ordenadas de maior a menor intensidade de dor.

	n	Media (DT)	Mediana	Mínimo Máximo	IC (95%)
Lumbar	84	5,36(2,24)	5,0	1-10	4,87-5,84
Cadeiras	27	5,35(2,45)	6,0	2-10	4,36-6,31
Cervical	92	5,15(2,12)	5,1	1-10	4,71-5,59
Nocellos/Pés	40	4,90(1,9)	5,0	1-9	4,29-5,51
Xeonllos/Papo da perna	38	4,87(2,11)	5,0	1-10	4,18-5,56
Costas superior	74	4,86(2,18)	5,0	1-10	4,36-5,37
Abdome	5	4,80(2,54)	5,0	1-10	3,93-5,67
Ombros/brazos	41	4,49(1,94)	5,0	1-8	3,88-5,10
Cóbdados/antebrazos	15	4,47(2,45)	4,0	1-9	3,11-5,82
Pulsos/Mans	30	4,37(1,87)	4,5	1-8	3,67-5,06

DT: desviación típica, IC: intervalo de confianza

A Figura 6 representa a asociación que fan as participantes do seu ciclo menstrual e a súa dor crónica músculo esquelética, onde se manifesta unha baixa relación entre as variables ao predominar as respostas de “nunca” (27,5%) e “algunhas veces” (26,8%).

Relación dor músculo esquelética e ciclo menstrual

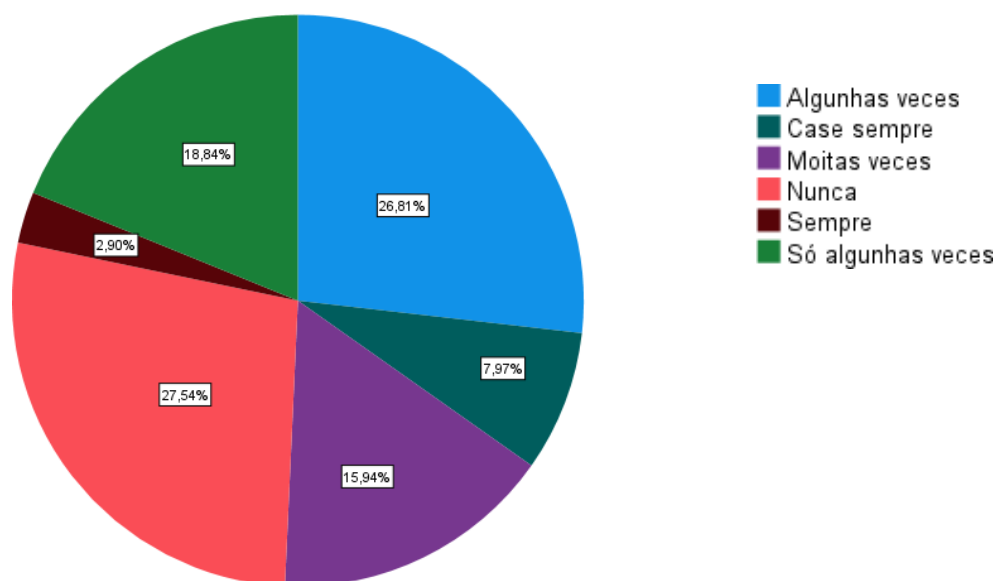


Figura 6: Gráfico asociación dor crónica músculo esquelética e ciclo menstrual.

2. Análise da prevalencia de DME actual e variables asociadas.

A análise da prevalencia de DME en relación ao **xénero** mostrase na Táboa 13. Aínda que a prevalencia de dor é superior no xénero feminino que no masculino en practicamente tódalas localizacións, non se presentan diferencias significativas.

Táboa 13: Prevalencia de dor músculo-esquelética segundo xénero.

	Feminino	Masculino	<i>p</i>
Costas superior	39%	34,3%	0,611
Cervical	51,5%	42,9%	0,363
Nocellos/pés	24,3%	17,1%	0,371
Lumbar	45,6%	40%	0,553
Cóbdados	5,1%	2,8%	0,567
Ombros/brazos	19,1%	22,9%	0,621
Pulsos/mans	15,4%	8,6%	0,297
Abdome	16,2%	8,6%	0,256
Xeonllos/papo da perna	20,6%	8,6%	0,100

Cadeiras	13,3%	14,3%	0,871
-----------------	-------	-------	-------

A prevalencia de dor músculo esquelética no momento actual para cada unha das rexións anatómicas estudadas, **segundo a titulación académica** que cursan os participantes, móstrase na Táboa 14.

Táboa 14: Prevalencia de dor músculo-esquelética actual segundo titulación académica.

	Fisioterapia	Enfermería	Terapia ocupacional	Podoloxía	Logopedia	p
Costas superior	46,2%	21,4%	37,9%	37,5%	36%	0,273
Cervical	49,2%	32,1%	55,2%	54,1%	60%	0,281
Nocellos	18,5%	17,6%	20,7%	41,7%	24%	0,197
Lumbar	46,2%	64,29%	51,7%	45,8%	32%	0,678
Cóbdos	4,6%	7,1%	6,9%	4,2%	0%	0,746
Ombros/brazos	13,8%	14,3%	34,5%	25%	20%	0,177
Pulsos/mans	6,1%	7,1%	31,0%	20,8%	16%	0,015
Abdome	13,8%	10,7%	17,2%	16,7%	16%	0,957
Xeonllos/papo da perna	12,3%	7,1%	37,9%	29,2%	12%	0,007
Cadeiras	10,8%	7,1%	13,8%	25%	16%	0,373

Como podemos observar na Táboa 14, só aparecen diferenzas estatisticamente significativas en relación á dor nas rexións de dor en pulsos/mans e xeonllos/papo da perna entre os estudantes das diferentes titulacións, onde destaca a súa prevalencia nos estudantes de Terapia Ocupacional.

Obsérvase que en tódalas titulacións a maior prevalencia de dor recóllese para as rexións de columna cervical e lumbar. Así mesmo, para as titulacións de Fisioterapia, Enfermería, Logopedia e Terapia Ocupacional tamén predomina a rexión de costas superior, esta última titulación acompañada dunha alta prevalencia para a rexión de xeonllos e papo da perna. Por último, destaca en Podoloxía a alta prevalencia na localización de nocellos.

A prevalencia actual de dor músculo esquelética para cada unha das rexións anatómicas estudadas, **segundo o curso académico** que cursan os participantes, móstrase na Táboa 11, non atopando diferenzas significativas para ningunha das zonas corporais estudadas en relación ao curso académico no que se atopan os estudantes.

Táboa 15: Prevalencia de dor músculo-esquelética actual segundo curso académico.

	1º curso	2º curso	3º curso	4º curso	<i>p</i>
Costas superior	40,63%	32,8%	40,7%	42,2%	0,734
Cervical	53,1%	50,7%	44,4%	48,9%	0,921
Nocellos/pés	25%	20,9%	11,1%	31,1%	0,252
Lumbar	37,5%	50,7%	40,7%	42,2%	0,554
Cóbdados	6,3%	7,5%	3,7%	0%	0,308
Ombros/brazos	15,6%	19,4%	18,5%	24,4%	0,803
Pulsos/mans	12,5%	11,9%	14,8%	17,8%	0,839
Abdome	21,9%	10,4%	7,4%	20%	0,217
Xeonllos/papo da perna	21,9%	10,4%	29,6%	20%	0,140
Cadeiras	15,6%	14,9%	3,7%	15,6%	0,452

3. Descrición da mostra segundo síntomas de sensibilización central e variables asociadas

En relación á sensibilización central, medida a través da primeira parte do Inventario de Sensibilización Central, os participantes obteñen unha puntuación media de 30,5 (14,3) puntos e unha mediana de 29, cun valor mínimo de 2 puntos e máximo de 92 puntos. Considerando os valores deste Inventario, citados no apartado de 3.9. Instrumentos de avaliación, e tal como se mostra na Figura 7, un 54,4% da mostra ten valores subclínicos (<29 puntos); un 24% valores medios (entre 30 e 39 puntos); un 9,9% valores de sensibilización central moderados (entre 40 e 49); un 7,6% valores severos de sensibilización central (entre 50 e 59 puntos) e, finalmente, teñen valores de sensibilización extrema un 4,1% (entre 60 e 100 puntos).

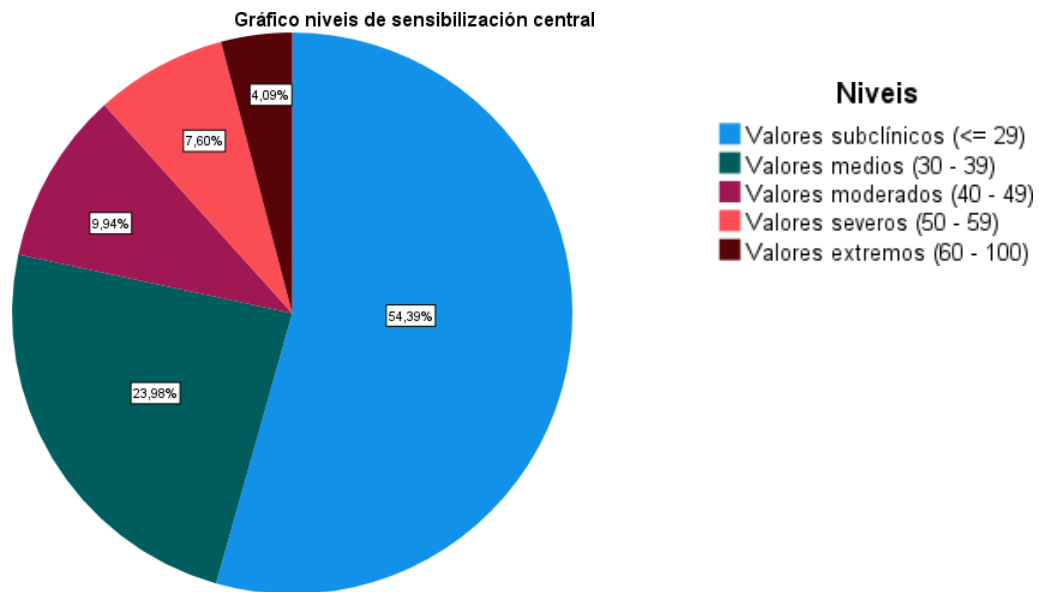


Figura 7: Gráfico de niveis de sensibilización central.

En relación aos diagnósticos clínicos que tamén permite medir o citado Inventario de Sensibilización Central e que aparecen reflexados na Táboa 17, a ansiedade (21,1%), as migrañas/cefaleas tensionais (17,5%), e a depresión (11,7%) foron os máis prevalentes.

Táboa 16: Prevalencia dos diagnósticos de síndromes de sensibilización central segundo o Inventario de Sensibilidade Central

	N	%
Ansiedade	36	21,1%
Migrañas ou cefaleas tensionais	30	17,5%
Depresión	20	11,7%
Lategazo cervical	17	9,9%
Trastornos temporomandibulares	13	7,6%
Síndrome do colon irritable	8	4,7%
Síndrome de fatiga crónica	1	0,6%
Fibromialxia	0	0%
Sensibilidade química	0	0%

4. Análise de Sensibilización Central (SC) e variables asociadas.

Tras a análise das posibles diferenzas nos síntomas de sensibilización central en relación ao **xénero**, atópase un predominio de estes síntomas no xénero feminino, sendo ademais esta diferenza estatisticamente significativa ($p < 0.001$) (Figura 8).

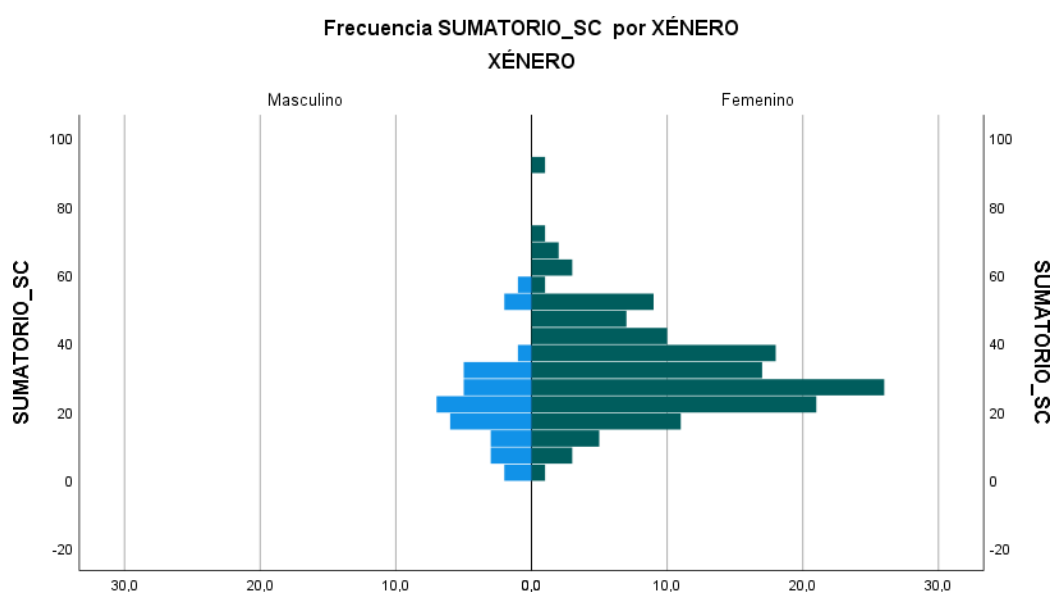


Figura 8: Distribución da puntuación dos síntomas de Sensibilización Central entre xéneros.

A puntuación de sensibilización central segundo á **titulación** que cursan os participantes presentase na *Figura 9*. Tras unha análise comparativa por pares, si se presentan diferenzas estatisticamente significativas entre as titulacións en relación á sintomatoloxía de sensibilización central; concretamente entre Terapia Ocupacional e Logopedia ($p=0,017$), Terapia Ocupacional e Podoloxía ($p=0,007$), Enfermería e Podoloxía ($p=0,039$) e Fisioterapia e Podoloxía ($p=0,023$). A sintomatoloxía de sensibilización central predomina nos estudantes de Podoloxía, presentándoa un 34,3% dos participantes con puntuacións superiores a 40.

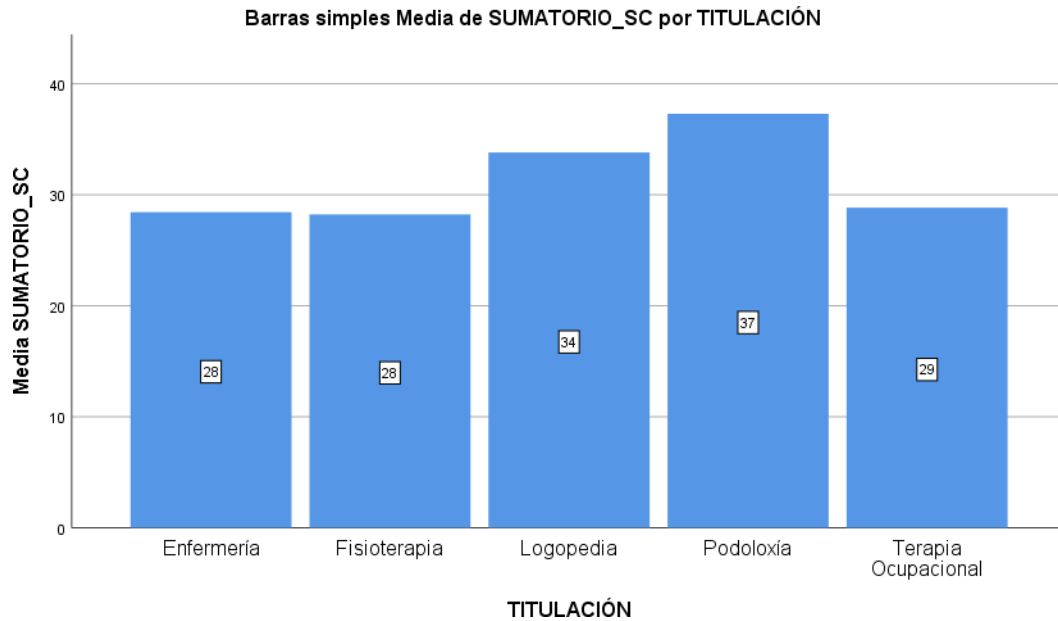


Figura 9: Puntuación media de sensibilización central por titulación académica.

Realizouse o mesmo procedemento de análise dos síntomas de sensibilización central segundo o **curso** no que se atopan matriculados os estudantes, e os resultados demostraron que non había diferenzas significativas ($p=0,534$).

Por último, analizáronse que factores estaban correlacionados e inflúen na presenza de sensibilización central da nosa mostra, obtendo correlacións significativas para PCS (OR=-0,43; $p<0,001$), MSC (OR=-0,63; $p<0,001$), e o acoso físico (OR=0,16; $p=0,037$), como se recolle no Material Complementario (análise 6).

5. Descrición da mostra segundo a calidade de vida relacionada coa saúde e variables asociadas

Os resultados de calidade de vida relacionada coa saúde, obtidos a través de cuestionario SF-12⁷⁴, móstranse na Figura 9 para cada unha das 8 dimensións e para os dous compoñentes sumarios (PCS: compoñente sumario físico, MCS: compoñente sumario mental). Preséntanse as puntuacións estandarizadas cos valores das normas poboacionais (media de 50 puntos e una desviación estándar de 10), representados coas liñas vermellas. Obsérvase que as dimensións con peores puntuacións correspóndense as dimensións relacionadas coa saúde mental (representadas en color gris na Figura 9), tales como “rol emocional” (RE= 41,75), “saúde

mental” (MH= 44,22), “funcionamento social” (SF= 47,8), “vitalidade” (VT= 48,55) e o propio compoñente sumario mental (MCS= 41,44). En xeral, a mostra presenta valores por debaixo dos valores de referencia poboacional en tódalas dimensións relacionadas coa saúde mental; mentres que as relacionadas con saúde física son normais ou superiores os valores de referencia de poboación xeral.

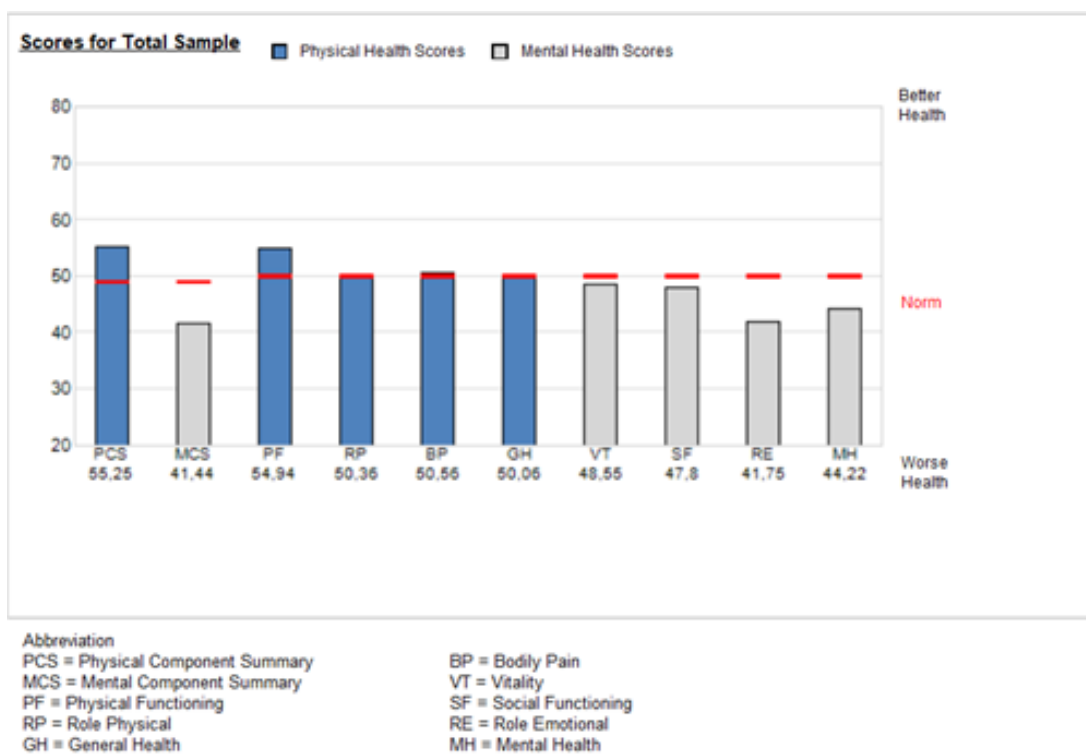
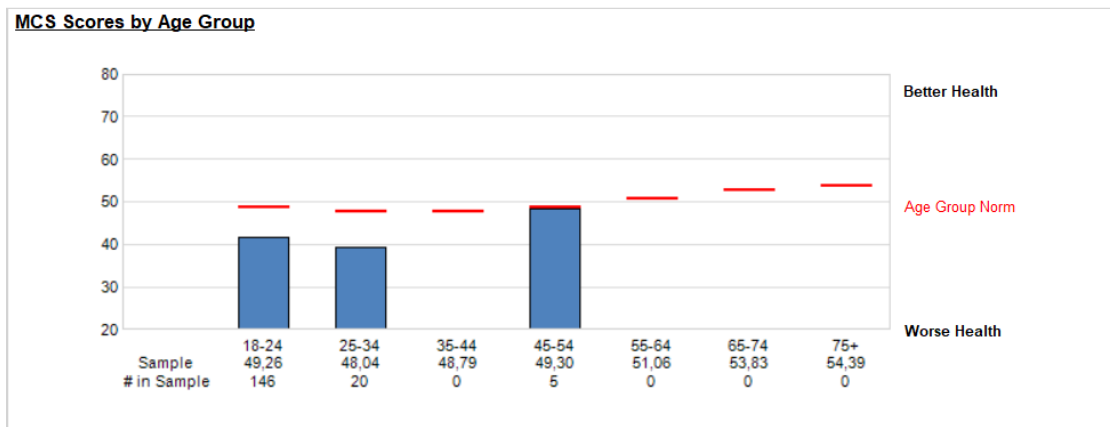
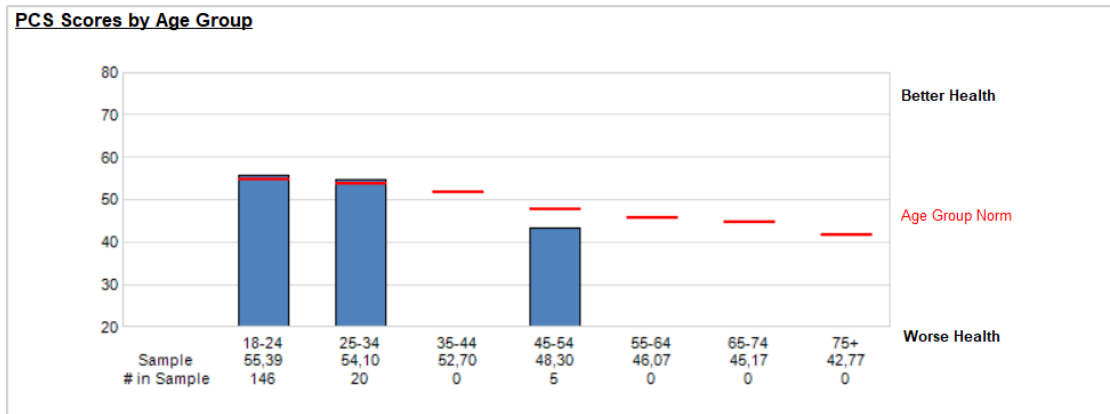


Figura 9: Valores da mostra en cada unha das dimensión e compoñentes do cuestionario SF-12.

Cando comparamos a puntuación das dimensión do SF-12 **axustando por grupos de idade** (Figura 10), e considerando que a maioría da mostra se atopa entre 18 e 34 anos, observamos que, para saúde física a maioría dos participantes teñen puntuacións superiores á media poboacional; mentres que para a saúde mental, a maioría teñen puntuacións por debaixo dos valores de referencia, especialmente os do grupo de 25 a 34 anos.



Abbreviation
 PCS = Physical Component Summary
 MCS = Mental Component Summary
 PF = Physical Functioning
 RP = Role Physical
 GH = General Health
 BP = Bodily Pain
 VT = Vitality
 SF = Social Functioning
 RE = Role Emotional
 MH = Mental Health

Cando comparamos a puntuación do SF-12 axustando por **xénero** observamos que, no relativo a saúde física, o 63% do xénero masculino e o 68% do xénero feminino presentan puntuacións superiores á media poboacional e só un 3% e un 7% respectivamente, presentan valores inferiores ós de referencia.

No relativo a saúde mental destaca, polo contrario, que o 37% do xénero masculino e o 56% do xénero feminino están por debaixo das puntuacións de referencia; e só un 23% e 10% respectivamente presentan valores superiores os considerados de referencia.

Ademais, cabe mencionar que as puntuación iguais ou inferiores a 42 puntos no compoñente de saúde mental (MSC), son interpretadas como un cribado positivo no risco de presentar unha primeira fase de depresión ⁷⁷. Empregando os datos da poboación de referencia

Figura 10: Puntuacións do cuestionario SF-12 segundos grupos de idade. PCS = puntuacións do componente sumario físico; MCS = puntuacións do componente sumario mental

do SF-12 e analizando por xénero, un 50% das alumnas que participaron no estudo encontraríanse en risco dunha primeira fase de depresión (fronte ó 22% que está estimado en poboación xeral), reducíndose a un 28% nos alumnos (fronte ó 16% que se estima en poboación xeral) (Figura 11).

First Stage Positive Depression Screening % at Risk

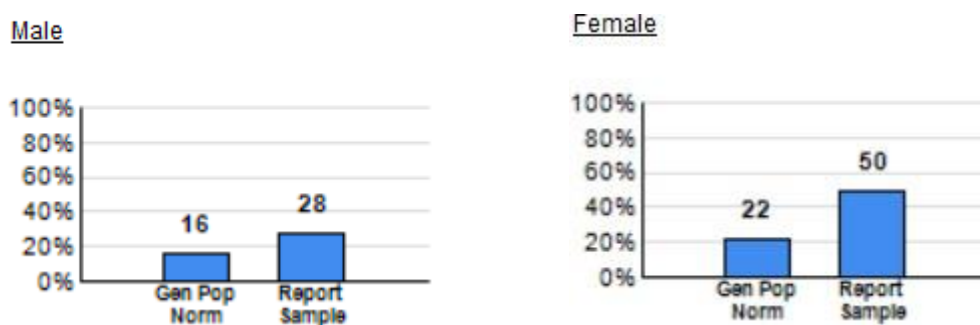


Figura 11: Risco de primeira fase de depresión segundo xénero considerando o porcentaxe de participantes que se atopan con valores inferiores a 44 puntos no Componente Sumario Mental no caso dos homes (imaxe esquerda) e das mulleres (imaxe dereita).

A continuación, preséntase na Táboa 17 a análise realizada dos sumatorios dos compoñentes de saúde física (PCS) e mental (MSC), así como as oito dimensións que forman o cuestionario SF-12 respecto ao xénero, onde soamente foron encontradas diferencias significativas para o MCS ($p=0,002$).

Táboa 17: Análise das dimensións do cuestionario SF-12 segundo xénero.

	Masculino (Media (DT))	Feminino (Media (DT))	<i>p</i>
Compoñente sumario físico (PCS)	55,55(5,51)	55,17(7,07)	0,893
Compoñente sumario mental (MCS)	46,68(11,14)	40,09(11,67)	0,002

Funcionalidade física (PF)	54,80(5,41)	55,49(4,18)	0,602
Rol físico (RP)	49,81(8,70)	52,5(7,78)	0,051
Saúde xeral (GH)	49,99(9,30)	50,36(6,26)	0,816
Dor corporal (BP)	50,44(8,75)	51,03(10,11)	0,348
Vitalidade (VT)	48,63(9,72)	48,22(9,02)	0,874
Funcionamento social (SF)	47,35(10,13)	49,53(9,02)	0,264
Rol emocional (RE)	41,64(12,06)	42,17(13,20)	0,710
Saúde mental (MH)	44,43(10,65)	43,39(11,14)	0,633

DT: Desviación Típica

En relación ás **titulacións** e ós **cursos académicos**, as diferenzas atopadas non foron significativas para ningún dos compoñentes, porén cabe destacar que o MSC empeora a medida que van avanzando os cursos académicos, a diferenza do PCS, tal como se mostra na Táboa 18.

Táboa 18: Valores do compoñente sumario físico e mental segundo titulación e curso académico.

		PCS (Media(DT))	MCS (Media(DT))
TITULACIÓN	FISIOTERAPIA	57,40(5,78)	41,71(10,89)
	ENFERMERÍA	55,24(5,78)	41,47(11,89)
	TERAPIA OCUPACIONAL	53,39(8,37)	43,37(12,27)
	LOGOPEDIA	54,71(8,45)	40,59(10,38)
	PODOLOXÍA	52,13(6,12)	39,21(15,22)
<i>p=0,008</i>			
CURSO	1º CURSO	53,02(8,19)	42,38(10,86)
	2º CURSO	55,50(5,87)	42,14(12,34)
	3º CURSO	55,46(5,53)	41,24(12,83)
	4º CURSO	56,34(7,41)	39,84(11,33)
<i>p=0,761</i>			

PCS: Compoñente Sumario Físico; MCS: Compoñente Sumario Mental; DT: Desviación Típica.

Nun análise complementario comprobouse que os resultados do SF-12 presentaban diferenzas en relación ás **titulacións académicas** cando estas se comparaban por pares, obtendo diferenzas significativas para o PCS nas comparación de Podoloxía e Logopedia ($p=0,017$), Podoloxía e Enfermería ($p<0,001$) e Terapia Ocupacional e Fisioterapia ($p=0,04$); pero sen diferenzas significativas nos valores do MSC.

4.4. Análise de correlación entre as experiencias de acoso sexual e as variables estudadas relativas a saúde física e mental

A continuación, preséntanse os resultados da asociación das variables xa citadas de dor musculoesquelética, sensibilización central e calidade de vida relacionada coa saúde (variables dependentes) e as experiencias de violencia sexual, a través dos 4 factores da *Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U)* (variable independente).

Para analizar esta asociación realizouse unha agrupación dos participantes: (i) con puntuación superiores a 1 nos factores da *Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U)*, o que indicaría que nalgún momento experimentaron algunha situación de chantaxe sexual, acoso sexual ou comportamento de interacción sexual (reflexado como “si” na táboa 19); e (ii) os que teñen puntuacións iguais ou inferiores a 1 e, polo tanto, nunca experimentaron estas situacións (reflexado como “non” na táboa 19).

1. Asociación entre historial de violencia sexual e prevalencia de dor musculoesquelética no último ano

Na Táboa 19 móstranse os resultados desta análise, observándose que só hai diferenzas significativas entre ter tido experiencias de chantaxe sexual e acoso sexual verbal e unha maior prevalencia de dor na rexión de costas superior no último ano.

Para o resto de zonas corporais, a excepción de abdome e cadeiras, os suxeitos que experimentaron violencia sexual tenden a presentar maior prevalencia de dor musculoesquelética, aínda que sen significancia estatística.

Táboa 19: Resultados de prevalencia de dor musculoesquelética no último ano segundo historial de violencia sexual.

		Chantaxe sexual		Acoso verbal		Acoso físico		Comportamento de interacción sexual	
		NON n (%)	SI n (%)	NON n (%)	SI n (%)	NON n (%)	SI n (%)	NON n (%)	SI n (%)
Lumbar	SI	89 (79,5%)	23 (20,5%)	79 (70,5%)	33 (29,5%)	93 (83,0%)	19 (17,0%)	54 (48,2%)	58 (51,8%)
	NON	52 (88,1%)	7 (11,9%)	43 (72,9%)	16 (27,1%)	50 (84,7%)	9 (15,3%)	27 (45,8%)	32 (54,2%)
	<i>p</i>	0,156		0,747		0,747		0,760	
Costas Superior	SI	75 (75,8%)	24 (24,2%)	64 (64,6%)	35 (35,4%)	80 (80,2%)	19 (19,2%)	46 (46,5%)	53 (53,5%)
	NON	66 (91,7%)	6 (8,3%)	58 (80,6%)	14 (19,4%)	63 (87,5%)	9 (12,5%)	35 (48,6%)	37 (51,4%)
	<i>p</i>	0,007		0,023		0,243		0,781	
Cervical	SI	93 (79,5%)	24 (20,5%)	83 (70,9%)	34 (29,1%)	97 (82,9%)	20 (17,1%)	55 (47,0%)	62 (53,0%)
	NON	48 (88,9%)	6 (11,1%)	39 (72,2%)	15 (27,8%)	46 (85,2%)	8 (14,8%)	26 (48,1%)	28 (51,9%)
	<i>p</i>	0,133		0,863		0,708		0,890	
Abdome	SI	37 (80,4%)	9 (19,6%)	31 (67,4%)	15 (32,6%)	36 (78,3%)	10 (21,7%)	21 (45,7%)	25 (54,3%)
	NON	104 (83,2%)	21 (16,8%)	91 (78,3%)	34 (27,2%)	107 (85,6%)	18 (14,4%)	60 (48,0%)	65 (52,0%)
	<i>p</i>	0,673		0,488		0,250		0,785	
Cadeira	SI	28 (75,7%)	9 (24,3%)	27 (73,0%)	10 (17,0%)	33 (89,2%)	4 (10,8%)	166 (43,2%)	21 (56,8%)
	NON	113 (84,3%)	21 (15,7%)	95 (70,9%)	39 (29,1%)	110 (89,2%)	24 (17,9%)	65 (48,5%)	69 (51,5%)
	<i>p</i>	0,221		0,805		0,302		0,570	

2. Asociación entre experiencias de violencia sexual e síntomas de sensibilización central e as dimensións relacionadas coa saúde física e mental do SF-12

Os resultados da correlación entre os catro factores de acoso sexual (considerando os dous subgrupos citados previamente, isto é, suxeitos con e sen experiencias previas de acoso) e os valores de sensibilización central (SC), e os dos sumarios de compoñente físico e mental (PCS e MSC), preséntanse na Táboa 20, sen obter diferenzas significativas para ningunha das asociacións estudadas. No caso da sensibilización central, as puntuacións son lixeiramente mais altas para aqueles suxeitos que tiveron algunha experiencia de acoso, sen que, como xa se mencionou, se atopasen diferenzas significativas. Do mesmo xeito, no caso da saúde mental, tamén atopamos peores puntuacións para os que tiveron algunha das experiencias que recolle a escala de acoso sexual, sen que tales diferenzas alcancen a significancia estatística.

Táboa 20: Resultados de sensibilización central e dimensións de saúde física e mental segundo historial de violencia sexual.

	Chantaxe sexual		Acoso verbal		Acoso físico		<i>Comportamento de interacción sexual</i>	
	NON	SI	NON	SI	NON	SI	NON	SI
n	141	30	122	49	143	28	81	90
SC	29,87	33,17	29,86	31,92	29,57	34,96	29,37	31,41
Media(DT)	(13,54)	(17,49)	(13,90)	(15,35)	(13,77)	(16,34)	(13,98)	(14,61)
p	<i>p</i> =0,497		<i>p</i> =0,543		<i>p</i> =0,627		<i>p</i> =0,369	
PCS	55,38	54,65	55,01	55,86	55,20	55,51	54,87	55,59
Media(DT)	(6,74)	(6,99)	(6,84)	(6,61)	(6,46)	(8,60)	(6,51)	(7,00)
p	<i>p</i> =0,553		<i>p</i> =0,726		<i>p</i> =0,225		<i>p</i> =0,277	
MCS	41,52	41,07	41,81	40,51	41,82	39,49	42,96	40,07
Media(DT)	(12,04)	(11,0)	(11,76)	(12,09)	(11,98)	(11,08)	(11,81)	(11,76)
p	<i>p</i> =0,673		<i>p</i> =0,457		<i>p</i> =0,123		<i>p</i> =0,083	

SC: Sensibilización Central, PCS: Compoñente de saúde física, MSC: Compoñente de saúde mental,

5. Discusión

O obxectivo principal deste estudo foi analizar a prevalencia de acoso sexual sufrido polo estudiantado universitario de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña, así como estimar a súa saúde física e mental, buscando unha posible asociación entre ambas variables. A saúde física e mental foi analizada a través do estudo da prevalencia e intensidade da dor musculoesquelética, a sensibilización central como síntoma de dor crónica, e a calidade de vida relacionada coa saúde. Para tal fin, foi empregado o Cuestionario Nórdico Simplificado, a Escala Numérica de Dor, o Inventario de Sensibilización Central, o cuestionario de calidade relacionada coa saúde SF-12 e a *Escala de acoso sexual e interacción social de contido sexual no ámbito universitario (EASIS-U)*, nunha mostra total de 171 estudantes.

5.1. Acoso sexual

A prevalencia dun historial previo de diferentes experiencias de acoso sexual acadados co emprego da escala EASIS-U na mostra estudada indican porcentaxes baixas de este tipo de experiencias. Os resultados deste estudo son moi diverxentes aos publicados no artigo de Ferrer et al.⁷⁸ que consideramos de referencia por ser feito en España nunha mostra universitaria formada por estudantes universitarios (n=1521) e persoal administrativo e docente (n=172). As porcentaxes de estudantes que experimentaron algunha situación de **chantaxe sexual (1,52%), acoso verbal (9,35%), físico (3,34%)**, son moi baixas en comparación as presentadas no artigo de referencia (15,9%, 16,0%, 17,1%, respectivamente). Así mesmo, outra diferenza a destacar é que no estudo de Ferrer si atopan diferenzas significativas segundo xénero mentres que no noso estudo, aínda que se presenta maior porcentaxe de acoso sexual no xénero feminino que no masculino, tales diferenzas non son significativas. Estas diverxencias tan notorias poden ser explicadas pola diferenza evidente do tamaño mostral total (1.521 vs 171) e pola porcentaxe de mulleres e homes de cada estudo (65% de mulleres no estudo de Ferrer et al., fronte o 79% nesta mostra), así como a inclusión de todo tipo de titulacións universitarias e non só das Ciencias da Saúde como neste caso. Non obstante, a non inclusión da análise por titulación académica do estudo de referencia, imposibilita coñecer se este factor é clave para explicar as diferenzas mostradas. Así mesmo, cabe destacar que fronte ao predominio do *acoso sexual físico* no estudiantado que mostra o artigo de Ferrer et al.,⁷⁸ na nosa mostra foi máis prevalente a presenza de *acoso sexual verbal*.

En relación á análise do acoso sexual en outras Universidades galegas, destacamos os datos extraídos do *Estudo evaluativo da discriminación por diversidade sexual e de xénero da*

USC,⁷⁹ onde se expón que un 5,6% da mostra analizada afirma ter experimentado situacións de acoso sexual. Porén, non especifica o tipo de acoso sexual nin o grupo poboacional de estudo (estudantes, PAS ou PDI). Non obstante, as cifras acadadas na nosa mostra resultan nun porcentaxe total maior ao exposto na USC.

Por último, cabe destacar que, debido á diverxencia de instrumentos de medida empregados, non se poden comparar as porcentaxes obtidas para cada un dos tipos de acoso sexual. Porén, si se manifesta no estudo da USC, unha maior prevalencia para os exemplos de *acoso sexual verbal* (ex. chistes, bromas ou piropos), coincidindo cos resultados acadados na nosa mostra.

Respecto á información dispoñible da Universidade de Vigo,⁸⁰ a porcentaxe de alumnos que confirma ter sufrido acoso sexual no ámbito universitario redúcese a un 3,2%. Porén, cabe destacar que, aínda que se empregou un instrumento de medida diferente (Sexual Experiences Questionnaire), as situacións de *acoso verbal* (recollidas nesta escala como “acoso de xénero”), continúan sendo as máis frecuentes, o que supón unha realidade coincidente para os estudantes dos tres campus galegos.

A nivel nacional, destacamos os resultados da Universidade Complutense de Madrid, onde un 6,5% do alumnado que participante neste estudo, confirma ter sufrido algunha experiencia de acoso sexual dentro da Universidade, onde predomina o *acoso verbal* (26,3%).

En canto o perfil de perpetrador principal, este resultou ser o alumnado, resultado coincidente co estudo levado a cabo na Universidade de Vigo⁸⁰ e co estudo de Valls et al.,³

Tendo en conta a bibliografía consultada^{7,8,68,81} os dous primeiros anos académicos presentan maior prevalencia de situacións de violencia sexual, polo que para determinar se isto se reproduce na nosa mostra analizamos a interacción dos factores de acoso en relación ao curso e titulación, comparando en que media se producen os diferentes tipos de acoso (cada factor) segundo o curso, porén na nosa mostra, a excepción do factor de acoso físico, o resto de factores son máis frecuentes no 4º curso.

5.2. Saúde física e mental

A **dor musculoesquelética** máis prevalente é a dor cervical, lumbar e de costas superior, de intensidade moderada. Esta prevalencia é independente do xénero, titulación ou nivel que cursan os estudantes. Porén, cabe destacar a maior prevalencia de dor mostrada no xénero feminino, que aínda sen presentar diferenzas significativas co xénero masculino, chega a mostrar o duplo de participantes con dor en localizacións como os xeonllos. Esta tendencia a mostrar maior dor crónica no xénero feminino foi reflexada en outros estudos de análise de prevalencia de dor musculoesquelética en estudantado de Ciencias da Saúde;^{82,83} así como en estudos de poboación xeral.⁸⁴

A análise da prevalencia nos últimos 12 meses presenta valores moi elevados para as rexións cervical (68,4%), lumbar (68,4%) e costas superior (57,9%) nos estudantes de todas as titulacións, coincidindo con outros estudos sobre prevalencia de dor musculoesquelética en estudantes das Ciencias da Saúde analizada mediante o Cuestionario Nórdico de dor musculoesquelética.^{82,85-89} Cabe destacar, que na gran maioría de artigos a rexión de ombros aparece entre as zonas corporais con dor máis prevalente, a diferenza dos datos obtidos na nosa mostra.^{82,85,89}

Así mesmo, é importante mencionar as diferenzas significativas encontradas para as rexións de mans e pulsos, así como a de xeonllos e papo da perna, para a titulación de Terapia Ocupacional. Esta alta prevalencia de dor en mans e pulsos é recollida polo estudo de Almhadawi et al.,⁸⁵ onde observan unha hipotética causa na realización de movementos precisos e constantes por parte dos estudantes de Terapia Ocupacional como fonte de dor.

Por último, cabe destacar a falta de bibliografía que analice a dor musculoesquelética en estudantes de Podoloxía. Porén, as afectacións musculoesqueléticas analizadas en profesionais da Podoloxía en activo, coinciden coas localizacións máis prevalentes encontradas na nosa mostra (cervical, lumbar e costas superior) aínda que con porcentaxes menores ás reportadas polos nosos participantes.⁸³ Non obstante, si conclúen que a poboación máis nova tende a reportar maior prevalencia de dor musculoesquelética, polo que podería explicar parcialmente a diferenza porcentual respecto a este estudo.⁸³ Do mesmo xeito, cabe destacar que a presenza de dor musculoesquelética semella non afectar aos aspectos de funcionalidade

ou saúde xeral, entre outros, que constitúen o compoñente sumario físico (PCS) do cuestionario SF-12 e que presentan valores dentro da normalidade.

En relación á **sensibilización central**, a media da puntuación obtida nesta mostra é superior a reportada por artigos que analizan a dor crónica musculoesquelética en poboación adolescente portuguesa, como o de Andias et al.,⁹⁰ onde se reporta unha puntuación media de 23,3(14,4), inferior ao 30,5(14,3) da nosa mostra. Así mesmo, a porcentaxe de adolescentes con puntuacións de sensibilización maiores a 40 (valores de moderados a extremos), tamén é inferior con respecto ao noso estudo (13,1% vs 20,5%).

Incluso, estudos realizados en poboación adulta española como a investigación de Cuesta Vargas et al.⁷² presenta valores inferiores de sensibilización central (24,6(12)). Cabe destacar, que os datos obtidos na nosa mostra determinan a presenza de valores medios de sensibilización central, cunha concentración maioritaria dos participantes con valores maiores a 40 puntos na titulación de Podoloxía, o que se manifesta nas diferencias significativas atopadas entre estudantes de Podoloxía e do resto de titulacións. Estes datos de sensibilización poderían estar influídos pola maior idade dos participantes de Podoloxía, así como por unha peor puntuación no compoñente de saúde mental que tamén se presenta nos estudantes desta titulación.

É necesario destacar, a presenza de diferencias notorias de tamaño mostral do noso estudo e os artigos mencionados,^{72,90} así como na propia representación das diferentes titulacións dentro do noso traballo. Isto obriga a presentar estas diferenzas significativas encontradas con suma cautela, debido a que se orixinan na titulación con máis participación en relación ao cómputo total de alumnos matriculados, pero non se correlacionan con ningún outro achado significativo. Isto, sumado á realidade dun déficit notorio de literatura que aborde o estudo das afeccións musculoesqueléticas do estudantado de Podoloxía, pon de manifesto a necesidade de aumentar o coñecemento do estado de saúde desta titulación para poder confirmar esta sensibilización central manifestada nos resultados deste estudo.

En relación aos **diagnósticos clínicos**, presentados polos estudantes que participaron no estudo, destaca a ansiedade (21,8%), a depresión (11,7%) e as cefaleas tensionais ou migrañas (17,5%) como os máis prevalentes, como ocorre de maneira semellante no artigo de Cuesta

Vargas et al.⁷² para a poboación adulta, pero con porcentaxes bastante máis elevadas na nosa mostra en adultos mozos.

Como se menciona no parágrafo previo, a partir dos resultados obtidos na segunda parte do Inventario de Sensibilización Central sobre os diagnósticos clínicos máis prevalentes, máis do 30% da poboación universitaria de Ciencias da Saúde analizada refire presentar cadros ansiosodepresivos diagnosticados. Esta alta prevalencia podería ser clave para explicar os datos obtidos na análise da calidade de vida relacionada coa saúde a través do cuestionario SF-12 que, como xa adiantamos anteriormente, reflexa unha afectación moi relevante no compoñente de saúde mental, desviándose da media poboacional estandarizada 0,86 puntos. Segundo Norman et al.⁹¹ se esta diferenza supera o valor de 0,5 puntos, pode considerarse unha diferenza minimamente importante, é dicir, un cambio clínico real percibido pola persoa máis alá da significancia estatística. Esta afectación na saúde mental é xeneralizada para toda a mostra, pero de forma moito máis marcada no xénero feminino (MSC=40,09), e nos grupos de idades máis baixos, como é o caso do grupo de 18-24 anos no que se atopa gran parte da mostra deste estudo (MSC=49,26). Así mesmo, parecen coherentes os achados entre a elevada porcentaxe de diagnóstico clínico de ansiedade e depresión e a elevada porcentaxe de alumnas que se atopan no primeiro estadio de depresión (**50%**) segundo os resultados obtidos a través do cuestionario SF-12.

Os resultados obtidos a través do cuestionario SF-12 están en concordancia cos obtidos por Backhaus et al.⁹² que realizaron un estudo multicéntrico para analizar a calidade de vida relacionada coa saúde dos estudantes universitarios de Italia, principalmente de Ciencias da Saúde (MCS= 40,74(9,99), PCS=53,96(5,94)). Así mesmo, os resultados do artigo de Schmidt et al.,⁹³ onde se analiza poboación catalá, presenta valores semellantes aos obtidos no noso estudo tanto no PCS como do MCS por grupos de idade. En ámbalas dúas mostras,^{92,93} indícase de forma semellante ao noso estudo, como o compoñente de saúde mental da poboación feminina presenta valores inferiores de forma xeneralizada. Tendo en conta a feminización característica das titulacións analizadas neste traballo, semella importante formular programas preventivos e terapéuticos que identifiquen dende a perspectiva de xénero, que factores están influíndo na pauperización da saúde mental das alumnas.

Non obstante, non se debe obviar o contexto no que o noso estudo foi realizado, marcado pola pandemia COVID-19, os períodos de corentena e illamento, así como a incertidume que impregnou toda a vida social, laboral e académica da nosa poboación diana. Actualmente, existe literatura científica que permite corroborar a elevada afectación psicolóxica que produciu a pandemia, exacerbada nas poboacións máis novas e de maneira máis notoria, nas mulleres,^{94,95} o que podería explicar parcialmente os resultados obtidos.

5.3. Correlacións da saúde física e mental co acoso sexual.

As análises realizadas intentaron dar resposta a nosa pregunta de investigación e determinar se a poboación universitaria das titulacións de grao de Ciencias da Saúde ofertadas pola UDC con historial de violencia sexual desenvolvida no marco académico teñen peor saúde física e mental. Os resultados acadados puxeron de manifesto que aquelas persoas que sufriran experiencias de acoso sexual teñen maioritariamente valores que indican peor saúde física e mental, se ben destacamos que as diferencias foron significativas para un número moi limitado de variables, tal como se detalla a continuación.

En canto o **impacto destas experiencias na saúde física**, só atopamos asociación significativa entre a presenza de dor de costas superior e a presenza de experiencias de chantaxe sexual e acoso sexual verbal. Porén, para a prevalencia do resto de zonas corporais analizadas, así como para os valores de sensibilización central e o compoñente sumario físico do SF-12 non se atoparon ningún tipo de asociación significativa cos factores que conforman a escala de acoso sexual EASIS-U. Non obstante, non somos coñecedoras de ningún estudo previo que analice o impacto da violencia sexual desenvolvida no ámbito académico universitario na saúde física dos estudantes, polo que cabe destacar a ausencia de bibliografía que permita corroborar esta falta de significación con estudos realizados en mostras máis representativas e amplas. Apuntamos a que o número reducido de persoas que afirma ter este tipo de experiencias limita encontrar tales asociacións no resto de localizacións.

En canto o **impacto do historial de experiencias de acoso sexual na saúde mental**, se ben non atopamos diferencias significativas nas variables empregadas para medir esta dimensión, tales como o inventario de sensibilización central e o compoñente sumario mental do SF-12, si queremos destacar que aquelas persoas con experiencias de acoso teñen valores

mais altos de sensibilización central e peores valores no compoñente de saúde mental do SF-12. Porén, si existen estudos publicados sobre a afectación psicolóxica que o acoso sexual produce no estudantado universitario. Estudos como o de Mamaru et al.,⁹⁶ levado a cabo en estudantes universitarias, ou o de Bastiani et al.,⁹⁷ cunha mostra universitaria de Italia, corroboran a afectación psicolóxica que o acoso sexual produce no estudantado, aínda que empregando instrumentos de medidas diferentes ao cuestionario SF-12 (SRQ-20 e GHQ, respectivamente). É posible que estas diferenzas nos instrumentos de medida, xunto coas marcadas diferenzas de tamaño mostral, sexan importantes na análise da afectación psicolóxica, debido a que estes estudos focalizan de maneira concreta na angustia psicolóxica e no noso estudo predomina a análise da calidade de vida relacionada coa saúde.^{96,97}

6. Limitacións

1. A diferenza de tamaño mostral con respecto ao xénero, puido limitar os resultados acadados nas comparacións realizadas coas variables de saúde física, mental e acoso sexual.
2. A falta dunha estandarización e dunha escala consensuada que permita o estudo da variable de acoso sexual, imposibilita realizar unha comparación e discusión máis exhaustiva dos datos acadados cos publicados por outros autores.
3. A exclusión de participantes que xa finalizaron os seus estudos de Grao imposibilita a comparación das situacións de acoso sexual actuais coas pasadas, o que podería ser interesante para avaliar a posible concienciación social da problemática.
4. A introdución de preguntas relativas á denuncia das experiencias de acoso sexual vividas debería ser introducida en futuros estudos que permitan analizar a eficacia dos instrumentos de denuncia dos que dispón o estudantado da Universidade da Coruña.
5. O impacto da pandemia COVID-19 é ineludible á hora de analizar tanto a variable de acoso sexual como a calidade de vida física e mental do estudantado.

7. Implicacións

En primeiro lugar, os resultados acadados no proxecto de investigación realizado, permiten plantear certas implicacións académicas importantes, das cales se poderían extraer posteriores implicacións sociais e sanitarias a valorar.

Por un lado, este estudo aborda as experiencias de violencia sexual na Universidade da Coruña, aportando información relevante na caracterización do contexto universitario como un marco de desenvolvemento potencial de violencia sexual, principalmente, acoso sexual verbal. Deste xeito, a implicación deste traballo presenta unha esfera social ineludible, ao expoñer a transversalidade da problemática da violencia sexual, chegando a experimentarse en contexto a priori “seguros”, como o académico.

Así mesmo, o estudo da saúde física e mental do alumnado revela datos importantes en relación á presenza de dor crónica musculoesquelética elevada sen alteración actual da funcionalidade; así como, a afectación da saúde mental con presenza considerable de diagnóstico clínico ansiosodepresivo. Estes datos presentan unha implicación sociosanitaria clara, ao permitir confirmar o deterioro da saúde que presentan os estratos máis novos da poboación universitaria, ás veces inadvertido para a sociedade, pero que supón un foco de cronificación de patoloxías a ter en conta.

En segundo lugar, as implicacións prácticas extraídas deste traballo baséanse nos resultados de prevalencia acadados, que permiten caracterizar física e mentalmente ó alumnado, así como coñecer as súas experiencias de violencia sexual dentro da Universidade e como estas se correlacionan parcialmente coa prevalencia de dor en costas superiores.

É por tanto, que a importancia destes resultados será posta de manifesto nos potenciais programas de intervención que as institucións universitarias poden levar a cabo unha vez coñecidos os problemas que presenta o seu alumnado e que foron recollidos parcialmente neste estudo.

Deste xeito, programas de intervención psicolóxica e fisioterapéutica, poderían ser aplicados nesta poboación universitaria, co fin de mellorar as súas estratexias de asimilación e afrontamento das problemáticas académicas, así como diminuír a elevada prevalencia de dor

crónica musculoesquelética. Ademais, estes recursos poderían ser útiles na posterior actividade profesional sanitaria que os estudantes desenvolvan, tendo presente as elevadas demandas psicolóxicas e físicas ás que se ve sometido o persoal sanitario na súa práctica laboral.

8. Conclusións

1. O acoso sexual está presente no ámbito universitario, aínda que con prevalencia baixa, de maneira predominante na súa vertente de *acoso verbal* (9,4%), seguido polo *acoso físico* (3,3%) e a *chantaxe sexual* (1,5%).
2. Non se presenta ningún tipo de asociación na mostra estudada dos diferentes tipos de acoso sexual coa orientación sexual ou a discapacidade.
3. O perfil predominante de perpetrador é o estudantado, porén non se puido determinar un perfil característico de vítima en termos de xénero, titulación, curso, orientación sexual ou discapacidade.
4. Na poboación universitaria a dor musculoesquelética é moi prevalente e de intensidade moderada, destacando a afectación de costas independentemente do perfil de estudante.
5. A sensibilización central do estudantado de Ciencias da Saúde da UDC mostra valores medios, con diferenzas significativas para o xénero feminino e a titulación de Podoloxía.
6. A poboación universitaria das Ciencias da Saúde mostra unha marcada afectación da súa calidade de vida relacionada coa saúde mental, de forma máis exacerbada no xénero feminino e no grupos de baixa idade.
7. Existe unha correlación significativa entre as experiencias de chantaxe sexual e acoso sexual verbal e a presenza de dor de costas superior.

9. Suxerencias para investigacións futuras

Tralos datos acadados no presente estudo de investigación, destacamos a necesidade de continuar ampliando o campo de coñecemento en relación á presenza de acoso sexual e a afectación da saúde física e, principalmente, saúde mental, que presenta o estudantado universitario de Ciencias da Saúde.

Debido á tendencia presentada nos resultados entre maiores experiencias de acoso sexual e peores resultados de saúde física, mental e sensibilización central, suxerimos a importancia de replicar este tipo de estudos en mostras universitarias máis representativas e amplas, principalmente, nos grupos poboacións que si experimentaron violencia sexual.

Así mesmo, a marcada prevalencia de dor musculoesquelética e a xeneralizada afectación da saúde mental do estudiantado participante, debe ser obxecto de preocupación para as institucións universitarias. Como tal, consideramos dunha elevada relevancia, a realización de traballos de investigación que profundicen na identificación dos factores que se localizan dentro do ámbito universitario e que pauperizan a saúde física e mental do alumnado. O seu recoñecemento debe ser a base na que se asenten os posteriores programas de intervención orientados á mellora tanto da saúde física como mental.

Por último, e como xa se mencionou anteriormente durante a discusión dos resultados, existe un marcado descoñecemento sobre a realidade universitaria de titulacións como Podoloxía que, non obstante, reflexaron afectacións moi marcadas tanto no ámbito físico como mental. É por iso, que suxerimos a poboación universitaria da titulación de Podoloxía, como unha mostra diana clave para o estudo dos determinantes de saúde física e mental que se localizan dentro do ámbito universitario.

10. Divulgación do estudo

Durante a realización do estudo, realizouse a difusión do mesmo durante as VII Xornadas Universitarias Galegas de Xénero, onde se presentou unha comunicación coa fundamentación teórica que sustenta o traballo, así como a súa metodoloxía e potencialidade dos futuros resultados. Axúntase certificación da participación como comunicantes no Anexo 7.

Tras unha análise das posibles revistas para a divulgación do estudo consideramos como mais relevantes as seguintes:

1. Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas
2. Investigaciones Feministas

3. European Journal of Podiatry
4. Fisioterapia
5. Fisioterapia Galega, COFIGA
6. Disability and Rehabilitation
7. Physical Therapy and Rehabilitation Journal
8. Physiotherapy
9. Brazilian Journal of Physical Therapy
10. Pain and Therapy
11. Investigación y Educación en Enfermería
12. International Journal Of Nursing Education Scholarship

Por último, cabe mencionar que os resultados obtidos serán postos a disposición da OIX, o Centro de Estudos de Xénero e Feministas da UDC e da Rede de Unidades de Igualdade de Xénero para a Excelencia Universitaria (RUIGEU) para o seu emprego e difusión. Do mesmo xeito, os resultados serán enviados para a súa exposición no Congreso anual da Asociación de Fisioterapeutas de España.

11. Referencias bibliográficas

1. García-Moreno, Claudia, Knerr, Wendy. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2013 [citado 11 de febrero de 2021] p. 1-12. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=C2A65B6EDE4532FE42625FD0BE406EFE?sequence=1
2. García Sáinz C, Durán MA, Universidad Autónoma de Madrid, editores. Unidades de igualdad: género y universidad. 1º Edición. Madrid: UAM Ediciones; 2017. 202 p. (Colección de Estudios).
3. Valls R, Puigvert L, Melgar P, Garcia-Yeste C. Breaking the Silence at Spanish Universities: Findings From the First Study of Violence Against Women on Campuses in Spain. *Violence Against Women*. 2016;22(13):1519-39.
4. Craner JR, Martinson AA, Sigmon ST, Mcgillicuddy ML. Prevalence of sexual trauma history using behaviorally specific methods of assessment in first year college students. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2015;24(5):484-505.
5. Donde SD, Ragsdale SKA, Koss MP, Zucker AN. If It Wasn't Rape, Was It Sexual Assault? Comparing Rape and Sexual Assault Acknowledgment in College Women Who Have Experienced Rape. *Violence Against Women*. 2018;24(14):1718-38.
6. Elliott Smith RA, Pick LH. Sexual assault experienced by deaf female undergraduates: Prevalence and characteristics. *Violence and Victims*. 2015;30(6):948-59.
7. Sivertsen B, Nielsen MB, Madsen IEH, Knapstad M, Lønning KJ, Hysing M. Sexual harassment and assault among university students in Norway: A cross-sectional prevalence study. *BMJ Open*. 2019;9(6):1-10.
8. Conley AH, Overstreet CM, Hawn SE, Kendler KS, Dick DM, Amstadter AB. Prevalence and predictors of sexual assault among a college sample. *Journal of American College Health*. 2017;65(1):41-9.
9. Martin-Storey A, Paquette G, Bergeron M, Dion J, Daigneault I, Hébert M, et al. Sexual Violence on Campus: Differences Across Gender and Sexual Minority Status. *Journal of Adolescent Health*. 1 de junio de 2018;62(6):701-7.
10. Porta CM, Mathiason MA, Lust K, Eisenberg ME. Sexual Violence among College Students: An Examination of Individual and Institutional Level Factors Associated with Perpetration. *Journal of Forensic Nursing*. 2017;13(3):109-17.
11. Sylaska KM, Edwards KM. Disclosure Experiences of Sexual Minority College Student Victims of Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology*. 2015;55(3-4):326-35.
12. Irwin J. (Dis)counted Stories. *Qualitative Social Work: Research and Practice*. junio de 2008;7(2):199-215.
13. Scherer HL, Snyder JA, Fisher BS. Intimate partner victimization among college students with and without disabilities: Prevalence of and relationship to emotional well-being. *Journal of Interpersonal Violence*. 1 de enero de 2016;31(1):49-80.

14. Findley PA, Plummer SB, McMahon S. Exploring the Experiences of Abuse of College Students With Disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016;31(17):2801-23.
15. Carey KB, Durney SE, Shepardson RL, Carey MP. Incapacitated and Forcible Rape of College Women: Prevalence Across the First Year. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(6):678-80.
16. Peltzer K, Pengpid S. Childhood physical and sexual abuse, and adult health risk behaviours among university students from 24 countries in Africa, the Americas and Asia. *Journal of Psychology in Africa*. 2016;26(2):149-55.
17. Bonar EE, DeGue S, Abbey A, Coker AL, Lindquist CH, McCauley HL, et al. Prevention of sexual violence among college students: Current challenges and future directions. *Journal of American College Health*. 2020;1-14.
18. Kirkner A, Plummer S-B, Findley PA, McMahon S. Campus Sexual Violence Victims with Disabilities: Disclosure and Help Seeking. *Journal of Interpersonal Violence*. 2020;1-22.
19. Duval A, Lanning BA, Patterson MS. A Systematic Review of Dating Violence Risk Factors Among Undergraduate College Students. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2020;21(3):567-85.
20. Pugh B, Becker P. Exploring definitions and prevalence of verbal sexual coercion and its relationship to consent to unwanted sex: Implications for affirmative consent standards on college campuses. *Behavioral Sciences*. 2018;8(8).
21. Rogers SA, Rogers BA. Expanding Our View: Demographic, Behavioral, and Contextual Factors in College Sexual Victimization. *J Interpers Violence*. 2020;1-27.
22. Senn CY, Eliasziw 9. Deconstructing Incidents, Barata PC, Thurston WE, Newby-Clark IR, Radtke HL, et al. Sexual violence in the lives of first-year university women in Canada: no improvements in the 21st century. *BMC Women's Health*. diciembre de 2014;14(1):135.
23. Valls R, Puigvert L, Melgar P, Garcia-Yeste C. Breaking the Silence at Spanish Universities: Findings From the First Study of Violence Against Women on Campuses in Spain. *Violence Against Women*. noviembre de 2016;22(13):1519-39.
24. Coker AL, Follingstad DR, Bush HM, Fisher BS. Are Interpersonal Violence Rates Higher Among Young Women in College Compared With Those Never Attending College? *Journal of Interpersonal Violence*. 2015;31(8):1413-29.
25. Saling Untied A, Dulaney CL. College Students' Perceived Risk of Sexual Victimization and the Role of Optimistic Bias. *J Interpers Violence*. 2015;30(8):1417-31.
26. Coles J, Lee A, Taft A, Mazza D, Loxton D. Childhood Sexual Abuse and Its Association With Adult Physical and Mental Health: Results From a National Cohort of Young Australian Women. *J Interpers Violence*. 2015;30(11):1929-44.
27. Halstead V, Williams JR, Gonzalez-Guarda R. College Students' Perspectives on Campus Health Centers as a Sexual Assault Resource: A Qualitative Analysis. *violence vict*. 1 de febrero de 2018;33(1):109-25.
28. Martins C, Gouveia A, Chaves M, Lourenço R, Marques S, Santos T. Dating violence and nursing student well-being. *Atención Primaria*. noviembre de 2014;46:129-34.

29. As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. abril de 2014;210(4):317.e1-317.e8.
30. Beydoun HA, Williams M, Beydoun MA, Eid SM, Zonderman AB. Relationship of Physical Intimate Partner Violence with Mental Health Diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample. *Journal of Womens Health*. febrero de 2017;26(2):141-51.
31. Eisenberg ME, Lust KA, Hannan PJ, Porta C. Campus Sexual Violence Resources and Emotional Health of College Women Who Have Experienced Sexual Assault. *Violence Vict*. 2016;31(2):274-84.
32. Friborg O, Emaus N, Rosenvinge JH, Bilden U, Olsen JA, Pettersen G. Violence affects physical and mental health differently: The general population based Tromsø study. *PLoS ONE*. 2015;10(8).
33. Kamiya Y, Timonen V, Kenny RA. The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. *International Psychogeriatrics*. marzo de 2016;28(3):415-22.
34. Wolff JM, Rospenda KM, Colaneri AS. Sexual Harassment, Psychological Distress, and Problematic Drinking Behavior Among College Students: An Examination of Reciprocal Causal Relations. *The Journal of Sex Research*. 24 de marzo de 2017;54(3):362-73.
35. Bulgin D, Frederick Amar A. The Relationship Between Sexual Violence and Disordered Eating. *Issues in Mental Health Nursing*. 2 de julio de 2016;37(7):493-500.
36. Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abuse Treat*. abril de 2002;22(3):121-8.
37. Romito P, Cedolin C, Bastiani F, Saurel-Cubizolles M-J. Disordered Eating Behaviors and Sexual Harassment in Italian Male and Female University Students. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019;34(14):2960-74.
38. Leone JM, Carroll JM. Victimization and suicidality among female college students. *Journal of American College Health*. 17 de agosto de 2016;64(6):421-8.
39. Stein DJ, Chiu WT, Hwang I, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, et al. Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. Shea BJ, editor. *PLoS ONE*. 13 de mayo de 2010;5(5):e10574.
40. Bakken NW, Kruse LM. An Examination of Sexual Victimization, Self-Injurious Behaviors, and Suicidality Among Female College Students. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019;1-20.
41. Sprang G, Bush HM, Coker AL, Brancato CJ. Types of Trauma and Self-Reported Pain That Limits Functioning in Different-Aged Cohorts. *Journal of Interpersonal Violence*. 2020;35(23-24):5953-75.
42. Walker N, Beek K, Chen H, Shang J, Stevenson S, Williams K, et al. The Experiences of Persistent Pain Among Women With a History of Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2020;1-16.

43. Alhalal E, Ford-Gilboe M, Wong C, AlBuhairan F. Factors mediating the impacts of child abuse and intimate partner violence on chronic pain: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*. diciembre de 2018;18(1):160.
44. Spiegel DR, Shaukat AM, McCroskey AL, Chatterjee A, Ahmadi T, Simmelink D, et al. Conceptualizing a subtype of patients with chronic pain: The necessity of obtaining a history of sexual abuse. *Int J Psychiatry Med*. enero de 2016;51(1):84-103.
45. Ulirsch JC, Ballina LE, Soward AC, Rossi C, Hauda W, Holbrook D, et al. Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: Results of a prospective longitudinal study. *European Journal of Pain (United Kingdom)*. 2014;18(4):559-66.
46. Voerman JS, Vogel I, De Waart F, Westendorp T, Timman R, Busschbach JJV, et al. Bullying, abuse and family conflict as risk factors for chronic pain among Dutch adolescents. *European Journal of Pain (United Kingdom)*. 2015;19(10):1544-51.
47. Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011;152(3 Suppl):S2-15.
48. Santerre-Baillargeon M, Vézina-Gagnon P, Daigneault I, Landry T, Bergeron S. Anxiety Mediates the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Genito-Pelvic Pain in Adolescent Girls. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 17 de noviembre de 2017;43(8):774-85.
49. Vachon-Preseau E, Roy M, Martel M-O, Caron E, Marin M-F, Chen J, et al. The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain*. 2013;136(Pt 3):815-27.
50. Eriksen AMA, Schei B, Hansen KL, Sørli T, Fleten N, Javo C. Childhood violence and adult chronic pain among indigenous sami and Non-Sami populations in norway: A SAMINOR 2 questionnaire study. *International Journal of Circumpolar Health [Internet]*. 2016;75. Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85015901453&doi=10.3402%2fijch.v75.32798&partnerID=40&md5=650cb4b404ea6ceedc17581bcd46e749>
51. Løyland B. The co-occurrence of chronic pain and psychological distress and its associations with salient socio-demographic characteristics among long-term social assistance recipients in Norway. *Scandinavian Journal of Pain*. 2016;11:65-72.
52. Macedo BBD, von Werne Baes C, Menezes IC, Juruena MF. Child Abuse and Neglect as Risk Factors for Comorbidity Between Depression and Chronic Pain in Adulthood: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2019;207(7):538-45.
53. Stensland SØ, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Zwart J-A, Dyb G. Recurrent headache and interpersonal violence in adolescence: the roles of psychological distress, loneliness and family cohesion: the HUNT study. *Journal of Headache and Pain*. 2014;15(1):1-9.
54. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2020;255:222-30.
55. Sachs-Ericsson NJ, Sheffler JL, Stanley IH, Piazza JR, Preacher KJ. When Emotional Pain Becomes Physical: Adverse Childhood Experiences, Pain, and the Role of Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;73(10):1403-28.

56. Sebbag E, Felten R, Sagez F, Sibilia J, Devilliers H, Arnaud L. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1 de junio de 2019;78(6):844-8.
57. Akinci A, Al Shaker M, Chang MH, Cheung CW, Danilov A, José Dueñas H, et al. Predictive factors and clinical biomarkers for treatment in patients with chronic pain caused by osteoarthritis with a central sensitisation component. *Int J Clin Pract*. enero de 2016;70(1):31-44.
58. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. noviembre de 2018;392(10159):1789-858.
59. Humbría Mendiola A, Carmona L, Peña Sagredo JL, Ortiz AM. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29(10):471-8.
60. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. junio de 2014;73(6):968-74.
61. Amelot A, Mathon B, Haddad R, Renault M-C, Duguet A, Steichen O. Low Back Pain Among Medical Students: A Burden and an Impact to Consider! *SPINE*. 2019;44(19):1390-5.
62. Chiwaridzo M, Chamarime KJ, Dambi JM. The burden of low back pain among undergraduate physiotherapy students at the University of Zimbabwe: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2018;11(1):697.
63. Crawford RJ, Volken T, Schaffert R, Bucher T. Higher low back and neck pain in final year Swiss health professions' students: worrying susceptibilities identified in a multi-centre comparison to the national population. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1188.
64. Rodríguez-Romero B, Bello O, Vivas Costa J, Carballo-Costa L. A Therapeutic Exercise Program Improves Pain and Physical Dimension of Health-Related Quality of Life in Young Adults: A Randomized Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2019;98(5):392-8.
65. Steemers S, van Rijn RM, van Middelkoop M, Bierma-Zeinstra SMA, Stubbe JH. Health Problems in Conservatoire Students: A Retrospective Study Focusing on Playing-Related Musculoskeletal Disorders and Mental Health. *Medical Problems of Performing Artists*. 1 de diciembre de 2020;35(4):214-20.
66. Gobierno de España. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Sec. IV, 3/2007 mar 23, 2007 p. 66.
67. Puigvert L, Valls R, Garcia Yeste C, Aguilar C, Merrill B. Resistance to and Transformations of Gender-Based Violence in Spanish Universities: A Communicative Evaluation of Social Impact. *Journal of Mixed Methods Research*. 2019;13(3):361-80.
68. Porta CM, Mathiason MA, Lust K, Eisenberg ME. Sexual Violence Among College Students: An Examination of Individual and Institutional Level Factors Associated With Perpetration. *Journal of Forensic Nursing*. 2017;13(3):109-17.
69. Paseiro Ares G. Obsolescencia e idiomática de la revista Fisioterapia durante los años 1989, 1999 y 2000. *Fisioterapia*. 2002;24(1):40-6.

70. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon.* 1987;18(3):233-7.
71. Alghadir AH, Anwer S, Iqbal A, Iqbal ZA. Test–retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *J Pain Res.* 2018;11:851-6.
72. Cuesta-Vargas AI, Roldan-Jimenez C, Neblett R, Gatchel RJ. Cross-cultural adaptation and validity of the Spanish central sensitization inventory. *SpringerPlus.* 2016;5(1):1837.
73. Neblett R, Hartzell MM, Mayer TG, Cohen H, Gatchel RJ. Establishing Clinically Relevant Severity Levels for the Central Sensitization Inventory. *Pain Pract.* 2017;17(2):166-75.
74. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1171-8.
75. Vera-Villaruel P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista médica de Chile.* 2014;142(10):1275-83.
76. Navarro-Guzmán C, Ferrer-Pérez VA, Bosch-Fiol E. El acoso sexual en el ámbito universitario: análisis de una escala de medida. *Universitas Psychologica.* 2016;15(2):12.
77. Ware J, MA K, Keller SD. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User’s Manual.* 1993;8:23-8.
78. Ferrer-Pérez VA, Bosch-Fiol E. Sexual harassment at a Spanish public university: an examination of victims’ experiences by gender and campus status. *Journal of Gender-Based Violence.* 2020;4(1):41-58.
79. Lois MJM, Varela MV, Fernández FB. Estudio evaluativo de la discriminación por diversidad sexual y de género en la USC. En: *Educació 2019: reptes, tendències i compromisos: Llibre d’actes: I Conferència Internacional de Recerca en Educació, 2020*, ISBN 978-84-17934-76-7, págs 378-384 [Internet]. Liberlibro; 2020 [citado 19 de junio de 2021]. p. 378-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7755953>
80. Fernández ML, Castro YR, Fernández MVC. *Diagnose do acoso sexual e por razón de sexo na Universidade de Vigo. 1º Edición.* España: Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo; 2018. 317 p.
81. Bonar EE, DeGue S, Abbey A, Coker AL, Lindquist CH, McCauley HL, et al. Prevention of sexual violence among college students: Current challenges and future directions. *Journal of American College Health.* 2020;
82. Moodley M, Ismail F, Kriel A. Work-related musculoskeletal disorders amongst undergraduate nursing students at the University of Johannesburg. *Health SA Gesondheid* [Internet]. 14 de diciembre de 2020 [citado 21 de junio de 2021];25. Disponible en: <https://hsag.co.za/index.php/hsag/article/view/1460>

83. Iglesias MEL, Vallejo RBDB, Fuentes PS. Self-reported musculoskeletal disorders in podiatrists at work / Disturbi muscolo-scheletrici riportati da podologi durante l'attività lavorativa. *Med Lav.* 2011;102(6):502-10.
84. Stubbs D, Krebs E, Bair M, Damush T, Wu J, Sutherland J, et al. Sex Differences in Pain and Pain-Related Disability among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Med.* 2010;11(2):232-9.
85. Almhdawi KA, Mathiowetz V, Al-Hourani Z, Khader Y, Kanaan SF, Alhasan M. Musculoskeletal pain symptoms among allied health professions' students: Prevalence rates and associated factors. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2017;30(6):1291-301.
86. Abledu J, Offei E. Musculoskeletal disorders among first-year Ghanaian students in a nursing college. *Afr H Sci.* 2015;15(2):444.
87. Leggat PA, Smith DR, Clark MJ. Prevalence and Correlates of Low Back Pain among Occupational Therapy Students in Northern Queensland. *Can J Occup Ther.* 2008;75(1):35-41.
88. Morabito J, Penkala S, Coxon K. Workplace musculoskeletal problems in occupational therapy students. *BMC Public Health.* 2021;21(1):660.
89. Rahimi F, Kazemi K, Zahednejad S, López-López D, Calvo-Lobo C. Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders in Iranian Physical Therapists: A Cross-sectional Study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics.* 2018;41(6):503-7.
90. Andias R, Silva AG. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the European Portuguese Version of the Central Sensitization Inventory in Adolescents With Musculoskeletal Chronic Pain. *Pain Pract.* junio de 2020;20(5):480-90.
91. Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Med Care.* 2003;41(5):582-92.
92. Backhaus I, D'Egidio V, Saule R, Masala D, Firenze A, De Vito E, et al. Health-related quality of life and its associated factors: results of a multi-center cross-sectional study among university students. *J Public Health (Oxf).* 2020;42(2):285-93.
93. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica.* 2012;139(14):613-25.
94. Justo-Alonso A, García-Dantas A, González-Vázquez AI, Sánchez-Martín M, Del Río-Casanova L. How did Different Generations Cope with the COVID-19 Pandemic? Early Stages of the Pandemic in Spain. *Psicothema.* noviembre de 2020;32(4):490-500.
95. García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, Padilla S, David López-Roldán P, Monzó-García M, Rodríguez-Jimenez R. Gender differences in emotional response to the COVID-19 outbreak in Spain. *Brain Behav.* 2021;11(1):e01934.
96. Mamaru A, Getachew K, Mohammed Y. Prevalence of physical, verbal and nonverbal sexual harassments and their association with psychological distress among Jimma University female students: a cross-sectional study. *Ethiop J Health Sci.* 2015;25(1):29-38.

97. Bastiani F, Romito P, Saurel-Cubizolles M-J. Mental distress and sexual harassment in Italian university students. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(2):229-36.

Anexo 1: Cartel informativo

ESTUDO
SOBRE ACOSO SEXUAL
NO ENTORNO
UNIVERSITARIO E DOR
CRÓNICA MÚSCULO
ESQUELÉTICA EN
ESTUDANTES DA UDC

Se estudas
ENFERMERÍA
FISIOTERAPIA
LOGOPEDIA
PODOLOXÍA
TERAPIA
OCUPACIONAL...
¡NECESÍTAMOSTE!

FACULTAD
DE FISIOTERAPIA



 UNIVERSIDADE DA CORUÑA

CONTESTA, POR FAVOR, AO
CUESTIONARIO ON-LINE
QUE PODERÁS ACCEDER A
TRAVÉS DE:

DIRECCIÓN URL:
<https://cutt.ly/BjSduVZ>

CÓDIGO QR



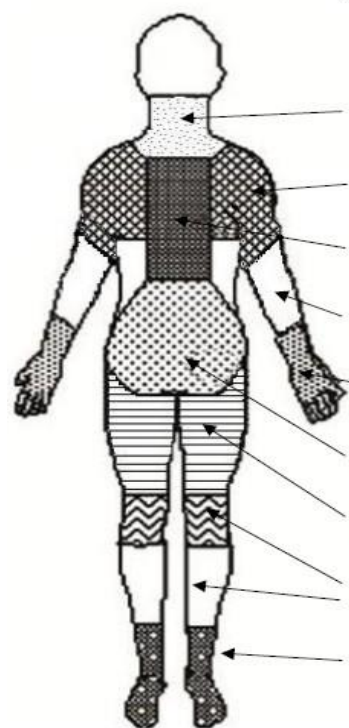
Para calquera dúbida,
contacta co equipo de
investigación en:
lucia.lopezl@udc.es
698126951







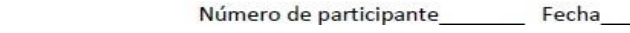




Anexo 2: Cuestionario Nórdico Musculo-esquelético Simplificado

CUESTIONARIO NÓRDICO MÚSCULO-ESQUELÉTICO (NMQ) E INTENSIDAD DEL DOLOR (Kuorinka et al 1987; Dawson et al 2009).

Utilice el diagrama para marcar si su dolor se encuentra en el lado derecho o izquierdo de alguna parte del cuerpo:



	¿Ha tenido problemas (dolor, malestar) durante los últimos 12 meses?	¿Ha tenido problemas (dolor, malestar) durante el último mes (4 semanas)?	¿Ha tenido problemas (dolor, malestar) hoy?	Por favor, marque una línea perpendicular (como en el ejemplo) en el punto que represente su intensidad del dolor durante los últimos 7 días, para cada parte de su cuerpo.
CUELLO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;">  <p>NO DOLOR PEOR DOLOR IMAGINABLE</p> </div>
HOMBROS/ BRAZOS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;"></div>
ESPALDA SUPERIOR	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;"></div>
CODOS/ ANTEBRAZOS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;"></div>
MUÑECAS/ MANOS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;"></div>
ZONA LUMBAR	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;"></div>
CADERAS/ MUSLOS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;"></div>
RODILLAS/ PANTORRILLAS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;"></div>
TOBILLOS/PIES	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<div style="text-align: center;"></div>

Número de participante _____ Fecha _____

Anexo 3: Cuestionario SF-12

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí me limita un poco	No, no me limita nada
a. <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Subir <u>varios pisos</u> por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Durante las 4 últimas semanas, ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo a veces	Nunca
a. ¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Durante las **4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo a veces	Nunca
a. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasa qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo a veces	Nunca
a. ...se sintió calmado y tranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ...tuvo mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ...se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo a veces	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 4: Cuestionario de Sensibilización Central

Cuestionario de Sensibilización

Parte A

Nombre: _____

Fecha: _____

Por favor rodee la respuesta correcta para cada uno de los enunciados.

1. Me siento cansado y desanimado cuando me levanto por las mañanas.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
2. Mis músculos están tensos y doloridos.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
3. Tengo ataques de pánico.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
4. Rechino los dientes o aprieto la mandíbula.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
5. Tengo problemas de diarrea o estreñimiento.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
6. Necesito ayuda para realizar mis actividades diarias.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
7. Soy sensible a la luz brillante.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
8. Me canso fácilmente cuando estoy físicamente activo.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
9. Siento dolor en todo mi cuerpo.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
10. Tengo dolores de cabeza.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
11. Tengo molestia en mi vejiga o sensación de quemazón al orinar.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
12. No duermo bien.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
13. Tengo dificultad para concentrarme.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
14. Tengo problemas en la piel como resequead, picor o sarpullido.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
15. El estrés hace que mis síntomas físicos empeoren.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
16. Me siento triste o deprimido.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
17. Me siento con poca energía.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
18. Tengo tensión muscular en mi cuello y hombros.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
19. Tengo dolor en mi mandíbula.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
20. Algunos olores, como perfumes, me hacen sentir mareado y con náuseas.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
21. Tengo que orinar frecuentemente.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
22. Mis piernas se sienten incómodas e inquietas cuando intento dormir por la noche.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
23. Tengo dificultad para recordar cosas.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
24. Sufrí algún trauma cuando era niño(a).	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
25. Tengo dolor en mi zona pélvica	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Continuamente	Siempre
	TOTAL:				

Parte B

Nombre:

Fecha:

¿Ha sido usted diagnosticado por algún médico con alguna de las siguientes enfermedades?

Por favor indique a la derecha de cada casilla si ha tenido alguno de los siguientes diagnósticos y escriba el año en que se le diagnosticó.

1. Síndrome de Piernas Inquietas.
2. Síndrome de Fatiga Crónica.
3. Fibromialgia.
4. Trastornos Temporomandibulares.
5. Migrañas o Cefalea Tensional.
6. Síndrome de Colon Irritable.
7. Sensibilidad Química Múltiple.
8. Latigazo o Lesión en el Cuello (incluir la lesión de Whiplash).
9. Ansiedad o Ataques de Pánico.
10. Depresión.

NO	SÍ	Año del diagnóstico

Anexo 5: Escala de acoso sexual e interacción social de contenido sexual no ámbito universitario.

Ítem	Media	DE	Correlación elemento-total corregida	alfa sin el ítem
1. Acordar una cita voluntaria	1.56	0.91	0.309	0.959
2. Amenazas	1.07	0.317	0.457	0.952
3. Comentarios sobre alguna parte concreta de la anatomía de la persona potencialmente acosada	1.12	0.408	0.515	0.951
4. Envío de notas, cartas o similares pidiendo encuentros sexuales	1.04	0.279	0.697	0.951
5. Miradas	1.45	0.776	0.486	0.954
6. Petición explícita y reiterada de mantener relaciones sexuales	1.04	0.279	0.72	0.95
7. Tocamientos en zonas no genitales de carácter supuestamente fortuito	1.13	0.503	0.491	0.952
8. Acudir a terceras personas como mediadoras de intereses personales	1.14	0.447	0.52	0.951
9. Aprovechar situaciones supuestamente académicas (visitas al despacho, seminarios, tutorías,...) para forzar mayor intimidad con la persona potencialmente acosada	1.06	0.305	0.692	0.95
10. Comentarios sobre el aspecto físico de la persona potencialmente acosada	1.13	0.433	0.63	0.951
11. Envío reiterado de notas o cartas pidiendo más intimidad con la persona potencialmente acosada	1.04	0.262	0.716	0.951
12. Llamadas insistentes al domicilio particular de la persona potencialmente acosada	1.03	0.251	0.695	0.951
13. Petición explícita de mantener relaciones sexuales haciendo alusión a los beneficios que eso podría reportar a la persona potencialmente acosada	1.03	0.241	0.726	0.951
14. Petición explícita a la persona potencialmente acosada de que muestre determinadas partes del cuerpo	1.03	0.23	0.721	0.951
15. Tocamientos en zonas no genitales	1.12	0.444	0.531	0.951
16. Alimentar sentimientos de culpabilidad aludiendo a posibles problemas sexuales de la persona potencialmente acosada (represión sexual, falta de atractivo,...)	1.03	0.251	0.741	0.951
17. Atribuir a la persona potencialmente acosada los deseos libidinosos propios	1.03	0.23	0.774	0.951
18. Comentarios sobre la supuesta vida sexual de la persona potencialmente acosada	1.07	0.33	0.726	0.95
19. Encontrarse reiteradamente e insistentemente con la persona potencialmente acosada	1.05	0.3	0.657	0.951
20. Mantener conductas provocadoras de exhibicionismo ante la persona potencialmente acosada	1.04	0.279	0.681	0.951
21. Petición explícita de mantener relaciones sexuales haciendo alusión a los perjuicios que eso podría reportar a la persona potencialmente acosada	1.02	0.227	0.711	0.951
22. Roces provocados con el cuerpo de la persona potencialmente acosada	1.04	0.267	0.747	0.95
23. Utilizar a una tercera persona para forzar la relación	1.04	0.271	0.758	0.95
24. Alusiones públicas y continuadas referidas a la vida privada de la persona potencialmente acosada	1.05	0.285	0.728	0.95
25. Coincidir en una fiesta o reunión e iniciar una relación	1.19	0.558	0.627	0.951
26. Chistes y bromas obscenas frecuentes dichas en presencia de la persona potencialmente acosada	1.08	0.348	0.661	0.951
27. Iniciar una relación voluntaria por ambas partes	1.22	0.643	0.569	0.952

Anexo 6: Documento de información, compromiso de confidencialidade e consentimento informado

O obxectivo deste documento é informalo/a sobre as características do estudo en que é convidado/a participar e solicitar o seu consentimento. A súa decisión é totalmente voluntaria e non a ten que adoptar agora.

Previamente, é importante que lea detidamente o documento informativo e o consentimento informado, dos cales se lle facilitará o acceso online para que poida descargalo e imprimilo, e aclare todas as súas dúbidas ca equipa de investigación. Pódeo facer persoalmente, por teléfono ou por correo electrónico, a través dos datos de contacto que se lle facilitan ao final do primeiro apartado.

1. DOCUMENTO INFORMATIVO

O estudo para o cal lle pedimos a súa participación titúlase: “Estudo observacional de prevalencia sobre acoso sexual no entorno universitario e dor crónica músculo esquelética en estudantes de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña” e recibiu o informe favorable do Comité de Ética da Investigación e a Docencia da Universidade da Coruña.

A información básica que debe coñecer é a seguinte:

a) Equipo investigador

As participantes do equipo investigador son:

- Investigadora principal: Lucía López López, graduada en Fisioterapia e alumna do Máster en Discapacidade e Dependencia da Facultade de Oza, que se encargará da difusión do estudo polos centros das diferentes titulacións, así como a recollida e codificación dos datos, a súa análise e discusión pertinentes.
- Directora do TFM e colaboradora do proxecto: a profesora Dra. Beatriz Rodríguez Romero. As súas funcións principais abarcarán principalmente a supervisión de todo o proceso de elaboración do Traballo Fin de Máster. Así mesmo, garantizará o

acceso, oposición, corrección, cancelación, limitación, restricción, supresión ou portabilidade dos datos dos participantes, nos casos en que así se solicite.

- Analista: o profesor Dr. Alejandro Quintela del Río, que orientará e supervisará a análise dos datos.

b) Obxectivo e utilidade do estudo. Base de lexitimación para o tratamento dos datos

O obxectivo é coñecer a prevalencia de acoso sexual entre o estudiantado de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña, así como determinar se presenta ou non relación coa dor crónica músculo esquelética.

É importante realizar este estudo debido á relevancia social e científica da súa temática. Por un lado, o déficit de literatura científica que aborde ambas variables no ámbito universitario fai imprescindible a realización de estudos que permitan dilucidar que papel xoga este contexto nas experiencias de acoso sexual do alumnado, así como no desenvolvemento e cronificación da dor músculo esquelética en poboación xove.

Así mesmo, o aporte social deste tipo de estudo resulta de enorme interese público. Esta importancia obsérvase na contribución que este tipo de estudos poderían realizar en materia de igualdade de xénero, tanto na sensibilización da problemática como na prevención da mesma. Deste xeito, as características da poboación diana, principalmente en termos de idade, poderían ser claves para unha abordaxe preventiva, non só do impacto socioeconómico da dor músculo esquelética, senón das diferentes formas de violencia de xénero.

Por conseguinte, a realización desta investigación reviste un interese público no sentido dos artigos 6.1.e) e 9.2.g) do RXPDP, en conexión coa Lei 14/2011, de ciencia, tecnoloxía e innovación.

c) Selección das persoas participantes

A vostede invítaselle a participar porque cumpre cos criterios establecidos no deseño do estudo. Vostede é maior de idade, pertence á comunidade universitaria en virtude de estudante e cursa algunha das titulacións das Ciencias da Saúde ofertadas pola Universidade da Coruña.

d) Metodoloxía que se utilizará para o estudo, tipo de colaboración da persoa participante e duración da dita colaboración.

O tipo do estudo no que vai participar será descritivo observacional. En concreto, será un estudo transversal correlacional realizado por enquisa online.

A súa participación consiste no auto cumprimento dunha serie de cuestionarios sobre o seu historial de acoso sexual dentro do ámbito universitario e sobre o seu nivel de dor músculo-esquelética e auto-percepción da súa saúde.

Só se lle pedirá que conteste de forma anónima ao cuestionario unha única vez, cunha duración aproximada de 15 minutos.

Ao non gardar información que permita a súa identificación, non se fará ningún tipo de contacto con vostede para conseguir novos datos.

e) Tipo de información

A información que se lle vai a solicitar será de carácter sociodemográfico e académico (xénero, idade, titulación, curso, orientación sexual e presenza de discapacidade). Tamén inclúe preguntas consideradas de especial protección como (i) as relativas á presenza de dor músculo esquelética en varias rexións corporais nos últimos 12 meses e 7 días; (ii) sobre á auto-percepción da saúde na esfera física, social e mental; (iii) e sobre ás vivencias de acoso sexual no ámbito universitario, sen que en ningún caso os datos poidan identificalo.

A finalidade do tratamento dos datos será dar cumprimento ós obxectivos deste estudo. Os prazos de conservación dos datos serán polo tempo imprescindible para cumprir coa citada finalidade na forma indicada no apartado relativo ao Compromiso de confidencialidade.

f) Medidas para responder aos acontecementos adversos

Debido ás características do estudo (cuestionario online), a súa participación non implica ningún tipo de risco, molestia ou inconveniente.

g) Posibilidade de compensación.

Non se espera que vostede obteña beneficio directo por participar no estudo. A investigación pretende descubrir aspectos descoñecidos ou pouco claros sobre a relación entre o acoso sexual e a dor crónica músculo-esquelética en poboación universitaria. Esta información poderá ser de utilidade nun futuro para outras persoas.

h) Decisión de non participar

As características do estudo necesitan da participación voluntaria do estudantado. Porén, a non participación neste estudo non afectará en ningún caso negativamente á docencia ou avaliación daqueles estudantes que decidan non participar.

i) Retirada do estudo.

Unha vez acceda ao cuestionario, pode deixar de cubri-lo se así o considera, sen dar explicacións e sen que implique ningunha consecuencia prexudicial para vostede. En canto lle dea a enviar xa non se pode retirar do estudo, pois ao ser anónimo nin a persoa investigadora pode identificar quen responde.

j) Previsión do uso posterior dos resultados.

Os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, pero non se transmitirá ningún dato que permita a identificación dos participantes.

En caso de que as participantes desexen acceder a ditas publicacións, poderán poñerse en contacto coa investigadora principal que lles facilitará o acceso, así como un resume dos resultados do estudo.

k) Acceso á información e aos resultados da investigación.

Se vostede o desexa, facilitaráselle un resume dos resultados finais do estudo, porén, o anonimato dos participantes imposibilita ofrecer a posibilidade de acceder aos datos persoais dos mesmos.

Para acceder a esta información, deberá poñerse en contacto coa investigadora principal Lucía López López a través do correo electrónico lucia.lopezl@udc.es, ou ben coa directora do TFM, a Dra. Beatriz Rodríguez Romero no correo electrónico: beatriz.romero@udc.es e/ou tlfno.. 981 167000 ext 5841.

l) Aspectos económicos: financiamento, remuneración e explotación.

Esta investigación é promovida pola Facultade de Fisioterapia sen que estea prevista a aportación de fondos adicionais para este estudo. A investigadora non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo. Vostede non será retribuído por participar. É posible que dos resultados do estudo se deriven produtos comerciais ou patentes; neste caso, vostede non participará dos beneficios económicos orixinados.

m) Datos de contacto do investigador principal para aclaracións ou consultas

Para a resolución de calquera dúbida respecto ao estudo no que se lle invita a participar pode contactar coa investigadora principal, Lucía López López no correo electrónico lucia.lopezl@udc.es

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDADE

Adoptáronse as medidas oportunas para garantir a completa confidencialidade dos seus datos persoais, conforme ao que dispón a LO 3/2018, do 5 de decembro, de protección de datos persoais e garantía dos dereitos dixitais e o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello, do 27/04/2016, relativo á protección das persoas físicas no que respecta ao tratamento dos datos persoais e á libre circulación destes datos e polo que se derroga a Directiva 95/46CE (Regulamento xeral de protección de datos). Informamos ademais, que os datos que nos facilite a través do formulario da enquisa serán tratados no ámbito da Universidade da Coruña pola equipa investigadora, concretamente pola directora do Traballo Fin de Máster e colaboradora do proxecto, a Dra. Beatriz Rodríguez Romero, coa cal se poderá poñer en contacto no correo electrónico: beatriz.romero@udc.es e/ou tlfno.. 981 167000 ext 5841.

Os datos necesarios para levar a cabo este estudo serán recollidos e conservados durante o tempo imprescindible para cumprir coa finalidade do mesmo do seguinte modo:

- Anonimizados, é dicir, que vostede non poderá ser identificado nin sequera polo equipo investigador.

Os formularios da enquisa non incluírán nome, nin apelido, nin dirección de correo electrónico, nin outro dato que identifique de forma directa aos que respondan a enquisa. En ningún caso se xuntarán os consentimentos outorgados, onde si se identifica o suxeito, cos instrumentos utilizados no estudo.

No uso que se realice dos resultados do estudo con fins de docencia, investigación, publicación e/ou divulgación respectarase sempre a debida confidencialidade dos datos de carácter persoal, de modo que as persoas participantes non resultarán identificadas ou identificables.

Período de retención dos datos

Unha vez finalizada a investigación, os datos recollidos serán conservados o tempo imprescindible para cumprir coa finalidade prevista e non serán cedidos a terceiros.

3. CONSENTIMENTO

O consentimento informado incluírase como unha parte independente da enquisa co fin de preservar o anonimato da persoa que desexa participar no estudo. Este deberá ser remitido debidamente firmado a Lucía López López (lucia.lopezl@udc.es). Ademais, no propio formulario da enquisa, formularase unha pregunta de si/non, indicando que declara ter lido, firmado e enviado o documento que contén o consentimento informado.

Don/dona _____,
maior de idade, con DNI _____ e domicilio en _____
_____.

DECLARO que

Fun informado/a de as características do estudo	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lin a folla de información que me entregaron	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Puiden realizar observacións ou preguntas e fóronme aclaradas as dúbidas	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Comprendín as explicacións que se me facilitaron e en que consiste a miña participación no estudo	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sei como e a quen me dirixir para realizar preguntas sobre o estudo no presente ou no futuro	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fun informado/a dos riscos asociados á miña participación	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Confirmo que a miña participación é voluntaria	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

CONSINTO

Participar no estudo	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados para a investigación	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Que se utilicen os datos facilitados en publicacións científicas	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados en reunións e congresos	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se utilicen os datos facilitados para a docencia	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Que se conserven os datos de forma anónima ao finalizar o estudo para o seu uso en futuras investigacións	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
SOLICITO		
Acceder aos resultados xerais do estudo	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Acceder aos artigos científicos unha vez fosen publicados	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

E en proba de conformidade, asino o presente documento no lugar e na data que se indican a continuación.

_____, de _____ de _____.

<i>Nome e apelidos do/da participante:</i>	<i>Nome e apelidos do/a investigador/a principal:</i>
Sinatura:	Sinatura:

12. Anexo 7: Certificación da comunicación



xugex.gal

DESIGUALDADES DE XÉNERO EN TEMPOS DE COVID

10 e 11
xuño
de 2021

(Virtual)

Cristina López Villar, vicerreitora de Igualdade, Cultura e Deportes da Universidade da Coruña

Fai constar que

Hace constar que

«LUCÍA LÓPEZ LÓPEZ» e «BEATRIZ RODRÍGUEZ ROMERO»

presentou a comunicación titulada «PROXECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE PREVALENCIA DE ACOSO SEXUAL NO ENTORNO UNIVERSITARIO E DOR CRÓNICA MUSCULOESQUELÉTICA EN ESTUDANTES DE CIENCIAS DA SAÚDE DA UDC» na área temática Violencias contra as mulleres coordinada pola Oficina para a Igualdade de Xénero da UDC, da *VII Xornada Universitaria Galega en Xénero. Desigualdades de Xénero en tempos de COVID*. Actividade organizada polas oficinas de igualdade das universidades galegas, financiada con fondos do Pacto de Estado contra a Violencia de Xénero e desenvolvida en modalidade virtual o 10 e 11 de xuño de 2021.

presentó la comunicación titulada «PROXECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE PREVALENCIA DE ACOSO SEXUAL NO ENTORNO UNIVERSITARIO E DOR CRÓNICA MUSCULOESQUELÉTICA EN ESTUDANTES DE CIENCIAS DA SAÚDE DA UDC» en el área temática Violencias contras las mujeres, coordinada por la Oficina para a Igualdade de Xénero de la UDC, de la *VII Xornada Universitaria en Xénero. Desigualdades de Xénero en tempos de COVID*. Actividad organizada por las oficinas de igualdad de las universidades gallegas, financiada con fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género y desarrollada en modalidad virtual el 10 y 11 de junio de 2021.

Código Seguro De Verificación	NLXmsXIR4QNCgNAb1qPHkg==	Estado	Data e hora	
Asinado Por	Cristina López Villar - Vicerr. de Igualdade, Cultura e Deporte	Asinado	21/06/2021 20:31:06	
Observacións		Páxina	1/1	
Url De Verificación	https://sede.udc.gal/services/validation/NLXmsXIR4QNCgNAb1qPHkg==			

89