



# Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL

**SALUD MENTAL Y BIENESTAR EN MUJERES: INFLUENCIA CULTURAL,  
COGNITIVA Y EMOCIONAL**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

**P R E S E N T A**

**LILIAN GUADALUPE RUEDA RODRIGUEZ**

**TUTOR PRINCIPAL:** DR. ROLANDO DÍAZ LOVING  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

**TUTOR ADJUNTO:** DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

**TUTORA EXERNA:** DRA. CINTHIA CRUZ DEL CASTILLO  
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

**JURADO A:** DRA. MIRTA MARGARITA FLORES  
GALAZ  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE YUCATÁN

**JURADO B:** DRA. NÉLIDA PADILLA GÁMEZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZATACALA, UNAM



CDMX, MÉXICO  
AGOSTO, 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Si quieres vivir una vida feliz, ácala a una meta, no a una persona  
u objeto”*

Albert Einstein

## AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) por el financiamiento a este proyecto de investigación.

A La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) mi casa de estudios... por hacerme crecer de manera profesional y personal, y convertirme en lo que soy.

Al Dr. Rolando Díaz Loving, mi padre académico, por su apoyo incondicional, por su conocimiento compartido, por darme siempre una luz en la investigación.

A la Unidad de Investigación en Psicosociales de la Facultad de Psicología, por el crecimiento, la confianza y el cariño hacia mí todos estos años.

Al Dr. Samuel Jurado, por su confianza y apoyo en todo momento. Mi respeto y admiración hacia usted.

A la Dra. Cinthia Cruz, por sus comentarios y retroalimentaciones.

A la Dra. Nely Padilla, por su conocimiento compartido.

A la Dra. Mirta Flores, por sus comentarios y por su tiempo, siempre me dieron dirección.

A Normita, Pao y Leo, cuyo acompañamiento en el cubil ha sido esencial, siempre aprendo de ustedes y mis compañeros del doctorado que hicieron amena la estancia.

A Joaquín Padilla, has sido un maestro y amigo, un ejemplo a seguir para mí.

A Ale Zamudio, amigo mío, que siempre estás, por tu ayuda y apoyo incondicional, soy feliz de que formes parte de mi vida.

Mariana Ortega, Ixchel Juárez, amigas mías porque no me soltaron, y sus palabras siempre me hacían recuperar la confianza en mí.

A todas las mujeres que participaron en este estudio, que confiaron.

Para Constanza...

La mujercita de mi vida, por ti y para ti....

Para que extiendas tus alas tanto como tus sueños,  
que en tu vida brilles  
y nunca nada pueda apagarte, cuidando tu salud mental.

## DEDICATORIAS

A Javier, mi amor, por iniciar este sueño juntos, acompañarme en la vida. Por recordarme cada momento de lo que soy capaz. Amo tenerte.

A mis padres, Manuel y Alicia, son lo más valioso de mi vida, por siempre creer en mí, y darme todo lo que necesito para ser feliz.

A mis hermanas Diana y Denisse y mis sobrinas Fer y Dany, lo mejor de mi vida, mis compañeras, confidentes, consejeras, mi fuerza.

Tío Eli, por mantenerte pendiente de mi proceso en este proyecto y de mi vida.

A mi familia, Delval Rodríguez y Rueda Sánchez, que siempre están en las buenas, en las malas, las peores y en las mejores desde que tengo uso de razón.

A mis amigos... a mi familia Tepoz.

A ti Paloma, que este sueño va por partida doble, era nuestro sueño UNAM.

Hasta el cielo para ti.

*A todas las mujeres, por el bienestar y salud mental de todas ellas y de las mías*

## Índice

Resumen.....	14
<b>Introducción .....</b>	<b>15</b>
<b>I. Salud Mental.....</b>	<b>24</b>
1.1 Factores asociados a la salud mental .....	31
1.2 Salud Mental Positiva .....	36
1.3 Género y salud .....	39
1.4 Factores que influyen en la salud mental de las mujeres .....	44
1.5 Vulnerabilidad y salud mental .....	46
1.6 Tratamiento en problemas de salud mental .....	51
<b>II. Ansiedad.....</b>	<b>55</b>
2.1 Definición de ansiedad.....	56
2.2 Prevalencia.....	57
2.3 Síntomas y factores de riesgo en la ansiedad.....	58
2.3.1 Vulnerabilidad a la ansiedad.....	61
2.4 Diferencias de género .....	63
2.5 Diferencias culturales.....	64
2.6 Instrumentos de medición de ansiedad .....	66
2.7 Tratamientos para la ansiedad.....	70
2.8 Relación con otras variables .....	74
<b>III. Depresión.....</b>	<b>78</b>
3.1 Definición de la depresión .....	79
3.2 Prevalencia.....	84
3.3 Factores de riesgo de la depresión .....	86
3.4 Vulnerabilidad a la depresión .....	90
3.4.1 Factores psicológicos .....	90
3.4.2 Factores psicosociales .....	95
3.5 Depresión y Género .....	96

3.6 Depresión y cultura.....	102
3.7 Instrumentos de medición de la depresión.....	105
3.8 Tratamientos de la depresión .....	108
<b>IV. Regulación emocional .....</b>	<b>111</b>
4.1 Definición de emoción.....	113
4.2 Definición de Regulación Emocional .....	115
4.3 Modelos de regulación afectiva .....	117
4.4 Estrategias de regulación emocional.....	122
4.5 Desregulación afectiva o Desregulación emocional .....	128
4.6 Variables moderadoras en los procesos de regulación emocional .....	129
4.7 Regulación emocional y Bienestar (Felicidad) .....	137
4.8 Regulación emocional y salud mental .....	140
4.9 Regulación emocional y depresión .....	142
4.10 Regulación emocional y Ansiedad.....	144
4.11 Regulación emocional y Género.....	147
4.12 Intervención en regulación emocional .....	153
<b>V. Creencias Irracionales .....</b>	<b>157</b>
5.1 El pensamiento como un proceso .....	157
5.2 Creencias.....	158
5.2.1 Terapia Racional Emotiva de Ellis: Creencias Irracionales .....	158
5.2.2 Terapia Cognitiva de Beck: Distorsiones cognitivas .....	162
5.3 Creencias Irracionales y Depresión .....	166
5.4 Creencias Irracionales y Ansiedad.....	168
5.5 Creencias Irracionales y Edad.....	172
5.6 Creencias irracionales y Sexo .....	173
5.6.1 Creencias irracionales en las mujeres.....	174
5.7 Medición de las creencias irracionales .....	176
5.8 Intervención para modificar las creencias irracionales .....	181
<b>VI. ¿Felicidad o Bienestar?.....</b>	<b>183</b>



6.1 De la felicidad al bienestar.....	185
6.2 Definición de felicidad.....	187
6.3 Felicidad y Cultura.....	190
6.4 Bienestar .....	191
6.4.1 Bienestar Subjetivo: La perspectiva hedónica .....	194
6.4.1.2 Mediciones del bienestar subjetivo .....	196
6.4.1.2 Bienestar y su relación con otras variables .....	197
6.4.2 Bienestar Psicológico: La perspectiva eudaimónica .....	198
6.4.3 Bienestar Social de Keyes .....	201
6.4.2.1 Estudios sobre el bienestar psicológico.....	202
6.4.2.2 Medición del Bienestar Psicológico.....	206
6.5 Indicadores de bienestar.....	208
6.5.1 Bienestar y la Edad.....	208
6.5.2 Bienestar y Género.....	209
6.5.3 Bienestar y Religión.....	209
6.5.4 Bienestar y Clase Social.....	210
6.6 Datos de bienestar en México.....	210
<b>VI. Método General.....</b>	<b>211</b>
Planteamiento de Problema.....	211
Pregunta de investigación .....	215
Objetivo general.....	215
Estudios de la investigación.....	215
Modelo propuesto .....	217
Estudio 1. Conceptuación y propiedades psicométricas de los instrumentos .....	218
Fase 1. Conceptuación teórico-empírica de normas y creencias de la felicidad .....	218
Pregunta de investigación.....	219
Objetivo General .....	219
Objetivo Particulares .....	220
Definición de variables.....	220

Muestra.....	220
Muestreo.....	220
Tipo de estudio .....	221
Diseño.....	221
Criterio de inclusión .....	221
Criterio de eliminación.....	221
Criterio de exclusión .....	221
Instrumentos .....	221
Procedimiento.....	221
Análisis de datos.....	222
Resultados .....	222
Discusión.....	225
Definición de variables .....	227
Definición conceptual .....	227
Definición operacional .....	228
Participantes.....	228
Instrumentos.....	228
Procedimiento .....	229
Análisis de datos .....	230
Fase 2. Construcción y Validación de una escala de Normas y Creencias de la Felicidad en mujeres mexicanas .....	231
Pregunta de investigación.....	235
Objetivo General .....	236
Objetivos particulares.....	236
Muestra y muestreo .....	236
Tipo de estudio .....	237
Diseño.....	237
Criterio de inclusión .....	237
Criterio de eliminación.....	237

Criterio de exclusión .....	237
Instrumento.....	237
Procedimiento.....	238
Análisis de datos.....	238
Resultados .....	238
Discusión.....	246
Fase 3. Adaptación y Validación de una Escala de Creencias Irracionales en mexicanos .....	250
Pregunta de investigación.....	252
Objetivo General .....	252
Objetivos particulares.....	252
Muestra.....	253
Muestreo.....	253
Tipo de estudio .....	253
Diseño.....	253
Criterio de inclusión .....	253
Criterio de eliminación.....	253
Criterio de exclusión .....	253
Instrumento.....	254
Procedimiento.....	254
Análisis de datos.....	254
Resultados .....	255
Discusión.....	258
Estudio 2. Comprobación del modelo.....	262
Fase 1. Diferencias y comparación de grupos .....	262
Pregunta de investigación.....	262
Objetivo General .....	262
Objetivo específico.....	262
Hipótesis de investigación.....	263

Muestra.....	263
Muestreo.....	264
Tipo de estudio .....	264
Diseño.....	264
Criterio de inclusión .....	264
Criterio de eliminación.....	265
Criterio de exclusión .....	265
Instrumentos .....	265
Definición de variables.....	268
Variable: Normas y creencias de la felicidad.....	268
Definición conceptual .....	268
Definición operacional .....	268
Variable: Creencias Irracionales .....	268
Definición conceptual .....	268
Definición operacional .....	268
Variable: Regulación Emocional .....	269
Definición conceptual .....	269
Definición operacional .....	269
Variable: Percepción de vulnerabilidad .....	269
Definición conceptual .....	269
Definición operacional .....	269
Variable: Bienestar Psicológico .....	270
Definición conceptual .....	270
Definición operacional .....	270
Variable: Salud Mental Positiva.....	270
Definición conceptual .....	270
Definición operacional .....	270
Variable: Ansiedad.....	271
Definición conceptual .....	271

Definición operacional .....	271
Variable: Depresión.....	271
Definición conceptual .....	271
Definición operacional .....	271
Procedimiento.....	271
Análisis de Datos.....	272
Resultados .....	273
Fase 2. Relación de variables.....	282
Pregunta de investigación.....	282
Objetivo General .....	282
Objetivo específico.....	282
Hipótesis.....	282
Muestra.....	284
Muestreo.....	284
Tipo de estudio .....	284
Diseño.....	284
Criterio de inclusión .....	284
Criterio de eliminación.....	284
Criterio de exclusión .....	284
Variables.....	284
Instrumentos .....	284
Análisis de Datos.....	285
Resultados .....	285
Fase 3. Comprobación del modelo: Predictores de la salud mental positiva y negativa de las mujeres .....	300
Pregunta de investigación.....	300
Objetivo General .....	300
Objetivos específicos.....	300
Hipótesis estadísticas.....	301

Definición de variables.....	302
Participantes .....	302
Instrumentos .....	302
Análisis de Datos.....	303
Resultados .....	303
<b>Discusión Final.....</b>	<b>307</b>
Alcances, Limitaciones y Sugerencias.....	329
Referencias.....	333
Apéndices. Instrumentos que se usaron para la aplicación final y versión digital .....	350

## Resumen

La perspectiva histórico-bio-psico-socio-cultural (Díaz-Guerrero, 1972) concibe aspectos históricos, y por tanto de la evolución y desarrollo de cada concepto a través de las culturas, biológicos, vinculados primordialmente a las necesidades básicas del ser humano. Esta investigación retoma como modelo teórico a la teoría bio psico socio cultural, ya que para explicar la salud mental debemos considerar todos estos componentes. El interés por estudiar más acerca a las mujeres y su papel en la sociedad ha llevado a identificar cuáles pueden ser algunas de las variables que influyen en su bienestar y salud mental. Se propone un modelo de salud mental en las mujeres. Se llevaron a cabo dos estudios. Para probar el modelo explicativo de la salud mental en mujeres se analizaron los datos mediante el software R 4.1.0 y con la librería “psych” y la librería Lavaan (Rosseel, 2012). De acuerdo con el análisis, no existe impacto en la salud mental positiva y bienestar psicológico de las normas y creencias de la felicidad ( $B= .079$ ,  $\beta=.040$ ,  $P= .132$ ) y solo los modelos incluyen a las creencias irracionales ( $B= -.563$ ,  $\beta=-.388$ ,  $P= .001$ ) y regulación emocional ( $B= -.626$ ,  $\beta=.048$ ,  $P= .001$ ). Solo las variables creencias irracionales ( $B= .415$ ,  $\beta=.325$ ,  $P= .001$ ), regulación emocional ( $B= .391$ ,  $\beta=.324$ ,  $P= .001$ ) y percepción de vulnerabilidad ( $B= .137$ ,  $\beta=.195$ ,  $P= .001$ ) influyen en la salud mental ansiedad y depresión. Es importante continuar el estudio del papel de la cultura y las variables individuales sobre la salud mental en las mujeres.

*Palabras clave:* mujeres, normas y creencias, salud mental, bienestar, felicidad.

## Introducción

La perspectiva histórico-bio-psico-socio-cultural (Díaz-Guerrero, 1972) es una teoría que ha permitido establecer un método sistemático, riguroso, estructural y funcional que permite definir, categorizar, diagnosticar, y por tanto, indicar la relación y temporalidad de una serie de variables vinculadas. Esta teoría, que concibe aspectos históricos, y por tanto de la evolución y desarrollo de cada concepto a través de las culturas, biológicos, vinculados primordialmente a las necesidades básicas del ser humano, así como los procesos de formación de impresiones, atribución e influencia social, presentes en el acontecer cotidiano y que afectan a las expectativas, actitudes perspectivas, valores y percepción; en fin, la visión subjetiva de cada individuo de las emociones e intercambios, tanto conductuales como cognoscitivos, que se dan en la concepción de la salud y la felicidad de mujeres, y por último, culturales, ya que los matices, las formas, los colores, y todas esas distinciones de cómo debemos comportarnos para demostrar e interpretar los afectos, se dan dentro de un contexto cultural. En este sentido, es evidente que el ecosistema humano incluye no solamente los aspectos de tipo geográfico, sino también aquellos aspectos que tienen que ver con las elaboraciones humanas, tanto en cultura subjetiva (lo que piensa, actúa y siente) como en cultura objetiva (lo que construye). La perspectiva bio-psico-socio-cultural reconoce que la realidad humana es dinámica y cambiante, haciendo necesario contemplar aspectos históricos longitudinales de evolución y desarrollo en las culturas y en los individuos.

Esta investigación retoma como modelo teórico a la teoría bio psico socio cultural, ya que para explicar la salud mental debemos considerar todos estos componentes.

La teoría está integrada por cinco componentes, identificando así al componente bio cultural, el sociocultural, el individual, el evaluativo y el conductual, cada uno se explica de la siguiente manera (Díaz-Loving, 2010).



#### a) Componente biocultural

Como punto de partida, para poder entender al bienestar, se debe considerar que, para los seres humanos, más que para ninguna otra especie, las necesidades de afecto, apego, cuidado, cariño, interdependencia, compañía y amor, son necesidades genéticamente básicas y determinantes para la supervivencia de la especie. Campbell (1974) y Harlow (1969) plantean la importancia de los vínculos primarios y el acercamiento a la madre para cubrir nuestras necesidades básicas de afecto, protección y alimentación, de acuerdo a la evidencia empírica en los humanos adultos aumentan aumentos en conflictos y patologías emocionales y sociales presentes ante la falta de interacción cercana y frecuente con la madre y/ u otros humanos afectuosos en la etapa de desarrollo temprano (Morris, 1977). Esencialmente no hay lugar a dudas sobre el papel fundamental de la herencia biológica en el establecimiento y conducción de las interacciones emocionales y sociales tempranas, ni en la importancia de estas en el aprendizaje sobre, y posterior establecimiento de patrones conductuales y afectivos necesarios para la supervivencia del ser humano. En ese tenor, la teoría sobre el apego (Bowlby, 1969, 1973,1980) señala que los modelos internos de apego se mantienen relativamente estables a través de la vida.

El factor biológico, representado por las necesidades de seguridad, compañía, afecto, amor y poder, permea nuestras vidas, relaciones tempranas y futuras sobre cómo nos acercamos o alejamos a otros seres humanos. Estas características biológicas incluyen el potencial de desarrollar cultura y transmitirla a través del uso del lenguaje que regirán los parámetros conductuales aceptables en nuestra especie, consolidando un macro-ecosistema socio-cultural, todas las culturas presentan normas sobre relaciones interpersonales que incluyen interdependencia, respeto, reciprocidad, etc.

#### b) Componente socio-cultural

En todas las culturas existe intercambio social, lo que cambia es su percepción e interpretación, su sentido de equidad, justicia y reciprocidad, dando así la conformación de

grupos socio-culturales con diversos matices, siendo un fenómeno universal (Díaz-Loving, 2010). Las características biológicas no se dan en un vacío, se desarrollan, evolucionan y modifican en interrelación constante con pautas socioculturales, expresándose por medio del amor, el poder, los celos, la intimidad y las diferencias sexuales, el cuidado a la salud, enseñando figuras sociales y aprendidas. De esta forma, cuando nace un niño o una niña, hay una serie de expectativas sobre cómo se van a desarrollar, las expectativas rigen el comportamiento consistente hacia un sexo o a otro, el cual, a su vez modifica la definición del sexo biológico, hasta que se amolda a las características asignadas por la cultura. Al paso del tiempo, el sexo biológico se convierte en un ente social denominado género, una construcción social de un hombre y una mujer en términos de papeles sociales, y una elaboración psicológica de lo que es masculino y/o femenino. En otras palabras, de lo que esperamos que sea bueno o malo, normativo, ideal o típico, para hombres y mujeres, estas diferenciaciones son centrales en la creación de expectativas, normas, interpretaciones y conducta prototípicas que rigen la forma diferente en que hombres y mujeres (Díaz-Loving, 2010).

Las normas, reglas y papeles específicos de la interacción humana, idiosincráticas a cada grupo cultural, regulan la forma en que se desarrollan las interacciones íntimas. En el modelo, estas restricciones particulares, emanan directamente del macro-sistema cultural. A fin de operacionalizar las normas y patrones de conductas sociales y culturales, Díaz Guerrero (1982) propone un sistema de premisas socioculturales particular a cada cultura. Este sistema se refiere al conjunto de normas y reglas que establecen y regulan los sentimientos, las ideas, la jerarquización y el tono de las relaciones interpersonales, así como los tipos de papeles sociales a realizar, es decir, los donde, cuando y con quien interactuar, en una cultura particular. Por ejemplo, la premisa mexicana indica que “los hijos siempre deben obedecer y respetar a los padres”, precisa cómo debe ser la relación padre-hijos; la premisa que especifica que “una mujer debe ser virgen hasta el matrimonio”, regula la sexualidad de la pareja (Díaz-Loving, 2010).

Las normas de interacción humana son transmitidas e inculcadas a través de los procesos de socialización (reforzamiento y castigo de las conductas esperadas), endoculturación (la presencia de modelos que realizan las conductas “adecuadas”), o aculturación (presiones de culturas opcionales hacia nuevas conductas esperadas). Las premisas no solo predicen las conductas aceptables, sino que también permean expectativas y evaluaciones en torno a la interacción humana. La definición y establecimiento de estructuras y fenómenos como el matrimonio, el noviazgo, la infidelidad, el cuidado a la salud se desprenden directamente de la conceptualización y premisas de una sociocultura. (Díaz-Loving, Rivera-Aragón & Flores-Galaz, 1986).

c) Componente individual

A través de los procesos de socialización, endoculturación y aculturación, la sociedad, la cultura, el grupo y la familia enseñan a las nuevas generaciones cuales son las premisas y expectativas de cómo es que se llevan a cabo las relaciones humanas en general. La interacción dinámica, dialéctica y constante a través de la vida de las características biológicas esenciales a todos los seres humanos, representado en el individuo por sus necesidades bio-psíquicas, y la pautas señaladas por el marco ecosistémico sociocultural, representado en el caso intracultural por las premisas socioculturales de la familia, la escuela, los medios de difusión y los amigos, desemboca en el desarrollo de rasgos, valores, creencias, actitudes y capacidades que los individuos utilizan en sus relaciones interpersonales.

Es obvio que la interacción tiene diferentes efectos dependiendo de los ingredientes introducidos a la dialéctica. En las culturas descritas por Triandis (1994) como colectivistas, el afecto, la pareja y las relaciones de familia son centrales. Si a una cultura colectivista entra un sujeto con características bio-psíquicas de autonomía e independencia, confronta en forma constante a las premisas, moldeando a la larga, su forma particular de afrontar e interpretar las relaciones cercanas. De esta manera, las características de

personalidad, los estilos y la filosofía, conllevan a hábitos y estrategias muy particulares de cómo confrontar diferentes estímulos (operantes), contextos, situaciones y personas. En reiteradas ocasiones, Díaz Guerrero (1973, 1979) ha distinguido en la cultura mexicana un estilo de confrontación en el que el sujeto intenta cambiar a los demás (autoafirmación activa), de un estilo, en que la persona se modifica a sí misma para agradar a los demás (control interno afectivo). Resulta evidente que el tipo de interacciones humanas producidas por estas formas de relacionarse diferirían sustancialmente.

#### d) Componente evaluativo

En cuanto se funden el componente individual y el cultural, e interactúan con la estimulación de una pareja real o imaginada el sujeto evalúa su relación y compañero, tanto a un nivel cognoscitivo (sus características concuerdan con aquellas que él cree que son atractivas o efectivas para tener una relación positiva) como afectivo (que es lo que siente, le es agradable o desagradable, etc.).

Los seres humanos consistentemente evaluamos el estímulo que representan otras personas o eventos de vida. Nuestro sistema de evaluación está influenciado notablemente por nuestras características antecedentes (personales y socio-culturales). De esta forma, en el proceso de conformación del cuidado de nuestra salud mental, podemos esperar perspectivas cognitivas y afectivas de evaluación diferentes, dependiendo de la composición de elementos antecedentes particular a cada persona. La predisposición evaluativa, determina entonces las estrategias de autocuidado y afrontamiento a situaciones de estrés.

El sistema de evaluación cognoscitiva requiere de percibir, codificar, interpretar e integrar la información relevante, convirtiendo el estímulo externo en información personal. La información de los factores estresores puede ser utilizada por una persona para ayudar al sujeto a decidir que estilos de afrontamiento, hábitos y disposiciones conductuales son más

adecuados para dicho estímulo. Toda la investigación sobre atribución se refiere a este sistema de evaluación.

Por su parte, el sistema de evaluación afectivo considera la tendencia de los humanos a juzgar los eventos de vida con base en las emociones. Varios modelos teóricos se han presentado para estudiar el papel de la evaluación afectiva en la apreciación de las relaciones interpersonales y sociales.

e) Componente conductual

Una vez establecidos los componentes que el sujeto extrajo de su biología, de su contexto socio-cultural, de su persona, y de su entendimiento, construcción, atribución y evaluación cognoscitiva y afectiva de la persona estímulo, la persona recorre y ordena su mente para encontrar la mejor estrategia para responder al estímulo. Al emitir la conducta en aquellos casos en los cuales los sujetos tienen la capacidad y la motivación para llevar a cabo su intención, la conducta afecta a la salud mental y bienestar de la persona. Una persona mediante su conducta se alejará o acercará a situaciones y experiencias que puedan afectar positiva o negativamente su salud mental y bienestar, así como su evaluación de felicidad. Es cada persona quien altera sus propias expectativas y percepción de sí mismo y del otro. Es decir, el sujeto, paulatinamente va construyendo y reconstruyendo el consiente colectivo (normas y premisas socioculturales de interacción) y un consiente individual (estilos de convivencia, valores, creencias, actitudes, personalidad, hábitos). Obviamente, a cada paso se retroalimentan diferentes partes del modelo teórico, permitiendo, de esta manera, al sujeto saber los efectos, las potencialidades y lo adecuado que tiene su estilo o estrategia de relacionarse. Al integrar, asimilar y acomodar las vivencias, la persona decide si quiere repetir o cambiar su conducta en respuesta a estímulos similares en el futuro.

Esta investigación integra este modelo bio psico socio cultural para explicar el fenómeno de la salud mental en mujeres, ya que al incluir variables macro-socio-culturales permitirá saber cuáles son los parámetros y reglas generales de las mujeres en cuanto al

cuidado de su salud mental, bienestar y percepción de felicidad y su traducción a las premisas socioculturales específicas y variables individuales como de evaluación y conductuales, da un contexto teórico-conceptual, en el cual tienen sentido las diferentes investigaciones que se hacen sobre la salud mental en las mujeres. Al utilizar este modelo podemos categorizar correctamente el tipo de relación bajo estudio, qué componente se está estudiando, el momento histórico en el que se produce y el contexto social y de relación en el que se va a dar. Además, provee de un marco longitudinal, cambiante y dinámico, que representan más cercanamente la realidad en que se dan las relaciones humanas.

Es evidente que la teoría bio-psico-socio-cultural de la salud mental en las mujeres no es una generalidad universal. Se busca una explicación para comprender la salud mental de las mujeres y sus diversas relaciones con la edad, escolaridad, historia individual y la cultura en la que se desenvuelven. Es necesario establecer una vinculación empírica de la salud mental de la mujer considerando los niveles de la teoría bio-psico-socio-cultural.

El interés por estudiar más acerca a las mujeres y su papel en la sociedad ha llevado a identificar cuáles pueden ser algunas de las variables que influyen en su bienestar y salud mental. Se entiende que la salud es definida como la ausencia de enfermedad física y la salud mental hace referencia a aquellos elementos que determinan cómo es que una persona afronta las condiciones de su vida. La salud mental involucra el manejo de las emociones, las cogniciones (pensamientos) y la conducta, cuando existe un manejo adecuado dan lugar al desarrollo de una salud mental positiva, o bien con un manejo inadecuado habrá un deterioro en la salud mental desarrollando por ende algunos trastornos, por ejemplo, ansiedad o depresión, entre otros problemas de salud mental.

Algunas de las condiciones sociales en las que las mujeres se desenvuelven determinarán los factores protectores o de riesgo a los que ellas se enfrenten, los autores indican que las mujeres se encuentran socialmente en condiciones de vulnerabilidad que afectan su salud mental cuando socialmente se les coloca en una condición de desventaja en

torno a diferentes ámbitos como el género, economía, educación, aspectos laborales, entre otros. Debido a esto resulta importante indagar de qué manera las mujeres pueden encontrar en sí mismas herramientas que les permitan favorecer su salud mental positiva y definirse con bienestar psicológico.

Por otro lado, se ha visto que las emociones y las cogniciones pueden también jugar un papel importante en el desarrollo de la salud o del bienestar, por lo que la desregulación emocional o las creencias irracionales podrían afectar la salud mental y aumentar la probabilidad de generar estados de ansiedad o depresión.

La perspectiva histórico-bio-psico-socio-cultural (Díaz-Guerrero, 1972) concibe aspectos históricos, y por tanto de la evolución y desarrollo de cada concepto a través de las culturas, biológicos, vinculados primordialmente a las necesidades básicas del ser humano, así como los procesos de formación de impresiones, atribución e influencia social, presentes en el acontecer cotidiano y que afectan a las expectativas, actitudes perspectivas, valores y percepción; en fin, la visión subjetiva de cada individuo de las emociones e intercambios, tanto conductuales como cognoscitivos. Dicha teoría es retomada en este trabajo de investigación para explicar la concepción de la salud mental y bienestar en las mujeres y hacer hincapié en el papel cultural sobre estas variables, ya que los matices, las formas, los colores, y todas esas distinciones de cómo debemos comportarnos para demostrar e interpretar la felicidad y los afectos, se dan dentro de un contexto cultural. En este sentido, es evidente que el ecosistema humano incluye no solamente los aspectos de tipo geográfico, sino también aquellos aspectos que tienen que ver con las elaboraciones humanas, tanto en cultura subjetiva (lo que piensa, actúa y siente) como en cultura objetiva (lo que construye). La perspectiva bio-psico-socio-cultural reconoce que la realidad humana es dinámica y cambiante, haciendo necesario contemplar aspectos históricos longitudinales de evolución y desarrollo en las culturas y en los individuos.

Se piensa que las creencias de las mujeres en torno a cómo vivir la vida, cómo alcanzar la felicidad y la idea de que debemos perseguir la felicidad, así mismo, la presión social sobre ellas acerca de cómo deben comportarse afectará su salud mental. Se propone que pueden existir normas y creencias de la felicidad que rigen el comportamiento de las mujeres para vivir felices y tener bienestar y salud mental.

El capítulo uno se integra sobre todo el marco contextual de la salud mental, explicando a mayor detalle porque vamos a usar como marco de referencia teórico la teoría bio-psico-socio-cultural.

En el capítulo dos se aborda a la ansiedad como un trastorno que afecta la salud mental, de manera que nos lleva a hablar sobre depresión como otro de los trastornos que afectan la salud mental, el cual se desarrolla en el capítulo tres. En capítulo cuatro presenta el desarrollo del tema de regulación emocional como papel central en el desarrollo de patologías como la ansiedad y depresión, dando paso a un quinto capítulo integrado por las creencias irracionales, centrales en el papel que juegan en el desarrollo del curso y mantenimiento de una emoción. El capítulo seis que desarrolla el tema del bienestar y felicidad, variables que se ven afectadas por los antes mencionados, pero que, sin duda, ponen en juego la salud mental de las mujeres. Por último, en capítulo siete integra la metodología empleada en este estudio para comprobar el modelo planteado en esta investigación sobre la salud mental de las mujeres, integrando variables cognitivas, emocionales y conductuales.



## I. Salud Mental

*“El bienestar y la salud son un deber, de otra manera no podríamos mantener nuestra mente fuerte y clara”*

**Buda**

La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. Ha llegado la hora de que salga a la luz. La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades, son abrumadores. En los últimos años, el mundo se ha tornado más consciente de la enorme carga y el potencial que existe para hacer progresos en salud mental. En efecto, podemos lograr un cambio.

Lee Jong-Wook, director general, OMS

La buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha trabajado por mejorar la salud mental de las personas y de la sociedad fomentando el bienestar mental y prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender a las personas con trastornos mentales. El bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud según la OMS. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación. Lo que realza la importancia de poseer salud mental positiva.

Dos grandes teorías describen los componentes clave de la salud mental positiva y el concepto de bienestar (Deci & Ryan, 2008). La tradición hedónica integra el elemento emocional, es decir, felicidad y satisfacción con la vida, mientras que la tradición eudaimónica incluye el potencial humano y el funcionamiento óptimo. La salud mental positiva se conceptualiza como una selección de bienestar emocional, psicológico y social (Keyes, 2007; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). El modelo de salud mental integra dos dimensiones de la salud mental: salud mental vs enfermedad mental, o salud mental positiva vs salud mental negativa, los cuales se correlacionan (Keyes, 2007). La salud mental positiva se asocia con mayores niveles de satisfacción con la vida y el funcionamiento general mientras que los niveles bajos de salud mental positiva se acompañan de síntomas como depresión, ansiedad y estrés en diferentes culturas (Lluch, 1999). Es de este modo, que la salud mental positiva puede alterarse, aunque no haya diagnóstico de psicopatología.

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de edad, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias. En muchas sociedades los trastornos mentales relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés suscitan una creciente preocupación, especialmente para la salud de la mujer.

Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. La carencia de hogar y la encarcelación impropia son mucho más frecuentes entre las personas con trastornos mentales que en la población general, y exacerban su marginación y vulnerabilidad. Debido a la estigmatización y la discriminación, las personas con trastornos mentales sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, y a muchas se les niegan derechos económicos, sociales y culturales y se le imponen restricciones al trabajo y a la educación, así como a los derechos reproductivos y al derecho a gozar del grado más alto posible de salud. Pueden sufrir también condiciones de vidas inhumanas y poco higiénicas, maltratos físicos y abusos sexuales, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios. A menudo se les niegan derechos civiles y políticos, tales como el derecho a contraer matrimonio y fundar una familia, la libertad personal, el derecho de voto y de participación plena y efectiva en la vida pública, y el derecho a ejercer su capacidad jurídica en otros aspectos que les afecten, en particular el tratamiento y la atención. Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad,

lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales.

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos gracias a la investigación hace posible que toda política o medida se fundamente en datos contrastados y en prácticas óptimas, y la existencia de datos pertinentes y actualizados o de dispositivos de vigilancia permite seguir de cerca las medidas aplicadas y determinar los servicios en cuya prestación hay margen de mejora. Pero actualmente la investigación se lleva a cabo en países de altos ingresos, y es necesario corregir este desequilibrio para que los países de ingresos bajos o medianos se doten de estrategias costo efectivas y culturalmente apropiadas para atender sus necesidades y prioridades en materia de salud mental.

Los datos e indicadores básicos que se necesitan para el sistema de salud mental son los siguientes: magnitud del problema (prevalencia de los trastornos mentales y determinación de los principales factores de riesgo y de protección por lo que respecta a la salud y el

bienestar mentales); alcance de las políticas, leyes, intervenciones y servicios (en particular, desfase entre el número de personas que sufren un trastorno mental y el de personas que reciben tratamiento y se benefician de un conjunto de servicios adecuados, como servicios sociales); datos sobre resultados sanitarios (incluidas las tasas de suicidio y de mortalidad prematura en el conjunto de la población, así como mejoras, a nivel individual o por grupos, relacionadas con síntomas clínicos, niveles de discapacidad, funcionamiento global y calidad de vida) y datos sobre resultados sociales y económicos (niveles relativos de estudios, vivienda, empleo e ingresos en las personas con trastornos mentales). Estos datos deben estar desglosados por sexo y edad y dar cuenta de las diversas necesidades de las subpoblaciones, definidas en función de criterios geográficos (por ejemplo, comunidades urbanas frente a rurales) y de la vulnerabilidad de determinados colectivos. Para reunir estos datos se recurrirá a encuestas periódicas concebidas especialmente al efecto, que vengán a complementar los datos obtenidos habitualmente con el sistema de información sanitaria. También hay interesantes posibilidades para aprovechar datos ya existentes, por ejemplo, extrayendo información de los informes que gobiernos e instancias no gubernamentales o de otra índole dirigen a los órganos encargados de supervisar la aplicación de tratados como parte de los mecanismos de presentación periódica de informes.

En nuestro país, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad (Frenk, como se cita en Bello, 2005; Medina-Mora, 2003). Cuatro de los padecimientos más incapacitantes son: esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) aplicada en 2003 señalan que: una de cada cinco personas presenta al menos un trastorno mental en su vida, 13.9 por ciento refirió haber padecido alguno de los trastornos mentales durante el año previo a la encuesta, 5.8 por ciento en los últimos 30 días. Los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno que las mujeres (30.4 contra 27.1 por ciento)

si se pregunta por “alguna vez en su vida”. Cuando se pregunta por los últimos 12 meses, las mujeres tienen prevalencias más elevadas (14.8 contra 12.9 por ciento en los hombres). Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres. Los trastornos más comunes sufridos por las mujeres adultas “alguna vez en la vida” fueron: las fobias específicas (7.1 por ciento), trastornos de conducta (6.1), dependencia al alcohol (5.9), fobia social (4.7) y el episodio depresivo mayor (3.3 por ciento). Los trastornos más comunes entre los hombres adultos fueron: la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol sin dependencia. La ansiedad de separación y el trastorno de atención se inician, en promedio, entre los cinco y seis años (SSA, 2005).

En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (Benjet *et al.* 2009) en la Ciudad de México y área Metropolitana cuyo objetivo fue estimar las diferencias por sexo de la prevalencia y severidad en los últimos 12 meses para 17 trastornos psiquiátricos se encontró que los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social.

Para las mujeres, los trastornos más prevalentes en orden decreciente fueron las fobias, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. Mientras que, en los varones, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron: el trastorno negativista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Las mujeres presentaron un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno.

Los padecimientos con mayor proporción de gravedad fueron los trastornos de ánimo y en menor proporción los trastornos ansiosos. Este patrón fue similar para hombres y mujeres, sin embargo, existen diferencias en la proporción de casos graves entre ambos ya que las mujeres tuvieron una mayor proporción de casos de este tipo.

Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos de ánimo. Además, los trastornos que se presentaron en edades más tardías fueron los trastornos por uso de sustancias. Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad, ánimo y por uso de sustancias son similares entre los sexos, a diferencia de los trastornos de impulsividad en los cuales los hombres tienen edades de inicio más tempranas que las mujeres.

Se concluyó que la mayor prevalencia general y severidad de trastornos psiquiátricos en las mujeres comparadas con los varones sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para aquellas. Hay teorías biológicas y psicosociales que pretenden explicar la mayor vulnerabilidad de las niñas en la etapa adolescente, entre ellas la teoría de la intensificación del rol de género, la exposición a mayor adversidad y reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal ante el estrés. Los hallazgos de este estudio son relevantes para la práctica clínica, así como para la vigilancia epidemiológica en nuestra población ya que sirven para la planificación de servicios y políticas públicas de salud y educación.

En el campo de la salud mental existe una carencia de atención debidamente orientada a la solución de sus problemas, los cuales se asocian con un origen multifactorial donde los factores personales y sociales confluyen desfavorablemente. Específicamente, el individuo que se ve afectado por problemas de salud mental tales como ansiedad, depresión, alcoholismo, etc., ve disminuido su bienestar y funcionalidad, lo que se refleja en su calidad de vida en general. Estas afectaciones pueden variar de persona a persona ya que cada individuo vive y percibe sus experiencias y su entorno de manera diferente; lo cual puede cambiar a lo largo del ciclo vital.

Desde una perspectiva bio-psico-social se enfatiza la importancia de lo biológico, psicológico y social, su interrelación y autorregulación, acentuando que la salud y la

enfermedad puede verse afectada según esos tres elementos como principales determinantes de la salud y retomando aspectos positivos se reconoce que el concepto de salud es dinámico y cambiante, que incluye tanto la enfermedad como la posibilidad del desarrollo de las capacidades personales y sociales, siendo un proceso que no ocurre en aislado sino que se ve influenciado por el contexto social (Ornelas Ramírez & Ruíz Martínez, 2017). Es por ello, que, en esta investigación, el modelo teórico de esta investigación está dado por la teoría bio-psico-social para explicar la salud mental y el bienestar en las mujeres.

### 1.1 Factores asociados a la salud mental

Si bien los trastornos mentales afectan a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica, existen factores biológicos o psicosociales que pueden desencadenar la aparición de estos. Los factores psicosociales pueden estar relacionados con la historia personal y las experiencias tempranas de la vida que hacen más vulnerables a los individuos a sufrir enfermedades mentales. Al mismo tiempo, es posible identificar elementos que influyen de manera favorable en la salud mental de los individuos. Las tablas 1 y 2 resumen los factores que pueden intervenir favorable o desfavorablemente en la salud mental de las personas.

**Tabla 1**

*Factores protectores que influyen favorablemente en la salud mental de los individuos (Especialmente los niños)*

<b>Individuales</b>	<b>Familiares</b>	<b>Escolares</b>	<b>Sociales</b>
Alimentación adecuada	Padres que proveen cuidado y ayuda	Sentimiento de pertenencia	Relación cercana con una persona significativa (compañero/mentor)
Cercanía o apego con la familia	Armonía familiar	Clima escolar positivo	Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes
Inteligencia superior	Familia segura y	Grupo de pares	Seguridad



a la media	estable	prosocial	económica
Logros escolares	Familia pequeña	Colaboración y apoyo	Buena salud
Habilidades en la resolución de problema	Más de dos años entre embarazos	Responsabilidades	Acceso al mercado laboral
Autocontrol	Responsabilidades en la familia (de adultos y niños)	Oportunidades de éxito y reconocimiento de logros	Vivienda digna
Habilidad social	Relación de apoyo con otro adulto (de un niño o un adulto)	Reglas en la escuela en contra de la violencia	
Habilidades de relación	Normas y moral sólidas en la familia		
Optimismo	Comunicación afectiva		
Creencias morales	Expresión emocional		
Valores			
Autoestima			

Fuente: Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. A Monograph 2000. National Mental Health Strategy, Canberra, Australia. Como se cita en México, Programa de Acción en Salud Mental, 2002.

**Tabla 2**

*Factores de riesgo con influencia potencial en el desarrollo de problemas de salud mental en individuos (Especialmente niños)*

<b>Alteraciones genéticas</b>	<b>Madre adolescente</b>	<b>Peleas/riñas</b>	<b>Desventaja socioeconómica</b>	<b>Abuso físico, sexual y emocional</b>
Daño cerebral prenatal	Padre o madre soltero	Bajo apego a la escuela	Discriminación social y cultura	Muerte de un familiar
Nacimiento prematuro	Familia numerosa	Manejo inadecuado de la conducta	Violencia y criminalidad en la zona de vivienda	Enfermedad física o discapacidad

Daño al nacer	Modelos con rol antisocial	Grupo de pares desafiante	Densidad de población y condiciones inadecuadas de la vivienda	Desempleo/ Inseguridad de empleo
Bajo peso y complicaciones al nacer	Falta de armonía y/o violencia familiar	Fracaso escolar	Falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo	Falta de hogar
Discapacidad física e intelectual	Familia disfuncional	Cambios de escuela	Aislamiento social	Encarcelamiento
Salud deficiente en la infancia	Divorcio y/o separación	Relaciones insatisfactorias	Sociedad competitiva	Pobreza, inseguridad económica
Apego inseguro en la infancia	Negligencia con el cuidado del niño	Deserción escolar		Accidentes de trabajo
Inteligencia deficiente	Desempleo prolongado de los padres	Falta de expectativas		Responsabilidad en el cuidado a un enfermo o discapacitado
Temperamento difícil	Abuso de sustancias en los padres	Expectativas falsas		Residencia en un lugar de cuidados o asilo
Enfermedad crónica	Problemas mentales en los padres			Guerra o desastres naturales
Habilidades sociales deficientes	Disciplina inconsistente y /o rígida			
Autoestima baja	Experiencias de rechazo			
Alienación/aislamiento				
Impulsividad				

---

Fuente: Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. A Monograph 2000. National Mental Health Strategy, Canberra, Australia. Como se cita en México, Programa de Acción en Salud Mental, 2002

Existe una carga económica, social y emocional en las enfermedades mentales, por lo que carecer de salud mental, además de representar problemas físicos y emocionales, conlleva costos económicos y en la calidad de vida personal y familiar; incrementa la probabilidad de vivir años con discapacidad, afecta la productividad de los individuos e incluso puede ser factor de muertes prematuras. Una característica de los trastornos mentales es que se inician a edades tempranas y los niveles de mortalidad por esta causa son bajos. Por tanto, los costos directos e indirectos derivados son altos y generalmente se prolongan por largos periodos de tiempo. Sin embargo, en la cuarta parte de los países del mundo no se otorgan pensiones de discapacidad por trastornos mentales. Las enfermedades mentales generan costos económicos y sociales que afectan al enfermo mental y también a quienes lo rodean.

Como sucede con el cuidado de la salud física, los cuidadores primarios de las personas que sufren algún trastorno mental son los miembros de la familia, muchas veces sin un conocimiento claro de la situación y sin los elementos para brindar una atención adecuada. Además del tiempo invertido en los cuidados, generalmente no reconocido ni valorado (en algunos casos limita la posibilidad de realizar otro tipo de actividades, incluyendo el trabajo extra doméstico), los gastos económicos que generan los trastornos mentales recaen en los familiares, debido a que los servicios que ofrecen las instituciones públicas de salud son insuficientes y los seguros de salud en general no cubren este tipo de afecciones.

Dado que los trastornos mentales generan costos asociados a los tratamientos médicos, además de pérdida en la productividad, ya sea por dejar de trabajar o por bajo rendimiento en el trabajo, pueden ser factores que contribuyan a la pobreza. Por otro lado, aspectos como la inseguridad, el bajo nivel educativo, contar con una vivienda inadecuada y tener bajos niveles de nutrición, han sido asociados con los trastornos mentales comunes. Según la Organización Mundial de la Salud, existe evidencia científica de que la depresión prevalece de 1.5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos. Personas que atienden directamente al enfermo. Aunado a lo anterior, está el problema de falta de recursos para

afrontar los costos económicos de los trastornos mentales. El proyecto Atlas de la OMS (2001) puso en evidencia el bajo nivel de recursos disponibles en países en desarrollo para tratar problemas de salud mental: “En ausencia de inversiones bien dirigidas y estructuradas en salud mental, el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo” (OMS, 2004).

La atención inadecuada es característica de los trastornos mentales en el mundo. Incluso en países desarrollados, entre 44 y 70 por ciento de las personas que sufrían depresión, esquizofrenia, trastornos por el consumo de alcohol y drogas y enfermedades mentales de los niños y adolescentes en 2001, no recibieron atención. En países en desarrollo, la mayoría de las personas con trastornos severos es dejada a su suerte (OMS, 2004). El presupuesto asignado a salud mental es muy bajo en todos los países: en naciones de bajos ingresos, apenas representa 1.54 por ciento del total del presupuesto asignado a salud; y en los países de ingresos altos la proporción es de 6.9 (OMS, 2004).

La salud mental también se ve afectada por el abuso de sustancias, el abuso de alcohol y otras sustancias representa un serio problema de salud pública en el mundo y es responsable de trastornos neuropsiquiátricos, violencia doméstica, abuso y abandono de niños y productividad laboral disminuida, entre otros. Estados de ánimo negativos tienen relación con el fumar y con el abuso del alcohol. En el 2000, cuatro por ciento de la carga de las enfermedades en el mundo se imputó al consumo del alcohol y en América Latina el alcohol fue el más importante factor de riesgo de la carga global de las enfermedades en ese año. Además de constituir un costo económico, afectan el desarrollo del capital humano y pueden generar un costo social en términos de lesiones, violencia y crimen.

Además de los problemas físicos que conllevan por sí mismos los trastornos mentales, quienes los padecen frecuentemente se ven expuestos a rechazos y estigmas sociales y a violaciones de sus derechos humanos, dentro y fuera de las instituciones. Por una parte, está la falta de atención o la atención inadecuada, debidas a que en general no existen los

servicios suficientes y adecuados para el tratamiento. El proyecto Atlas de la OMS identificó que 65 por ciento de las camas psiquiátricas está en hospitales mentales cuyas condiciones no son satisfactorias. Señaló también que muchas instituciones psiquiátricas proporcionan atención inadecuada, degradante e incluso dañina; se habla de hospitalizaciones y tratamientos que no cuentan con el consentimiento del paciente (OMS, 2004). Las personas que sufren trastornos mentales enfrentan problemas como negativa de empleo, pocas o nulas oportunidades de educación, discriminación en los sistemas de seguros de salud y en los programas de vivienda. En algunos países, el trastorno mental puede ser causa para negar el derecho a votar o para afiliarse en asociaciones profesionales; en otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno (OMS, 2004). Para prevenir las violaciones a los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales son necesarias políticas de salud mental bien articuladas y con directrices que permitan reducir la ineficacia y la fragmentación de los sistemas actuales de atención a la salud. Adicionalmente, leyes sobre salud mental pueden ser fundamentales para promover los derechos humanos y favorecer la autonomía y la libertad de las personas afectadas, además de favorecer el acceso a servicios de salud mental de calidad y contribuir a que los enfermos se integren a la comunidad (OMS, 2005)

## **1.2 Salud Mental Positiva**

La concepción convencional de la salud pública, fundamentada en una idea negativa de la salud, ha constituido un campo que Granda (2008) denomina “enfermología pública”, sustentado en tres premisas básicas: el presupuesto filosófico teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para explicar la salud, el método positivista para la explicación de los riesgos y del estructural funcionalismo para comprender la realidad social y el reconocimiento del poder del Estado para asegurar la prevención de la enfermedad. A partir de la lógica de la enfermología pública, la justificación de la pertinencia y relevancia de los problemas a investigar o a intervenir se fundamenta en

argumentos “objetivos” tales como la prevalencia, la incidencia, los años de vida ajustados por discapacidad, la medición de los efectos o la estimación de los costos para el sistema de salud. No obstante, la pregunta por la salud en términos positivos desborda las posibilidades y alcances metodológicos, teóricos y políticos del modelo biomédico hegemónico y exige una nueva racionalidad para la definición de los problemas relacionados con la salud y para la orientación de las acciones en salud pública. Esta situación que describe Granda (2008) al referirse a la salud pública no es ajena al campo de la salud mental.

El estudio del proceso de la salud mental en términos positivos nos remite a lo que se ha nombrado en la literatura como Psicología Salutogénica o Positiva, y a lo que muchos investigadores denominan nuevo paradigma. Temas que se estudian dentro de esta perspectiva son: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la capacidad de resistencia (*resilience*), los mecanismos de defensas maduros, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad.

El concepto de Salud Mental Positiva (SMP) aparece en la literatura con el trabajo de Jahoda (1958; 1980), cuando recibe el encargo de la *Joint Commission on Mental Illness and Health* (Comisión Conjunta sobre la Enfermedad la Salud Mental) para preparar un informe sobre el estado de la salud mental. Como resultado de este trabajo se presenta un modelo compuesto por seis dominios y una serie de subdominios relacionados que podrían caracterizar la SMP de los individuos, sean estos sanos o con alguna enfermedad mental:

- Actitudes hacia ti mismo. Este concepto hace referencia a la importancia de la autopercepción y el autoconcepto que se produce con el actuar diario. Se compone de subdominios: accesibilidad del yo a la conciencia, concordancia yo real con el yo ideal, autoestima y sentido de identidad.

- Crecimiento y autoactualización. Este concepto habla del sentido de vida y si se actúa en coherencia con este. Incluye los subdominios de autoactualización como fuerza motivacional por el desarrollo de las potencialidades humanas y la implicación en la vida, como el empuje a participar en el desarrollo y cuidado de su vida y al de los demás.

- Integración. Hace referencia a la capacidad de poder incluir en la vida todas aquellas experiencias que suceden, tanto positivas como negativas; así como la capacidad para poder aceptar en integridad. Depende del equilibrio psíquico del individuo, su filosofía personal y la resistencia para afrontar el estrés.

- Autonomía. Da cuenta de cómo el individuo establece relaciones con el mundo que le rodea y con sus semejantes, y cómo las decisiones incluyen a otras personas, es sinónimo de independencia y autodeterminación.

- Percepción de la realidad. Este criterio implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad, poder dar cuenta de las circunstancias de manera objetiva evitando en lo posible hacer juicios y la capacidad para desarrollar empatía frente a las vivencias de los demás.

- Dominio del entorno. Este aspecto, está vinculado a dos temas fundamentales como son el éxito (que hace énfasis en el logro y alcanzar los resultados) y en la adaptación (que hace referencia al proceso para llegar a la meta).

Cuarenta años más tarde, cuando Lluch (1999) decide evaluar empíricamente el modelo conceptual de SMP planteado por Jahoda e iniciar la construcción de una escala que permitiera operacionalizar el modelo, cuenta con asombro el estado incipiente en que se hallaba este campo desde los puntos de vista técnico y teórico.

Como resultado de esta evaluación, Lluch (1999) propone reducir el modelo de Jahoda a una estructura más simple de seis factores generales (satisfacción personal, actitud prosocial y habilidades de relación interpersonal, autocontrol, resolución de problemas y

autoactualización, y autonomía) y configurar un cuestionario adaptado que se constituye en el primer instrumento que explícitamente permite la evaluación de la SMP (Lluch, 1999), sea para estimar la SMP de poblaciones específicas, para entablar correlaciones entre variables que permitan explicar la SMP de personas con alguna enfermedad o siendo el mismo instrumento objeto de validación en otros países (Muñoz et al., 2016).

### 1.3 Género y salud

En gran parte del trabajo en materia género, el foco predominante ha sido tradicionalmente la mujer. Sin embargo, desde los años noventa se ha prestado creciente atención a las formas en que los hombres pueden ayudar a mejorar las relaciones de género, así como los efectos negativos que las normas de género pueden tener en su vida y en sus oportunidades.

Aunque en la última parte del siglo XX se han producido grandes mejoras en la situación de la mujer y la igualdad de género tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, las mujeres y las niñas siguen desfavorecidas en relación con los hombres y los niños desde diversos puntos de vista. La situación desfavorecida de las mujeres en la sociedad se reconoce internacionalmente como una violación de los derechos humanos y como una barrera que impide un desarrollo social más amplio. También se reconoce ampliamente que la condición inferior de las mujeres a menudo se ha institucionalizado mediante las estructuras que organizan la vida social. Las instituciones tienden a marginar a las mujeres en la capacitación, el empleo, la formulación de políticas, la planificación, la ejecución y el seguimiento. Estas mismas instituciones perpetúan imágenes e ideales de la masculinidad que no siempre son congruentes con la realidad y también pueden aumentar la presión y el estrés en los hombres que no pueden desempeñar ciertos roles o cumplir ciertas responsabilidades o que se ven desincentivados para hacerlo en un mundo cambiante y globalizado. Eso sucede en diversos entornos: en la familia, en las escuelas y en instituciones comerciales, sociales y políticas.



Cuando se trata de la salud, los roles, las normas y las relaciones de género pueden actuar como factores de protección o de riesgo para las mujeres y los hombres. Sin embargo, debido a la situación desfavorecida de las mujeres en el plano social, económico y político, a menudo les resulta más difícil proteger y promover su propia salud física, emocional y mental, incluido el uso eficaz de información y servicios de salud. Aunque las mujeres viven más tiempo que los hombres, a menudo pasan estos años de vida adicionales con mala salud. Las mujeres sufren problemas de morbilidad y mortalidad prevenibles como consecuencia directa de la discriminación por razones de género. Los hombres, por otro lado, a menudo tardan más que las mujeres en buscar atención de salud y a veces incluso se niegan a cumplir el tratamiento.

Los pasos para alcanzar las metas de equidad en el campo de la salud, como la salud para todos, deben partir del reconocimiento básico de que “todos” no son iguales. Es bien sabido que hay diferencias entre países y entre regiones, y las disparidades en materia de salud se reflejan en las estadísticas y los perfiles de salud. Los/as trabajadores/as de salud pública de todos los niveles tienen que reconocer y señalar las diferencias en la población de su país y abordarlas de forma sistemática y apropiada. Eso significa que podrían necesitarse distintos tipos de intervenciones para facilitar el logro del nivel más alto posible de salud en los diversos grupos de la población. A menudo también significa que los procedimientos acostumbrados no son los más eficaces. Se necesita con urgencia una nueva manera de pensar, una nueva manera de proceder, para abordar las inequidades mundiales en el campo de la salud y las diferentes necesidades y problemas de salud de los hombres y las mujeres.

Los y las profesionales de la salud pública se encargan de promover y resguardar la salud de las poblaciones con las que trabajan. Eso significa que deben estar en condiciones de detectar los factores que ponen a las mujeres y los hombres en riesgo y abordarlos con intervenciones eficaces. El género es uno de esos factores. Reconociendo la función de las diferencias y las desigualdades de género en la salud de las mujeres y los hombres y de

acuerdo con su preocupación de larga data por la equidad en salud, en el 2002 la OMS adoptó una política interna de género con el siguiente objetivo: “[...] procurar que en toda investigación, política, programa, proyecto e iniciativa en los cuales participe la OMS se tengan en cuenta los temas de género. Esto ayudará a aumentar la cobertura, la eficacia, la eficiencia y, en último término, el efecto de las intervenciones de salud tanto para las mujeres como para los hombres, contribuyendo al mismo tiempo al logro de la meta general de las Naciones Unidas en lo que se refiere a la justicia social.”

Sobre la base de la política de la OMS, los aportes y la aprobación de los Estados Miembros, en el 2005 la OPS adoptó su Política de igualdad de género, con la siguiente meta: “La meta de esta política es contribuir al logro de la igualdad de género en el estado de la salud y el desarrollo sanitario, mediante investigación, políticas y programas que presten la atención debida a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes, y promuevan activamente la igualdad entre mujeres y hombres.”

Las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres no explican por sí solas las diferentes características epidemiológicas de situaciones de salud que les afectan. Algunas, pero no todas las diferencias en las circunstancias de vida y las normas que se aplican a las mujeres y a los hombres influyen en su salud. Los trastornos que no están vinculados a la salud reproductiva pueden afectar a las mujeres y a los hombres de forma diferente. Las diferencias en los resultados de salud descritas en las tarjetas pueden mitigarse o prevenirse. Hombres y mujeres tienen comportamientos característicos según su género, valores, creencias, pautas y normas sociales particulares. Esto en la medida en que las sociedades y culturas establecen aquellos comportamientos considerados adecuados para hombres y mujeres, les asignan determinados espacios y valoraciones, así como atributos estereotipados, todos los cuales son vistos como pertenecientes al orden natural de las cosas, es decir, se naturalizan.

Las normas de género masculinas son las expectativas sociales y funciones asignadas a los hombres y los niños con relación o en contraposición a las de las mujeres y las niñas. El

termino masculinidad hace referencia a las múltiples maneras en que la virilidad se define socialmente a través del contexto histórico y cultural y a las diferencias de poder entre las diferentes versiones de la virilidad (Connell, 1994). Estas incluyen ciertas ideas según las cuales los hombres deben correr riesgos, resistir el dolor, ser fuertes o estoicos, o ser promiscuos, con objeto de demostrar que son “hombres auténticos”. La identidad masculina tradicional se construye sobre la base de dos procesos psicológicos simultáneos y complementarios: el hiperdesarrollo del yo exterior (hacer, lograr, actuar) y la represión de la esfera emocional. Para poder mantener el equilibrio de ambos procesos, el hombre necesita ejercer un permanente autocontrol para regular la exteriorización de sentimientos tales como el dolor, la tristeza, el placer, el temor, el amor etc. La ausencia de vías de expresión y descarga emocional socialmente aceptadas implica la transformación de éstas en ira y hostilidad, parte de las cuales son dirigidas hacia sí mismo, parte hacia los otros hombres y parte hacia las mujeres.

Estudios indican que tanto los hombres como las mujeres se ponen en peligro como consecuencia de determinadas normas relacionadas con la masculinidad. En algunos entornos, por ejemplo, ser un hombre significa ser fuerte, valiente, arriesgado, dinámico y despreocupado por el propio cuerpo. La participación de los hombres y los niños en algunos comportamientos peligrosos, tales como el consumo de drogas, las relaciones sexuales de riesgo y la conducción temeraria, pueden contemplarse como maneras de afirmar su virilidad. Las normas que definen a los hombres y los niños como no vulnerables también influyen en el comportamiento relacionado con la búsqueda de asistencia sanitaria por parte de los hombres, lo que contribuye a su resistencia a la búsqueda de ayuda o tratamiento cuando su salud física o mental se deteriora.

De acuerdo con lo planteado, las nociones predominantes en cuanto a la virilidad a menudo aumentan la propia vulnerabilidad de los hombres frente a las lesiones y otros riesgos para la salud y determinan también la aparición de riesgos y vulnerabilidad en las

mujeres y niñas. Sin embargo, es importante señalar que no todos los rasgos o formas de masculinidad representan un riesgo para la salud. También hay que considerar que no todos los hombres son iguales, ni sostienen los mismos valores y conductas existiendo múltiples formas de masculinidad contradictorias que poseen distintos marcos referenciales tanto estructurales, como psicosociales y culturales. La ruptura de una visión única, universal y ahistórica de la masculinidad, unida a la constatación de múltiples masculinidades o “masculinidades multi opcionales”, introduce un aire fresco a los estudios de género y permite formular nuevas preguntas aplicables a cualquier esfera de la vida social.

De la misma forma se puede dar cuenta de diferentes formas de vivir “lo femenino” dependiendo de múltiples factores bio-psico-sociales. La socialización y los roles de género que asocian la masculinidad a comportamientos de riesgo y a la ausencia de miedos, puede llevar a los varones a actuar de manera peligrosa y dañina para su salud y la protección de su vida. Ejemplos de estas conductas son el consumo de alcohol y drogas, los comportamientos agresivos, y las conductas de riesgo como el dirigir un vehículo a alta velocidad y sin cinturón de seguridad, o tener sexo sin protección.

Los varones aprenden desde muy jóvenes que la adopción de formas “femeninas” de comportamiento puede llevarlos al ridículo o a ser estigmatizados, en consecuencia, muchas veces desarrollan comportamientos riesgosos con el fin de evitar ser considerados femeninos o afeminados. Ejemplos de esto puede ser un adolescente que participa en una pelea para evitar que le llamen “mariquita”, o un hombre mayor que oculta un dolor físico para no aparecer como “blando” ante sus compañeros de trabajo.

Las prácticas de autocuidado son en general consideradas “femeninas” en la mayoría de las culturas. Las niñas reciben más información acerca de sus cuerpos y sobre cómo cuidarse que los niños y en general las mujeres acuden más veces a las consultas médicas que los hombres, incluso descontando las visitas relacionadas con la atención a la salud reproductiva (Kandrack, Grant & Segall 1991; Verbrugge 1988).

A los niños se les enseña a ser independientes y en muchos casos reciben menos apoyo físico y emocional que niñas a quienes también se alienta a buscar ayuda de los padres en situaciones en que lo necesitan. Esto puede inhibir las conductas de búsqueda de ayuda, como en el caso de las enfermedades mentales o adicciones y también influir en la comunicación que los varones establecen con sus médicos (Fagot, 1984; Lytton & Romney 1991; Roter & Hall, 1997).

La represión de las emociones es una característica de la construcción social de la masculinidad que atraviesa todas las etapas del ciclo de vida de los varones. Desde una temprana edad se les enseña a aguantar el dolor sin quejarse. La frase "los hombres no lloran" es aún utilizada en la socialización de los niños y constituye una manera de diferenciarse de las niñas. Estas conductas se ven reforzadas por ejemplo en la práctica de deportes considerados tradicionalmente masculinos, como el rugby o el boxeo donde se glorifica el dolor y el éxito aun a costa de la integridad física. Más tarde, durante la adolescencia y juventud, los varones tienden a evitar amistades íntimas o las demostraciones de cariño hacia los amigos. Por otro lado, en muchas culturas la única forma sancionada de tocar el cuerpo de otro hombre es a través de golpes y violencia.

Las nociones más prevalentes de masculinidad pueden facilitar situaciones de vulnerabilidad y riesgos para su propia salud y crear otros para las mujeres y las niñas. De acuerdo con lo planteado, se concluye que pese a los avances en torno las iniciativas por mejorar las condiciones de vida de las mujeres que propicien el desarrollo de una salud mental positiva, aún existe un rezago social que le afecta negativamente, es por ello que en esta investigación se trata sobre la población femenina, pues se pretende dar a conocer qué variables influyen en la salud mental de la mujer y de qué manera ellas pueden tener control a modo de mejorar estados cognitivos y emocionales y por lo tanto comportamentales.

#### **1.4 Factores que influyen en la salud mental de las mujeres**

La violencia de género es un factor de riesgo para sufrir trastornos mentales. Las mujeres son las principales víctimas de violencia y quienes la han sufrido presentan mayor

incidencia de depresión, toxicomanía, actos autodestructivos e intentos de suicidio. Estos síntomas se agravan cuando las mujeres se ven impedidas de revelar su situación, se duda de su credibilidad, no se atienden sus necesidades de seguridad personal, deben enfrentar solas al agresor y no existe un sistema de reparación del daño (Guevara, 2005). Otros factores de la vida cotidiana que pueden producir alteraciones emocionales en las mujeres son: las responsabilidades domésticas; tener una posición subordinada en la sociedad dentro y fuera del hogar; asumir la responsabilidad de armonizar las emociones, conflictos y tensiones de la vida familiar; tener pocas opciones legítimas de escape y pocos espacios propios; tener una relación de pareja no satisfactoria; no tener en quién apoyarse emocionalmente. En el caso de la depresión y la ansiedad: La probabilidad de que la mujer sufra depresión aumenta si es casada, si tiene entre 25 y 40 años y si se dedica a labores del hogar.

Es menos frecuente en personas con pocas tensiones conyugales, autosuficientes económicamente y que cuentan con importantes redes sociales. Se relacionan con factores orgánicos como la hipoglucemia, los cambios postparto y la menopausia.

La ansiedad está frecuentemente asociada con la depresión, especialmente en personas (Guevara, 2005):

- que viven condiciones de inseguridad
- que viven bajo presión o temor constante
- que han vivido violencia o violación
- responsables de niños o enfermos
- condiciones laborales negativas

Otro factor que incide en la depresión femenina es la doble jornada de las mujeres, que además de sus roles tradicionales se han insertado en el mercado laboral, la mayor de las

veces en desventaja con los hombres. Entre los factores físicos relacionados con la depresión en las mujeres está la menopausia, aunque no hay consenso.

En si los síntomas depresivos del síndrome climatérico constituyen una afección específica de la menopausia, o si existe una asociación directa entre la menopausia y la depresión (Rodríguez, 2002). Sin embargo, sí se reconocen factores de riesgo para padecer un episodio depresivo durante el climaterio: haber padecido episodios depresivos relacionados con la reproducción (haber tomado anticonceptivos orales, haber padecido el síndrome de tensión premenstrual y depresión postparto), ser viuda, divorciada o separada, tener grandes responsabilidades y sufrir una enfermedad crónica. La falta de información precisa y el estigma que prevalece ante las enfermedades mentales representan obstáculos para la aceptación y el tratamiento de estas. En el caso de las mujeres, ellas enfrentan problemas de género, como la preocupación de no atenderse por el temor de no contar con el apoyo para el cuidado de sus hijos mientras son atendidas.

### **1.5 Vulnerabilidad y salud mental**

Los grupos vulnerables han sido reconocidos por las partes interesadas en el desarrollo como importantes destinatarios de su atención y programas. La mayoría de los gobiernos han reconocido la necesidad de programas de desarrollo específicos que aborden la mayoría vulnerable. Sin una acción específica, es probable que los grupos vulnerables se queden atrás a medida que se desarrolla un país.

Grupos que han sido identificados como "vulnerables" incluyen, pero no se limitan a: personas que viven en la pobreza; personas que viven con el VIH / SIDA; refugiados; minorías étnicas; niños y adultos víctimas de trata; trabajadoras sexuales comerciales; y personas con discapacidad. Todos los grupos vulnerables experimentan una variedad de resultados adversos, incluyendo pobreza, mala salud y muerte prematura. No se cuentan con oportunidades para alcanzar su pleno potencial, y en consecuencia su prosperidad

individual y el bienestar. Las tasas de mortalidad en los grupos vulnerables pueden ser más altas que las de la población en general.

A pesar de su vulnerabilidad, la gente con afecciones de salud mental, que incluyen esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y drogas, salud mental de niños y adolescentes, enfermedades y deficiencias intelectuales, se han pasado por alto en gran medida como un objetivo de programas de desarrollo. Esto es a pesar de la alta prevalencia de salud mental, las condiciones, su impacto económico en las familias y comunidades, y la estigmatización, discriminación y exclusión asociadas.

Las condiciones de salud mental afectan a millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 151 millones de personas sufren depresión y 26 millones de personas padecen esquizofrenia; 125 millones de personas padecen trastornos por consumo de alcohol, 40 millones de personas padecen epilepsia y 24 millones Alzheimer y otras demencias. Alrededor de 844 mil personas mueren por suicidio cada año. En los países de bajos ingresos, la depresión representa un problema casi tan grande como el paludismo (3,2% frente al 4,0% de la carga total de enfermedad), pero los fondos invertidos para combatir la depresión son solo una pequeña fracción de los asignados para combatir la malaria.

Personas con afecciones de salud mental, particularmente aquellas con enfermedades crónicas a largo plazo deben ser el objetivo de los programas de desarrollo por varias razones. A menudo, las comunidades y los gobiernos no les brindan la oportunidad de alcanzar su potencial como contribuyentes a la prosperidad y el bienestar tanto micro (personal) como macro (social). Esto conduce a una economía y marginación social. En segundo lugar, las personas con problemas de salud mental habitualmente están excluidos de participar plenamente en la sociedad y no están empoderados para el cambio. Ayudarlos en su desarrollo probablemente los conduzca a un mejor bienestar psicológico y material.



En tercer lugar, el desarrollo implica la mejora de la vida de todas las personas de un país o comunidad. Desarrollo que solo mejora la vida de algunas personas, mientras otros permanecen tan mal o incluso peor que antes - es fundamentalmente deficiente por naturaleza. Mejorar la vida de los más vulnerables puede considerarse como la verdadera razón del desarrollo. La variedad y el número de partes interesadas dentro de una asociación dependerá de las realidades dentro de ese país y su estado de desarrollo, pero en la mayoría de los países se incluirán algunos o todos los siguientes: sociedad civil; el gobierno del país; instituciones académicas y de investigación; agencias bilaterales; asociaciones público-privadas globales; fundaciones privadas; y agencias multilaterales.

El secretario general de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, plantea que la tasa de trastornos mentales y la necesidad de atención es mayor entre los desfavorecidos, sin embargo, estos son precisamente los grupos con el menor acceso a los servicios. Al mismo tiempo, el miedo al estigma lleva a muchos a evitar buscar atención. Las consecuencias son enormes en términos de discapacidad, sufrimiento humano y económico. Se tiene la obligación urgente de ampliar la atención y los servicios para los trastornos mentales, especialmente entre los desfavorecidos, al tiempo que intensifica los esfuerzos para proteger a los derechos de los afectados.

Ciertos grupos son más vulnerables que otros. Esta vulnerabilidad se produce por factores sociales y los entornos en los que viven. Los grupos vulnerables comparten desafíos comunes relacionados con su estatus social y económico, apoyos sociales y condiciones de vida, que incluyen: estigma y discriminación; violencia y abuso; restricciones en el ejercicio de los derechos civiles y políticos; exclusión de participar plenamente en la sociedad; acceso reducido a servicios sociales y de salud; acceso reducido a los servicios de socorro de emergencia; falta de oportunidades educativas; exclusión de la generación de ingresos y oportunidades de empleo; mayor discapacidad y muerte prematura. Con el tiempo, estos factores pueden interactuar, conduciendo a una mayor marginación, disminuyendo recursos, y una vulnerabilidad aún mayor. La vulnerabilidad no

debe confundirse con discapacidad, ni los grupos vulnerables deben ser considerados víctimas pasivas. Formas deben encontrarse para empoderar a los grupos vulnerables para que participen plenamente en la sociedad.

El estigma que rodea a la salud mental se debe principalmente a conceptos erróneos generalizados sobre su causas y naturaleza. Alrededor del mundo, las condiciones de salud mental a menudo son vistos como manifestaciones de debilidad personal, o como causados por fuerzas sobrenaturales. Por lo general, se asume que las personas con problemas de salud mental son perezosas, débiles, poco inteligentes, difíciles e incapaces de tomar decisiones. También se cree que son violentos, a pesar de que es mucho más probable que sean víctimas más que perpetradores de violencia.

Las consecuencias son sustanciales. La atribución de condiciones de salud mental a la posesión por parte de espíritus malignos o al castigo por comportamiento inmoral con frecuencia conduce a prácticas de tratamiento nocivas. Discriminación y exclusión de la vida comunitaria son comunes y pueden ocurrir en la vivienda, la educación, el empleo, así como en las relaciones sociales y familiares. Con el tiempo, la privación económica se produce como consecuencia.

Cuando se cree que la recuperación de las condiciones de salud mental no es posible, los recursos no se dirigen a brindar apoyo y atención a las personas. En cambio, las personas con problemas de salud mental son abandonadas o colocadas en instituciones psiquiátricas o prisiones de larga duración donde muy a menudo no reciben atención adecuada y con frecuencia están expuestos a violaciones, que agravan aún más sus condiciones.

El estigma y marginación generan baja autoestima, baja autoconfianza, menor motivación y menos esperanza para el futuro. Además, la estigmatización y la marginación resultan en aislamiento, que es un factor de riesgo importante para futuras afecciones de salud mental. La exposición a la violencia y el abuso pueden causar graves problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y quejas psicósomáticas. Esta relación se ha

observado para todas las formas de violencia y abuso, incluidos el abuso físico, sexual y psicológico, y en una variedad de situaciones, desde guerras y conflictos hasta adversas condiciones de vida.

La mala salud mental puede ser tanto una causa como una consecuencia de la experiencia de desigualdades sociales, civiles, políticas, económicas y ambientales. Las condiciones de salud mental son más comunes en áreas de privación y problemas mentales. La mala salud mental se asocia constantemente con el desempleo, menos educación, bajos ingresos o nivel de vida material, además de una mala salud física y una vida adversa. El ciclo que puede desarrollarse entre grupos vulnerables, malas condiciones de salud mental y resultados de desarrollo adversos.

La pobreza y las condiciones de salud mental interactúan en un ciclo negativo: las personas que viven en la pobreza no solo carecen de recursos financieros para mantener estándares de vida básicos, también tienen menos educación y oportunidades de empleo y están expuestos a entornos de vida adversos, como barrios marginales o viviendas sin saneamiento o agua, y tienen menos acceso a una atención médica de buena calidad. Estas condiciones estresantes colocan a las personas en mayor riesgo de desarrollar una afección de salud mental.

Las personas con problemas de salud mental a veces no pueden trabajar debido a sus síntomas. Debido a la discriminación, se les niegan oportunidades de trabajo o pierden el empleo, levándolos más a la pobreza. Muchos no tienen medios para pagar el tratamiento necesario; en otros casos, el dinero se gasta en costosos cuidados de su salud mental. Si este cuidado es ineficaz o inapropiado, el resultado es aún peor en el sentido de que las personas no solo han gastado sus recursos financieros, sino que tampoco pudo mejorar *World Health Organization* (2010).

## 1.6 Tratamiento en problemas de salud mental

Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2002 indican que 20 por ciento de las personas de 18 a 65 años y que viven en zonas urbanas presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida, pero solamente una décima parte de ellos recibe atención médica. La poca atención médica es un claro ejemplo en el caso de la depresión. La ENED (2002-2003) señala que, en el año previo a su levantamiento, se identificaron 2.5 millones de mujeres mayores de 18 años con eventos depresivos; de éstas, solamente 27.2 por ciento había sido alguna vez diagnosticada por un médico y 7.9 había tomado medicamentos antidepresivos durante las últimas dos semanas. En el caso masculino, se identificó a 800 mil adultos con eventos depresivos, de los cuales apenas 19 por ciento contaba con diagnóstico médico y un porcentaje menor (6.1) tomó algún medicamento en las últimas dos semanas antes de la entrevista. Estos bajos porcentajes demuestran que este problema de salud puede estar subestimado y, por ende, no se da la atención adecuada, incluyendo la prevención. El problema de la subestimación no sólo concierne a las instituciones de salud, sino también a cada uno de los individuos que no la reconocen; y quizás por desinformación, tampoco reconocen que este tipo de enfermedades puede tratarse efectivamente si se acude a un profesional de salud especializado. Los estados de Nuevo León, Distrito Federal y Jalisco registran los mayores porcentajes de personas con eventos depresivos que cuentan con diagnóstico médico (50.3, 44.3 y 43.3 por ciento, respectivamente); los menores porcentajes se presentan en Guerrero, Hidalgo y Oaxaca (2.4, 7.3 y 7.5 por ciento, respectivamente), entidades con los menores niveles de desarrollo del país (Belló et al., 2005). Un estudio multivariado logístico señala que las variables asociadas significativamente con la probabilidad de ser diagnosticado son el hecho de ser mujer, contar con algún seguro médico y tener un mayor nivel de escolaridad (Belló et al., 2005).

La mayoría de las enfermedades mentales se trata con psicoterapia, medicamentos y adiestramiento de aptitudes. Pero un diagnóstico temprano ayuda al enfermo a iniciar un

tratamiento lo antes posible, lo cual puede facilitar que las personas vivan y se desarrollen de manera normal. Desafortunadamente, la desinformación y el estigma que acompañan a los trastornos mentales, además de la falta de capacitación de algunos médicos, limitan el acceso, la calidad y la cobertura de la atención. Cuando las personas solicitan atención, en su mayoría acuden a un médico general, quien normalmente no cuenta con la capacitación necesaria para establecer un diagnóstico y transferir con un médico especialista. Datos de la Secretaría de Salud indican una mayor hospitalización de hombres que de mujeres a causa de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso; no obstante, el promedio de días de estancia es superior en el caso femenino. Esta situación se presenta en todos los grupos de edad, excepto después de los 45 años, donde el porcentaje de mujeres hospitalizadas supera al de hombres. Mueren más hombres que mujeres a causa de enfermedades mentales y del sistema nervioso en todos los grupos de edad. Por cada cien muertes por las causas mencionadas, 61.7 por ciento corresponde a hombres, y la cifra se incrementa de manera importante entre los 15 y 44 años.

Actualmente la Secretaría de Salud, a través de diversas instituciones de salud mental, como el Instituto Nacional de Psiquiatría, lleva a cabo programas que incluyen la investigación, atención y divulgación sobre las enfermedades mentales; así como tratamiento familiar, rehabilitación e información dirigida a población de todas las edades. El Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México atiende a los estudiantes y personas que laboran en esa institución. Por su parte, el Consejo Nacional contra las Adicciones también da algunas recomendaciones. En México existe un número importante de instituciones que prestan atención a personas con enfermedades mentales. Al final del boletín se incluye un directorio con algunas de ellas. La innegable presencia de enfermedades de salud mental en México hace necesario encaminar o fortalecer las políticas de salud en beneficio de la salud mental de la población. Es necesario tomar medidas preventivas. Se ha mostrado que la capacitación de maestros y padres mejora la

detección de problemas y facilita las intervenciones indicadas (OMS, 2004). En el ámbito laboral, son prioritarios programas de capacitación de manejo del estrés para la población en general, en particular dirigidos a grupos de riesgo como médicos y enfermeras.

Conviene elaborar un diagnóstico sobre la situación del país y tener conocimiento de la prevalencia de situaciones como dificultades en las parejas, en la vida sexual, divorcios, abuso infantil, violencia intrafamiliar, abuso de las autoridades, climas laborales desfavorables, etc., y promover estrategias de acción para brindar apoyo psicológico y que la población afronte de manera saludable dichos problemas.

Es importante invertir en ciencia y tecnología enfocada al estudio y tratamiento de los trastornos mentales ya que, según indica la SSA, el progreso científico y tecnológico permite mejores opciones de atención a la salud mental de las personas, nuevas alternativas de tratamiento derivadas de avances en la farmacología e intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales. Con ello, se ha reducido de manera considerable el tiempo de hospitalización y mejorado la calidad de vida de las personas que sufren estas enfermedades (SSA, 2005a). Con relación a los trastornos alimentarios, es necesario considerar que la conducta alimentaria está determinada por la herencia de abuelos y padres, la función materna y paterna desde el nacimiento, el concepto familiar de la alimentación y su preocupación por el peso, así como el entorno social. En este sentido, el tratamiento que se dé al paciente debe considerar y analizar sus características psicológicas y sus perfiles familiares, tratando de corregir no sólo las dificultades del enfermo, sino también las de su familia que facilitaron el trastorno (SSA, 2005c). Se debe poner especial atención a los trastornos mentales en los niños, para brindar apoyo psicosocial y reforzar la autoestima, de tal manera que su desarrollo educativo y profesional no se vea afectado por secuelas causadas durante la infancia. Con relación a las adicciones, es necesario reforzar acciones como la consejería médica, estrategias como campañas masivas, incluyendo el uso de etiquetas, advirtiendo acerca de los riesgos del alcohol y del cigarro, y grupos de apoyo para prevenir el abuso del consumo de otras drogas. Es evidente la necesidad de desarrollar

campañas informativas y de sensibilización que ayuden a reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, así como invertir en spot publicitarios para que las personas que sufren algún trastorno mental estén informadas y puedan denunciar violaciones a sus derechos humanos, incluidos los tratamientos obsoletos e inhumanos y los servicios deficientes. Lo cual deberá ir acompañado de un mecanismo que permita responder de manera eficiente a las denuncias. Por otro lado, se debe insistir en que los medios de comunicación, que ejercen una gran influencia en la sociedad mexicana, eviten los estereotipos y los mitos y creencias erróneas que estigmatizan a la población que sufre trastornos mentales y antepongan los derechos humanos de quienes los padecen. Además, es necesaria la creación de mensajes encaminados a que la población identifique cuándo está sufriendo algún problema de salud mental, porque en general se desconocen los síntomas.

Debido a lo presentado en la literatura, se dice que como determinantes de la salud y de los trastornos mentales a las características individuales (pensamientos, emociones, comportamientos), sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales; y a otros factores como el estrés, la herencia, la alimentación, entre otros. De este modo se puede entender el aumento y sostenimiento de los desórdenes de depresión y ansiedad desde un marco bio psico socio cultural. Decisivamente, el modelo bio psico socio cultural involucra características biológicas, parte física de la persona; aspectos psicológicos; como la motivación, emoción, etc.; aspectos sociales, que incluyen la forma como las demás personas hacen presión sobre uno y cómo actúan ante ello; y aspectos culturales, referidos a los valores, costumbres que una persona posee y transmite. Estos aspectos: bio, psico, social y cultural actúan como un todo y manejarlos adecuadamente permite que las personas se encuentren bien en todo aspecto, lo que se resume en un individuo saludable (Abed, 2018). A continuación, se explican algunos de los problemas de salud mental en las mujeres tal como lo es la ansiedad y la depresión.

## II. Ansiedad

*“La intensidad de la angustia es proporcional al significado que la situación tenga para la persona afectada; aunque ella ignore esencialmente las razones de su ansiedad”*

**Albert Ellis**

Ya se ha hablado en el apartado anterior sobre los problemas de salud mental, las principales dificultades, limitantes y afectaciones que presentan hombres y mujeres. Se ha dicho que las mujeres son quienes presentan índices más altos en problemas de ansiedad y depresión, qué existen condiciones sociales que pueden favorecer que las mujeres presenten problemas de salud mental relacionados a las emociones y a los pensamientos. En este apartado se presenta información respecto a la ansiedad y el siguiente apartado corresponde a la depresión, posterior se hablará sobre los aspectos cognitivos.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad (OMS, 2005), esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son los que más tempranamente inician, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres (OMS, 2004). De acuerdo con otros estudios se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4% y 28.8% y en el último año una prevalencia del 18%. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en un estudio sobre los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe, los Trastornos de Ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Pánico (TP) con una



mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG y el TP, no así en el TOC (OPS, 2006).

De acuerdo con la OMS en el 2007 la prevalencia en México para cualquier Trastorno de Ansiedad a lo largo de la vida era de 14.3%. Este último dato coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 en México, que muestra que los Trastornos de Ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes, encontrándose que los subtipos con prevalencias más altas son la Fobia Específica (FE), la Fobia Social (FS) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y en todos ellos la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (Medina-Mora, 2003).

## 2.1 Definición de ansiedad

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como reacción adaptativa, o como un síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona. Esta condición se manifiesta por sensaciones somáticas como: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea.

Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) que suelen presentarse son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente. La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la

percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.

## 2.2 Prevalencia

Los trastornos de ansiedad son también comunes en la infancia y en la adolescencia, con índices de prevalencia de 6 meses que oscilan entre el 6% y el 17%. Los trastornos de ansiedad más frecuentes son las fobias específicas, el TAG y la ansiedad de separación. Algunos trastornos como la fobia social, la angustia y la ansiedad generalizada aumentan significativamente durante la adolescencia, mientras que otros, como la ansiedad de separación parecen reducirse. Las chicas sufren índices más altos de trastornos de ansiedad que los chicos comorbilidad entre la ansiedad y la depresión es alta y los trastornos de ansiedad que brotan durante la infancia y adolescencia suelen persistir hasta los inicios de la etapa adulta (Clark & Beck, 2010).

Un gran porcentaje de la población adulta general experimenta síntomas de ansiedad ocasional o leve. Existen pruebas que confirman que los individuos presentan mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad pleno si experimentan previamente crisis de angustia, trastornos del sueño o preocupaciones obsesivas que no son suficientemente frecuentes o intensas como para satisfacer los criterios diagnósticos (es decir, formas subclínicas) o son muy sensibles a la ansiedad. La inquietud, el rasgo cardinal del TAG, es mencionada por la mayoría de los individuos no clínicos que expresan preocupaciones en relación al trabajo (o estudios), finanzas, familia y similares. El 27% de las mujeres británicas y el 20% de los británicos manifiestan padecer problemas de sueño. En el estudio de la Fundación Nacional del Sueño, el 36% de los participantes sufría insomnio ocasional o crónico. Otros estudios indican que entre el 11 y el 33% de los estudiantes no clínicos y de los adultos comunitarios ha experimentado como mínimo una crisis de angustia el último año. Por lo tanto, los síntomas de ansiedad y sus trastornos son problemas prevalentes que ponen en peligro el bienestar físico y emocional de un número importante de personas de la población general (Clark & Beck, 2010).

### 2.3 Síntomas y factores de riesgo en la ansiedad

Dentro de las causas o factores que pueden favorecer la presentación de un trastorno de ansiedad se encuentran (GPC Manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008): *las causas biológicas*, las cuales se refieren a las alteraciones en sistemas neurobiológicos (gabaérgicos y serotoninérgicos), así como anomalías estructurales en el sistema límbico; *las causas ambientales*, son aquellos estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida; *las causas psicosociales*, que serán aquellas situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

La influencia de las características de la personalidad se ha considerado como un factor predisponente. Los factores de riesgo más importantes para presencia de ansiedad son (Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006): la historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales), tener un antecedente personal de ansiedad durante la niñez o la adolescencia, incluyendo timidez marcada, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso, ser mujer, comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión), existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias. Los trastornos de ansiedad están asociados con un mayor riesgo de conductas suicidas (Canadian Psychiatric Association-GPC, 2006).

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones que percibe como amenazantes y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Es normal (adaptativa) en la medida en que da paso a conductas de seguridad, resolutivas y de adaptación.

Como se observa en la Tabla 3, muchos de los síntomas de la ansiedad son de naturaleza fisiológica y reflejan la activación de los sistemas nerviosos simpático (SNS) y parasimpático (SNP). La activación del SNS es la respuesta fisiológica más prominente en la ansiedad y provoca los síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos

sanguíneos periféricos, el aumento de fuerza en los músculos esqueléticos, el aumento del ritmo cardíaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal y el aumento de secreción de epinefrina y norepinefrina desde la médula adrenal (Bradley, 2000, como se cita en Clark & Beck, 2010). Todas estas respuestas fisiológicas periféricas se asocian con la activación, pero originan varios síntomas perceptibles como los temblores, tiritones, turnos de sofocos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular.

### **Tabla 3**

#### *Rasgos comunes de la ansiedad*

---

*Síntomas fisiológicos* (1) Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; (2) respiración entrecortada, respiración acelerada; (3) dolor o presión en el pecho; (4) sensación de asfixia; (5) aturdimiento, mareo; (6) sudores, sofocos, escalofríos; (7) náusea, dolor de estómago, diarrea; (8) temblores, estremecimientos; (9) adormecimiento, temblor de brazos o piernas; (10) debilidad, mareos, inestabilidad; (11) músculos tensos, rigidez; (12) sequedad de boca.

*Síntomas cognitivos* (1) Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; (2) miedo al daño físico o a la muerte; (3) miedo a “enloquecer”; (4) miedo a la evaluación negativa de los demás; (5) pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; (6) percepciones de irrealidad o separación; (7) escasa concentración, confusión, distracción; (8) estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; (9) poca memoria; (10) dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.

*Síntomas conductuales* (1) Evitación de las señales o situaciones de amenaza; (2) huida, alejamiento; (3) obtención de seguridad, reafirmación; (4) inquietud, agitación, marcha;

---

---

(5) hiperventilación; (6) quedarse helado, paralizado; (7) dificultad para hablar. Síntomas afectivos (1) Nervioso, tenso, embarullado; (2) asustado, temeroso, aterrorizado; (3) inquieto, asustadizo; (4) impaciente, frustrado.

---

Nota: Tabla retomada de Clark y Beck (2010).

La ansiedad patológica tiene una presentación irracional ya sea porque el estímulo está ausente. La intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada; superando la capacidad adaptativa de la persona generando un grado evidente de disfuncionalidad.

La ansiedad como síndrome acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos como: endocrinas, hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglucemia, síndrome climatérico; cardiovasculares, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmia, angina de pecho, postinfarto al miocardio; respiratorias, asma, EPOC, neumonía; metabólicas, diabetes; neurológicas o del SNC, migraña, epilepsia lóbulo temporal; psiquiátricas, depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad; gastrointestinales, ulcera péptica, síndrome del colon irritable; otras como cáncer, fatiga crónica.

Existen medicamentos y otras sustancias productoras de ansiedad como agentes simpaticomiméticos, anfetaminas, anticonceptivos, consumo excesivo y abstinencia de alcohol y/o cafeína, corticoides, insulina, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (sobre todo las dos primeras semanas de tratamiento) penicilinas, teofilina, así como abstinencia de sustancias psicoactivas.

En todo paciente con ansiedad y en particular en los que debutan con ella a edades superiores a los 40 años, se debe descartar una ansiedad secundaria a enfermedades orgánicas, uso de medicamentos o sustancias psicoactivas.

### 2.3.1 Vulnerabilidad a la ansiedad

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de padecimientos caracterizados por la presencia de preocupación, miedo, o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

El modelo cognitivo presenta un marco teórico y un diseño de intervención de la psicopatología preciso y generalizable, en el que muestra cómo los componentes cognitivos juegan un papel dentro de la cadena causal. Su hipótesis de diátesis-estrés incide una cadena causal en la que plantea como los individuos son más susceptibles a desencadenar determinados trastornos cuando se enfrentan con acontecimientos estresantes negativos, personalmente significativos, congruentes con sus dimensiones de personalidad dominantes (Clark & Beck, 1997, como se cita en Caballo, *et al.* 2007). Este modelo, explica la aparición de diferentes patologías a partir del supuesto básico de que, para que se dé el trastorno, es necesaria la existencia de una predisposición a desarrollar la enfermedad (vulnerabilidad), así como la presencia de eventos ambientales o vitales que alteran el funcionamiento del individuo (estrés) y precipitan el trastorno. El modelo plantea que solo las personas vulnerables pueden presentar la enfermedad, pero que no todas la desarrollan. Se requiere para ello la presencia de dos factores: vulnerabilidad y un estresor precipitante.

Beck y Emery (1985; como se cita en Caballo *et al.*, 2007) han presentado un modelo de ansiedad donde el concepto de esquema cognitivo juega un papel básico. Los esquemas son estructuras cognitivas que se utilizan para etiquetar, clasificar, interpretar, evaluar y asignar significados a objetos y acontecimientos. Ayudan al individuo a orientarse hacia la situación, recordar selectivamente datos relevantes y atender sólo a los aspectos más importantes de ella. En los trastornos por ansiedad, se puede describir al individuo funcionando en el modo de vulnerabilidad. La vulnerabilidad la definen Beck y Emery como «la percepción que tiene una persona sobre sí misma viéndose sujeta a peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para

permitirle una sensación de seguridad» (p. 67). Cuando está activo el modo de vulnerabilidad, la información que llega se procesa en términos de debilidad en vez de fortaleza y la persona se encuentra más influida por acontecimientos pasados que enfatizan sus fallos que por factores que podrían predecir el éxito. La sensación de vulnerabilidad en el individuo se mantiene al excluir o distorsionar datos contradictorios por medio de los esquemas cognitivos predominantes: minimización de las ventajas personales, magnificación de las debilidades propias, atención selectiva a las debilidades, descartar el valor de los éxitos pasados, etcétera. El nivel o la intensidad de la ansiedad puede expresarse de la manera en que se presenta el gráfico 1.

### Figura 1

*Nivel o intensidad de la ansiedad según el modelo de vulnerabilidad a la ansiedad de Beck y Greenberg (1988).*

Ansiedad elevada =  $\uparrow$  probabilidad/gravedad de la amenaza +  $\downarrow$  afrontamiento y seguridad  
Ansiedad baja =  $\downarrow$  probabilidad/gravedad de la amenaza +  $\uparrow$  afrontamiento y seguridad  
Ansiedad moderada =  $\leftrightarrow$  probabilidad/gravedad de la amenaza +  $\leftrightarrow$  afrontamiento y seguridad

Nota: Modelo de vulnerabilidad a la ansiedad de Beck y Greenberg (1988) (imagen retomada de Clark & Beck, 2010).

El sujeto con ansiedad está hipervigilante ante la amenaza, evaluando constantemente la gravedad de una amenaza potencial y su capacidad para enfrentarse a ella. Las distorsiones cognitivas hacen que llegue a una estimación poco razonable de la amenaza o de los recursos de afrontamiento. Beck y Emery (1985) señalan que el individuo ansioso teme consecuencias sociales que, en gran medida, parecen plausibles y pueden realmente suceder. La persona que espera sentirse incómoda en una primera cita o en una

entrevista laboral o que teme tener dificultades para encontrar algo que decir cuando intenta hablar con una persona que encuentra atractiva, estará en lo correcto de vez en cuando. Según Beck y Emery (1985) la inhibición automática del habla, del pensamiento y del recuerdo son respuestas “primarias” ante la ansiedad, pudiendo distraer a la persona de la tarea social, proporcionando evidencia adicional para la evaluación negativa y manteniendo la primacía del modo de vulnerabilidad.

## 2.4 Diferencias de género

Las mujeres muestran una incidencia significativamente mayor que los hombres en la mayoría de los trastornos de ansiedad, con la posible excepción del TOC, trastorno en el que los índices son aproximadamente iguales. En el NCS las mujeres presentaban una prevalencia a lo largo de la vida del 30,5% para algún trastorno de ansiedad, en comparación con el 19,5% de los hombres. Otros estudios epidemiológicos y comunitarios han confirmado también la proporción 2:1 de mujeres y hombres en lo que respecta a la prevalencia de los trastornos de ansiedad. Como estas diferencias de género se hallaron en estudios comunitarios, la preponderancia de los trastornos de ansiedad en las mujeres no puede atribuirse a una mayor utilización de los servicios. En una revisión crítica de la investigación sobre las diferencias de género en los trastornos de ansiedad. Las mujeres pueden presentar índices superiores de trastornos de ansiedad debido a un aumento de vulnerabilidad como (1) mayor afectividad negativa; (2) patrones de socialización diferenciales mediante los cuales se anima a las niñas a ser más dependientes, prosociales, empáticas pero menos asertivas y controladoras ante los retos cotidianos; (3) mayor tendencia a la ansiedad generalizada tal y como se comprueba mediante la respuesta de ansiedad menos discriminativa y más sobre generalizada; (4) sensibilidad aumentada a los retos de las amenazas y a las claves contextuales de la amenaza y/o (5) tendencia a recurrir con más frecuencia a la evitación, a la preocupación y a la rumiación sobre las amenazas potenciales (Clark & Beck, 2010).



## 2.5 Diferencias culturales

El miedo y la ansiedad existen en todas las culturas, pero su experiencia subjetiva se ve modelada por factores específicos de cada cultura (Barlow, 2002). Comparar la prevalencia de la ansiedad en diferentes culturas se complica por el hecho de que nuestro sistema de clasificación diagnóstico estándar, DSM (APA, 2000), se basa en concepciones y experiencias americanas de la ansiedad que pueden carecer de validez diagnóstica en otras culturas (Van Ommeren, 2002). La generalidad a lo largo de las culturas no necesariamente mejora con el uso de la clasificación WHO de los trastornos de ansiedad, la Clasificación Internacional de Enfermedades – décima revisión (CIE-10), debido a la dominancia de la experiencia de influencia europea occidental (OMS, 1992). Por lo tanto, nuestros enfoques diagnósticos y de evaluación para la ansiedad pueden subrayar aspectos de la ansiedad que son prominentes en la experiencia europea occidental y omitir expresiones significativas de la ansiedad que son más específicas de otras culturas. Barlow (2002) concluía que la aprensión, la inquietud, el miedo y la activación somática son comunes en todas las culturas. Por ejemplo, en un amplio estudio comunitario de 35.014 adultos iraníes se encontró que el 20,8% presentaba síntomas de ansiedad (Noorbala, Bagheri-Yazdi, Yasamy & Mohammad, 2004). Incluso en regiones rurales remotas o montañosas de países en vías de desarrollo donde las amenidades y presiones industriales modernas son mínimas, la presencia de los trastornos de ansiedad y angustia son similares a los hallados en los estudios de comunidades occidentales (Mumford, Nazir, Jilani & Yar Baig, 1996). A pesar de lo anterior, algunos países parecen tener diferentes índices de trastornos de ansiedad en la población.

Los estudios WHO de la Organización Mundial de la Salud Mental hallaron que la prevalencia de 1 año de los trastornos de ansiedad DSM-IV oscilaba desde el 2,4%, 3,2% y 3,3% en Shangai, Beijing y Nigeria, respectivamente, hasta el 11,2%, 12% y 18,2% en el Líbano, Francia y Estados Unidos, respectivamente (WHO, Consorcio para el Estudio de la Salud Mental Mundial, 2004). Esta singular variabilidad en los índices de prevalencia

aumenta la posibilidad de que la cultura influya sobre el índice real de los trastornos de ansiedad a lo largo de diferentes países, aunque las diferencias metodológicas también deban ser contempladas. Existen pruebas coherentes que demuestran que la cultura desempeña un papel significativo en la expresión de los síntomas de ansiedad. Barlow (2002) señalaba que los síntomas somáticos parecen ser más prominentes en los trastornos emocionales en la mayoría de los países a excepción de los occidentales de influencia europea (como se cita en Clark & Beck, 2010)

De acuerdo con el modelo cognitivo de la ansiedad (Beck et al., 1985, 2005, como se cita en Clark & Beck, 2010), la ansiedad presenta ocho principios básicos que pueden generalizarse en las personas, independientemente de la cultura a la que pertenecen:

*Valoraciones exageradas de la amenaza.* La ansiedad se caracteriza por una atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal que se percibe como si fuera a tener un grave impacto negativo sobre los intereses vitales o el bienestar.

*Mayor indefensión.* La ansiedad conlleva una evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, generando una subestimación de la propia capacidad para afrontar la amenaza percibida.

*Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad.* Los estados de ansiedad se caracterizan por un procesamiento inhibido o altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido.

*Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo.* En los estados de ansiedad el acceso al pensamiento y razonamiento más constructivo, lógico y elaborativo es difícil y, por ello, se emplea de manera ineficaz para la reducción de la ansiedad.

*Procesamiento automático y estratégico.* La ansiedad conlleva una mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la cualidad incontrolable e involuntaria de la ansiedad.

*Procesos auto-perpetuantes.* La ansiedad conlleva un ciclo vicioso en el que el aumento de atención centrada en uno mismo sobre las señales y síntomas de ansiedad contribuirá a la intensificación de la angustia subjetiva.

*Primacía cognitiva.* La valoración cognitiva primaria de la amenaza y la valoración secundaria de la vulnerabilidad personal pueden generalizarse de tal manera que una amplia serie de situaciones o estímulos adicionales sea malinterpretada como amenazante y varias respuestas defensivas fisiológicas y conductuales sean inapropiadamente movilizadas para manejar la amenaza.

*Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad.* El aumento de susceptibilidad a la ansiedad es el resultado de creencias nucleares sostenidas (esquemas) sobre la vulnerabilidad o indefensión personal y la saliencia de la amenaza.

Personas que padecen ansiedad, pueden mostrar algunas de las características mencionadas.

## **2.6 Instrumentos de medición de ansiedad**

El infra diagnóstico de la ansiedad ha dado lugar a un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar posibles casos de la enfermedad. Las escalas e instrumentos por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta de las que se sospecha presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo.

A lo largo de los estudios sobre la ansiedad se han desarrollado diversos instrumentos que permiten dar cuenta de sus síntomas (Ver Tabla 4):

**Tabla 4**  
*Instrumentos de medición de la ansiedad*

Escala	Año Autores	Objetivo de la escala	Base teórica	Descripción general	Población de estandarización y edad	Duración	Tipo
State Trait Anxiety Inventory, STAI	1968 Spielberger, Gousuch y Lushene	Características de la ansiedad	Teoría de ansiedad rasgo-estado de Spielberger (1972)	Consta de dos escalas que miden facetas diferentes de la ansiedad: el estado y el rasgo. La escala de estado informa sobre la intensidad con la que aparecen síntomas de la ansiedad ante un evento concreto y la escala de rasgo indica cómo se siente habitualmente.	Española, 16 en adelante	Entre 10 y 15 minutos	Cuestionario auto reporte
Escala de Hamilton para ansiedad, HADS	1969 (versión española: 1986) M. Hamilton (versión española: Carrobbles y otros autores)	Intensidad de la ansiedad	Procedencia teórica mixta	Es una escala hetero administrada por el personal clínico, una vez se ha llevado a cabo la entrevista inicial y se sospecha de la presencia de sintomatología ansiosa.	Española, 16 en adelante	30 minutos	Cuestionario y hoja de respuestas

<p>Escala de intolerancia a la incertidumbre EII</p>	<p>2006 González, Cubas, Rovella y Herrera</p>	<p>Detección del nivel de intolerancia hacia la incertidumbre</p>	<p>Teoría de la indefensión y la intolerancia a la incertidumbre de Alloy, Nelly, Mineka y Clements (1990).</p>	<p>Su medida se hace en términos de intensidad y frecuencia</p> <p>Este instrumento evalúa las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, las implicaciones de la incertidumbre y los intentos de control de consecuencias futuras.</p>	<p>Española, 18 en adelante</p>	<p>13 minutos</p>	<p>Hoja de respuestas</p>
<p>Escala de ansiedad manifiesta en adultos AMAS</p>	<p>Cecil R. Reynolds, B. O. Richmond y P. A. Lowe</p>	<p>Grado de ansiedad</p>	<p>Teoría de la ansiedad manifiesta de Reynolds y Richmond (1997)</p>	<p>Consta de 3 inventarios para medir el grado de ansiedad en adultos. AMAS-A cuenta con 36 reactivos que competen a 4 subescalas, aplicable en edades de 19 a 59 años. AMAS-C está integrado por 49 reactivos concernientes a 5 subescalas. Evalúa el grado de</p>	<p>Mexicana, 18 en adelante</p>	<p>15 minutos</p>	<p>Cuestionario auto reporte</p>

Inventario de Ansiedad de Beck BAI	1988 Beck, Epstein, Brown y Steer	valorar la gravedad de los síntomas de ansiedad de una persona y discriminar entre síntomas de ansiedad y de depresión, es un instrumento auto aplicado de 21 preguntas. Posee las siguientes propiedades psicométricas: consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0.90-0.94 y confiabilidad test-retest a la semana de 0.67-0.93. se ha	ansiedad experimental por personas adultas. AMAS-E comprende 44 reactivos divididos en 4 subescalas, enfocado en personas de 60 años en adelante. Se hace la sumatoria total de los puntajes obtenidos en cada reactivo y se obtiene con ellos el puntaje total que indica el nivel de ansiedad de la siguiente manera: de 0 a 5 puntos, ansiedad mínima; de 6 a 15 puntos, ansiedad leve; de 16 a 30 puntos, ansiedad moderada; y de 31 a 63 puntos, ansiedad severa.	Población adulta general	Auto aplicable o mediante un profesional
(Versión mexicana)	2001 Robles, Varela, Jurado, Páez,				

Tabla elaborada para este apartado

## 2.7 Tratamientos para la ansiedad

En la actualidad, los profesionales de la salud mental contamos con recursos (farmacológicos y psicoterapéuticos) para abordar esta problemática con resultados respaldados científicamente (Baeza-Velasco, 2007). Baeza-Velasco (2007) hace una recopilación sobre los tratamientos implementados en el tratamiento de la ansiedad.

*Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):* Son el tratamiento de primera línea para el TAS, recomendado por el *Consensus Statement on Social Anxiety Disorder del International Consensus Group on Depression and Anxiety* (Ballenger, 1998). La mayoría de la evidencia que apoya esta recomendación procede de los datos clínicos obtenidos con paroxetina. Este fármaco se ha de considerar también como tratamiento de elección en aquellos pacientes que no han respondido a otros tratamientos para el TAS, así como en aquellos casos (la mayoría) en los que el TAS se presenta con un trastorno comórbido concomitante, como trastorno depresivo, trastorno de angustia o trastorno obsesivo compulsivo, para los cuales la paroxetina también tiene indicación terapéutica.

*Las Benzodiazepinas:* Se han utilizado diferentes benzodiazepinas como alprazolam, clonazepam y bromazepam. Sin embargo, las benzodiazepinas no deben considerarse como tratamiento de primera línea por los efectos adversos asociados que comportan, como sedación, ataxia y alteraciones cognitivas, así como por las dificultades asociadas con su discontinuación, ante la posibilidad de una clínica abstinencial, sin olvidar la problemática de su utilización cuando comórbidamente pueda existir asociado abuso de alcohol.

*Inhibidores irreversibles y reversibles de la monoamino oxidasa (IMAO y RIMA):*

Hasta la aparición de los ISRS, la fenelzina había sido utilizada como tratamiento de elección en los pacientes con TAS. En ensayos clínicos se ha obtenido una respuesta positiva en alrededor del 70% de los casos, en comparación con una tasa de respuesta al placebo del 20% aproximadamente (Liebowitz, 1992). Sin embargo, la necesidad de una dieta muy estricta, evitando alimentos que contienen tiramina, al igual que otros agentes simpaticomiméticos debido al riesgo de reacciones hipertensivas, así como los importantes efectos secundarios asociados a su uso (hipotensión postural, aumento de peso e insomnio) hacen que actualmente estos compuestos deban ser considerados como opciones terapéuticas de segunda línea. En cuanto a los inhibidores reversibles de la monoamino oxidasa (RIMA), existen dos sustancias que han demostrado su eficacia en algunos estudios: moclobemida y brofaromina.

*Los Betabloqueantes adrenérgicos:* Disminuyen los síntomas vegetativos relacionados con la activación, como son las taquicardias, los temblores, la sudoración. Normalmente son usados en los casos en los que se debe afrontar una situación específica como actuar ante público. Los fármacos con los que se tiene experiencia son propranolol y atenolol, que deben ser tomados entre 60 y 90 minutos antes de la situación temida.

*Tratamiento Psicológico. Las Intervenciones cognitivo-conductuales (TCC):* Las opciones más extensamente estudiadas para el tratamiento del TAS en adultos, se conocen bajo el título de TCC. La TCC es una terapia limitada en cuanto a tiempo, orientada en el presente, que enseña a los pacientes las cogniciones y comportamientos competentes necesarios para funcionar adaptativamente en su mundo interpersonal e intrapersonal (Heimberg, 2002). Estas incluyen: Exposición, Técnicas de Reestructuración Cognitiva, Relajación y Entrenamiento en Habilidades Sociales. Estas terapias difieren en algún grado en sus fundamentos:



*Exposición:* está basada en la suposición de que el TAS es una respuesta aprendida (condicionada) y que la exposición, es decir, el enfrentarse a la situación temida (“en vivo” o imaginariamente) de manera sistemática y gradual, brinda la oportunidad de corregir este aprendizaje hasta que la habituación o extinción ocurran (desaprender o descondicionar la reacción fóbica) consiguiendo afrontarlas con un nivel de ansiedad tolerable.

*Reestructuración cognitiva:* se basa en la suposición de que el TAS surge de creencias desadaptativas acerca de sí mismo y de los demás, que son muchas veces adquiridas tempranamente. Estas técnicas ayudaran al paciente a recusar estas creencias, de tal modo que puedan ver el mundo de manera más realista.

*Relajación:* consiste en entrenar al paciente a identificar la ansiedad tan pronto como ocurre y practicar ejercicios de relajación en situaciones ansiógenas provocadas, para ayudar a los pacientes a reducir la activación fisiológica que se produce.

*Entrenamiento en habilidades sociales:* se basa en la idea de que el TAS surge de una carencia de habilidades sociales o de la ansiedad producida por una inhibición de estas habilidades. Este entrenamiento se realiza para impartir nuevas habilidades de competencia social en situaciones sociales (y/o permitir al paciente expresar las habilidades que ya han sido adquiridas). Esto incluye entrenamiento en asertividad y en otras habilidades (por ejemplo: habilidades para iniciar o mantener una conversación).

*Eficacia relativa de las TCC.* Las revisiones meta-analíticas son en general consistentes en demostrar que la TCC aporta importantes cambios en los individuos con TAS. Por ejemplo, Taylor (1996) encontró que la reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y exposición combinada con reestructuración cognitiva fueron superiores a la lista de espera en los auto reportes

de síntomas asociados a este trastorno. Además, la valoración de efecto para estos tratamientos aumentó significativamente después de un periodo de 3 meses (post tratamiento) sugiriendo una mejoría adicional al final del tratamiento. No hubo diferencias significativas entre los diferentes tipos de TCC.

***Tratamiento combinado: Psicofármacos más Psicoterapia.*** Aunque la noción de combinar dos tratamientos efectivos para este trastorno resulte atractiva, hay pocos datos empíricos que avalen la eficacia de este procedimiento. En este sentido, tres posibles resultados deben ser considerados: 1) que su combinación pueda ser sinérgica, es decir que la TCC y la medicación trabajen juntas para realzar los resultados obtenidos por cada tratamiento por separado. Por ejemplo, la medicación puede reducir la severidad de la ansiedad, facilitando que el paciente esté más dispuesto a afrontar los ejercicios de exposición. 2) que un tratamiento quite mérito a la eficacia del otro, por ejemplo, que el paciente atribuya mejoría a la medicación más que a sus propios esfuerzos y desempeño en ejercicios de exposición. 3) que ningún tratamiento sume eficacia al otro. Solo hay dos estudios publicados al respecto (Clark & Agras 1991; Fallon et al., 1981) pero ambos usaron fármacos que no han demostrado ser más efectivos que el placebo. Sin embargo, hay dos estudios que se han puesto en marcha que prometen informar acerca de este asunto. Davidson y Foa combinan la TCC grupal con fluoxetina. Resultados preliminares sugieren la superioridad de todos los tratamientos activos sobre el placebo, pero aún no es claro si la combinación de los tratamientos será superior a cada modalidad administrada por separado (como se cita en Heimberg, 2002; Zaidler & Heimberg, 2003). El otro estudio corresponde a Heimberg, Liebowitz que estudian a pacientes tratados sólo con TCC grupal, sólo con fenelzina, TCC grupal combinada con fenelzina o píldoras de placebo. Resultados preliminares sugieren un modesto

Algunos de los tratamientos implementados en la disminución de los síntomas de la ansiedad son la terapia cognitivo conductual, se centra en la enseñanza sobre las emociones y factores etiológicos que el paciente presenta que activan la ansiedad, se entrena a que los

pacientes piensen en su ansiedad en términos de sentimientos, pensamientos o conductas asociados. beneficio del tratamiento combinado después de 12 semanas, pero datos de la muestra completa respecto del mantenimiento o recaídas, aún no están disponibles (como se cita en Heimberg, 2002; Zaidler & Heimberg, 2003).

Diversos fármacos han sido estudiados y hallados eficaces en el tratamiento del TAS. También ha demostrado su eficacia el más estudiado de los tratamientos psicológicos: la TCC. Sin embargo, este tipo de intervención es utilizada sólo por una minoría de los pacientes con TAS. Un estudio de pacientes con desorden de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y TAS, reveló que la psicoterapia psicodinámica fue utilizada tantas veces como todos las TCC combinadas (Goisman, Warshaw & Keller, 1999). Estos datos son perturbadores para clínicos que prescriben el uso de la TCC, porque describen un serio desuso de los métodos para los que hay fuerte evidencia de eficacia. Por otro lado, cerca de un tercio de los pacientes tratados, no responden a la medicación o a este enfoque terapéutico, (Lipsitz, Markowitz, Cherry & Fyer, 1999) y muchos de los pacientes que logran mejorías, continúan experimentando importantes síntomas (Lipsitz & Marshall, 2001), lo que muestra lo necesario que resulta buscar y considerar los tratamientos alternativos.

## **2.8 Relación con otras variables**

La ansiedad es considerada como sinónimo del estrés psicológico, dado que el elemento más característico de la ansiedad es la percepción de amenaza. La valoración de amenaza en la relación demanda - recursos, es central en la concepción del estrés. Cuando las demandas se valoran como elevadas o excesivas para los propios recursos disponibles, se produce la reacción de estrés, que se convierte en estado de ansiedad cuando la valoración conlleva la anticipación de peligro, con un componente de experiencia subjetiva y otro de activación vegetativa y endocrina (Lazarus & Lazarus, 1994).

Friedman, Thayer & Borkovec (2000), en una investigación realizada sobre los sesgos de la memoria explícita para las palabras de amenaza en el TAG, llevaron a cabo dos experimentos con una muestra de 35 pacientes que recibieron tratamiento por trastornos de Ansiedad y 29 participantes controles. Se les aplicó la Entrevista diagnóstica (ADIS-R), la escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y la Escala de Depresión de Hamilton (HRSD), sesiones de auto reportes (antes del comienzo de la terapia). El grupo TAG reportó significativamente más palabras de amenaza que lo que hizo el grupo control. Además, como se predijo, no hubo diferencias en los grupos en el reporte de palabras de no amenaza, las cuales soportan la saliencia de las palabras de amenaza del grupo TAG.

Wells y Carter (1999) realizaron una evaluación preliminar de un modelo cognitivo del TAG en 140 sujetos estudiantes universitarios y postgrados, 106 mujeres y 34 hombres. Se aplicó el Cuestionario del Estado de Preocupación Penn PSWQ, y una escala adicional para que los sujetos evaluaran el nivel de preocupación asociado. Además, se les aplicó la escala de pensamientos de ansiedad ANTI, que evalúa preocupación social y de salud. Se encontró que la preocupación patológica estaba asociada con la meta preocupación, las cuales correlacionaban significativamente con la preocupación patológica y el nivel del problema. La alternativa teórica que apoyó los resultados fue la incontrolabilidad reflejada en el procesamiento cognitivo mal adaptativo, el cual está asociado directamente con la causa de la preocupación. Los individuos con TAG sostenían la creencia positiva de la preocupación como una estrategia de afrontamiento.

Wells y Carter (2001) evaluaron posteriormente el mismo modelo cognitivo de ansiedad generalizada y esta vez incluyeron metacognición y preocupación no sólo en el TAG, sino también en pánico, fobia social, depresión y población no clínica. Los pacientes diagnosticados con dichos trastornos, mediante la entrevista estructurada SCID, fueron divididos en 5 grupos de 24 sujetos cada uno. Se aplicó el Inventario de Pensamientos de ansiedad ANTI y el Cuestionario de metacogniciones (MCQ). Se presentaron diferencias significativas entre los grupos con relación a los resultados del cuestionario de

metacogniciones MCQ, en cuanto a las creencias concernientes a incontrolabilidad y peligro. Los pacientes con TAG reportaron creencias negativas más altas en este dominio que los pacientes con trastorno de pánico, fobias sociales y no clínicos.

Las creencias concernientes a superstición, castigo y responsabilidad también puntuaron más alto en comparación con otros grupos ansiosos y no clínicos. En metacognición las diferencias también fueron altamente significativas; los pacientes con TAG obtuvieron medidas más altas que los pacientes con otro trastorno de ansiedad y los no clínicos. Las comparaciones de preocupación Tipo 1 mostraron diferencias entre los grupos en la preocupación social y de salud. Los pacientes con TAG obtuvieron más alta preocupación social que los pacientes con pánico y los no clínicos, pero no difirieron significativamente de los pacientes con fobia social. Además, obtuvieron puntuaciones altas en preocupaciones de salud con relación a los fóbicos sociales y los no clínicos. No obstante, ellos no difirieron de los pacientes con pánico sobre esta dimensión de preocupación (salud). Los autores concluyeron que los pacientes con TAG se caracterizan por una elevada metacognición negativa y meta preocupación, más que por el contenido Tipo 1 de preocupación. Los pacientes con pánico tienen medidas bajas en meta preocupación, pero más altas en comparación con otros trastornos.

Los procesos cognitivos pueden definirse como un conjunto de procedimientos por los cuales el sistema opera y manipula información, la guía hacía, entre y desde los esquemas con el fin de generar productos cognitivos. Aunque son adaptativos porque le sirven al individuo para adaptarse al mundo y entender más fácilmente la realidad, pueden volverse desadaptativos, ya que por ellos se pierde mucha información valiosa e importante para el procesamiento complejo. Esto se debe a que operan por el principio de economía cognitiva a través del cual el esquema siempre busca confirmarse antes que desconfirmarse.

Uno de los tipos de procesos son las distorsiones cognitivas que se refieren a errores en el procesamiento de la información que las personas presentan como consecuencia de la

activación de los esquemas cognitivos negativos. La función de estas es facilitar los sesgos que se producen a la hora de percibir el medio, es decir, tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo o inocuo en una persona en uno que se experimenta como negativo. De esta manera, el objetivo básico de esta investigación fue el identificar las distorsiones cognitivas que intervienen en la precipitación y mantenimiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Así, el supuesto teórico en el que se centró esta investigación es el modo cómo las distorsiones cognitivas perpetúan el ciclo de preocupación que caracteriza este trastorno, y en el capítulo V se desarrolla a detalle.

A continuación, se presenta el capítulo que corresponde a depresión, como otro problema de salud mental común en la población de mujeres.

### III. Depresión

***“En gran medida tu creaste tú depresión. Nadie de la dio. Por lo tanto, puedes eliminarla”***

**Albert Ellis**

En el apartado anterior se presentó información sobre la ansiedad, la cual muchas de las veces se acompaña de depresión, resulta relevante hablar sobre la forma en la que la depresión se convierte en un problema de salud mental, y particularmente cómo afecta a las mujeres. Estar deprimido puede entenderse en 3 niveles diferentes y cada uno de ellos incorpora una aproximación diferente sobre su evaluación. En un primer nivel, sintomatológico, la depresión hace referencia a un estado de ánimo decaído y triste. En un segundo nivel, sindrómico, la depresión implica no sólo la existencia de un determinado estado de ánimo sino, también, una serie de síntomas concomitantes (cambios en el apetito, problemas de sueño, pérdida de placer, inactividad, etcétera). El concepto de episodio depresivo que se emplea en sistemas de clasificación como los DSM de la *American Psychological Association*, hace justamente referencia a este nivel sindrómico, pues se trata de un conjunto de síntomas con una gravedad y duración determinada que puede estar ligado, de modo inespecífico, a trastornos mentales tan diversos como la esquizofrenia, el trastorno de ansiedad generalizada o la cleptomanía. Por último, se hace referencia en un nivel nosológico, a la existencia de un trastorno depresivo, es decir, un episodio depresivo en el que los síntomas no se deben exclusivamente a otro trastorno o condición (por ejemplo, una reacción de duelo o una idea delirante que entristece al paciente) y, por tanto, podemos hablar con propiedad de trastorno depresivo.

Cada uno de estos niveles (síntoma, síndrome, trastorno clínico) se corresponde con una lógica de evaluación diferenciada. Si se trata de evaluar o de cuantificar la tristeza, sola o en compañía de otros síntomas, el uso de cuestionarios y escalas es adecuado y

normalmente se introduce con ellos una aproximación dimensional, pues se cuantifica la gravedad por la frecuencia de los síntomas a lo largo de un continuo. Si se trata de efectuar un diagnóstico, la aproximación adecuada es comprobar si se cumplen una serie de requisitos diagnósticos (criterios de inclusión y exclusión), para lo que se requiere una entrevista clínica que se adecue a los criterios que se desea utilizar (DSM o CIE) con confianza sí.

### 3.1 Definición de la depresión

La depresión (del latín *depressus*, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se conocen. Describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

Estado de ánimo anormal, que puede ser exógeno o endógeno, de fondo hereditario o adquirido, cuya sintomatología está presidida por un descenso del estado de ánimo, al que se asocian cambios negativos en el campo somático, de conducta y cognitivo (Rojas, 2006, p. 21).

Se puede entender a la depresión como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que da lugar a una serie de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos (intelectuales), asertivos y sociales, entre otros. Su sintomatología es variadísima; es un trastorno que puede manifestarse de muchas formas, pues afecta a lo más profundo del ser humano y cada uno guarda en su seno un estilo propio e irrepetible cuyas características se manifiestan tanto en su personalidad como en los trastornos que sufre (Chávez-Mendoza & Tena-Suck, 2018).



La depresión es un estado afectivo holístico, integrado por las áreas afectiva, somática, cognitiva y conductual; el área afectiva es la más importante, debido al papel que juega en la génesis y expansión de la depresión hacia las demás áreas (González, 2015, p. 180).

La depresión resulta ser un evento psicológico donde intervienen de manera conjunta los elementos cognitivos y afectivos, en los que una persona enfrenta un evento que no puede resolver y que comúnmente está ubicado en el pasado (Beck, 2005; Greenberg & Padesky, 1998).

La depresión representa el trastorno mental más común a nivel mundial en países industrializados (Jablensky, 1987). Es definido como un trastorno, síndrome o síntoma caracterizado por un estado de ánimo melancólico, aunado a cogniciones abatidas y desmoralizadas y desesperanzadas de sí mismo, del otro y del mundo, que invaden el funcionamiento de la persona en sus diferentes contextos (Belló et al., 2005).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (DSM-5, 2013) se describe a la depresión como un síndrome que se caracteriza por humor deprimido y pérdida de placer o interés, aunado a una serie de síntomas como: 1) una pérdida o ganancia significativa de al menos un cambio del 5% de peso en un lapso de un mes; 2) insomnio o hipersomnia casi todos los días; 3) agitación o retraso psicomotor casi todos los días observable para otros; 4) falta de energía casi todos los días; 4) sentido de minusvalía o culpa excesiva casi todos los días que sobrepasa el autorreproche o la culpa por encontrarse enfermos; 5) habilidad empobrecida para concentrarse o indecisión; y 6) pensamientos recurrentes de muerte. Cinco de estos se deben presentar al mismo tiempo durante un lapso que representa una modificación a nivel de funcionamiento previo de la persona y causan distrés significativo en la persona (pp.180-181).

Las consecuencias de la depresión se encuentran relacionadas a problemas médicos y sociales: la depresión se ha asociado de manera significativa alrededor del mundo con el

decremento de años saludables (Desjarlais *et al.*, 1995). La investigación ha demostrado la relación que existe con la pérdida de salud física, la productividad y la calidad de vida en general (Ruiz *et al.*, 2007; Verdugo y Marín, 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005). Actualmente, alrededor de 350 millones de personas sufren depresión, oscilando entre el 3.3 y el 21% de prevalencia de acuerdo con la muestra (Kessler *et al.*, 2007). En el año 2005, la OMS hacía un estimado de 121-150 millones de personas alrededor del mundo que padecían depresión. Más aún, hace una década, cuando era la cuarta causa de discapacidad, se proyectaba que para el 2020 sería la segunda solo antecedida por problemas coronarios (Murray & López, 1996). La Organización Mundial de la Salud reporta que ya ha sobrepasado a los accidentes automovilísticos, las enfermedades cerebrovasculares y los problemas isquémicos en años de discapacidad tanto en países en desarrollo como en países industrializados (OMS, 2008).

De la misma forma, la evidencia sugiere que casi el 76% de los pacientes que sufren depresión reportan síntomas físicos dolorosos relacionados a una reducción en la calidad de vida. El efecto bilateral de la depresión y trastornos somáticos es relevante. La depresión no se ha vuelto prioritaria en la atención de los servicios médicos debido a que en sí misma no está relacionada directamente a la mortalidad (Patel *et al.*, 2004).

Algunos de los síntomas de la depresión se pueden agrupar en 5 niveles siendo importante identificar no sólo su presencia o ausencia (evaluación categorial), sino parámetros como su frecuencia duración e intensidad (evaluación dimensional), lo cual proporciona una descripción más detallada y real, además, del grado de malestar perturbación que aquéllos tienen en el funcionamiento del paciente (Ver Tabla 5).

**Tabla 5***Características clínicas de la depresión*

---

Nivel de análisis	Características
A nivel conductual	<p>Falta de autocuidado y aseo personal</p> <p>Agitación o retardo psicomotor</p> <p>Llanto</p> <p>Agresividad verbal y/o física, conductas autolíticas y/o suicidas</p> <p>Conductas de evitación ante tareas cotidianas y/o interacciones sociales</p> <p>Estrategias inadecuadas de manejo de emociones (por ejemplo, beber alcohol)</p> <p>Lenguaje: verbalizaciones constantes sobre sus problemas, dificultades y síntomas; ausencias, disminución marcada de conductas de comunicación.</p> <p>Esfera corporal: postura de caída, abatida, hombros caídos, voz apagada, ritmo lento de habla, rostro inexpresivo.</p> <p>Esfera interpersonal: aislamiento, soledad, pasividad, conductas sumisas en las relaciones con los demás, búsqueda de validación externa del propio valor, conflicto y/o deterioro de las relaciones interpersonales, actividades de ocio reducidas o inexistentes.</p>
A nivel cognitivo	<p>Pensamientos automáticos negativos (pensamientos negativos acerca de sí mismo, de los demás, del futuro)</p> <p>Creencias disfuncionales (por ejemplo, “para ser feliz tengo que hacerlo todo bien”)</p> <p>Estilo atribución al disfuncional (atribuciones causales internas, globales y estables ante sucesos negativos)</p> <p>Percepción alterada del grado de responsabilidad en los acontecimientos: locus de control externo sobre los acontecimientos negativos o alta responsabilidad personal (culpa).</p> <p>Sesgos atencionales y de memoria (atención abstracta y selectiva hacia aspectos negativos, dificultades en la recuperación de recuerdos positivos).</p> <p>Rumiantes constantes sobre sus síntomas, sus causas o sus consecuencias</p> <p>Alto nivel de focalización atención al en uno mismo (auto focalización)</p> <p>Ideación suicida (deseos, planes...)</p> <p>Dificultades para tomar decisiones</p> <p>Dificultades de concentración y problemas de memoria</p> <p>Déficit en habilidades de solución de problemas</p>

---

A nivel psico fisiológico	Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias) Alteraciones en el apetito (excesivo o reducido) Disminución del deseo sexual Molestias físicas
A nivel emocional y motivacional	Emociones negativas: tristeza, desamparo, desesperanza, rencor, autodesprecio, culpa, frustración, fracaso, vacío, vergüenza, irritación, aburrimiento, afecto embotado. Anhedonia (incapacidad para experimentar emociones positivas) A tomar ausencia de reactividad ante recompensas/refuerzos Abulia (dificultad para iniciar tareas/actividades, disminución del interés social, del interés actividades de ocio, etc.) Anergia, fatiga.

---

Todo el proceso de evaluación debe incluir la identificación de síntomas y factores de riesgo asociados al suicidio, entre estos factores cabe destacar la presencia y agudización de síntomas, tales como desesperanza, anhedonia, insomnio, dificultades de concentración y capacidad de juicio disminuida, ansiedad extrema, presencia de ataques de pánico y agitación psicomotora, así como la presencia de determinados rasgos de personalidad (por ejemplo, impulsividad y conductas antisociales). Es importante, además, valorar la facilidad que el paciente tiene para acceder a determinados objetos (por ejemplo, armas, objetos punzantes, medicamentos, etcétera) así como la historia de intentos de suicidio previos y la presencia en la historia familiar de suicidios.

A la vez que se evalúa la ideación y existencia de planes de suicidio, se ha de valorar necesariamente la posibilidad de hospitalización. Aun no existiendo criterios claros en cuanto a la hospitalización o no de un paciente suicida, por quien el clínico ha de valorar en primer lugar, el grado de estructuración y la ideación autolítica (siendo de menor gravedad las ideas o deseos de muerte y de máxima gravedad la planificación concreta de autolisis). El nivel de control de impulsos y el grado de apoyo social son variables también determinantes en este aspecto.

### 3.2 Prevalencia

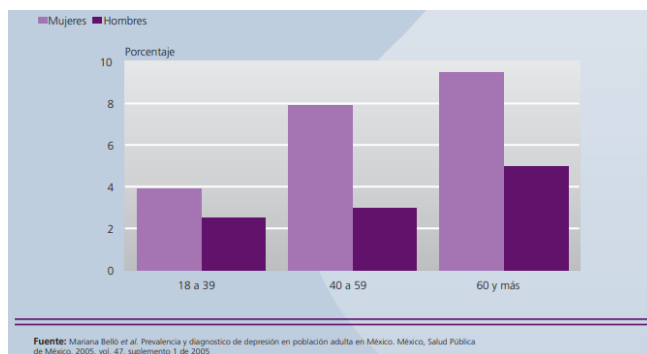
Según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, como se cita en Medina-Mora *et al.* (2003), el 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión al menos una vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y el embarazo y el periodo posparto son particularmente críticos.

En México, los suicidios ocupan un lugar bajo como causa de muerte. No obstante, los suicidios han aumentado aceleradamente hasta alcanzar una de las tasas de crecimiento más altas en el mundo. Entre 1998 y 2004, los suicidios en mujeres crecieron a un ritmo anual de casi 5%. Este incremento ha sido particularmente agudo en las mujeres de entre 11 y 20 años.

La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México, razón por la cual se le dará especial atención en este documento. En México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED 2002-2003), en un periodo anual previo a la entrevista, 5.8 por ciento de las mujeres y 2.5 de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con la depresión; la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. En las mujeres, el porcentaje de las afectadas fue de 4, en las menores de 40 años, y alcanzó una cifra de 9.5 por ciento entre las mayores de 60 años. En el caso de los hombres, las prevalencias en los grupos de edad considerados fueron de 1.6 y 5 por ciento, respectivamente (Ver Figura 2). En este sentido, la depresión en los adultos mayores es un tema más a tratar en la agenda pública de un país que está en pleno proceso de envejecimiento. No debemos olvidar que se trata de un sector de la población que, al estar en mayor riesgo de sufrir enfermedades y disfuncionalidad, también está en mayor riesgo de sufrir trastornos asociados con la salud mental.

## Figura 2

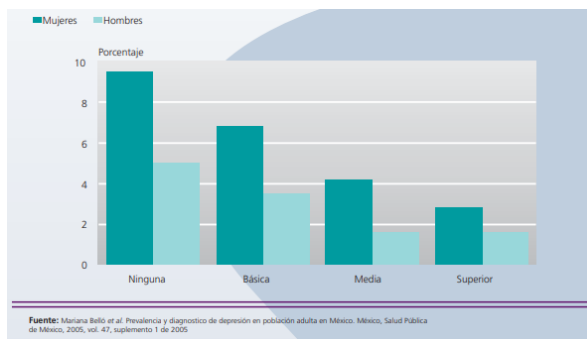
*Prevalencia de episodios depresivos en la población adulta, según sexo y edad, 2002)*



*Nota:* Fuente: Organización Mundial de la Salud (2004)

## Figura 3

*Prevalencia de episodios depresivos en la población adulta, según el nivel de instrucción y sexo, 2002*



*Nota:* Fuente: Organización Mundial de la Salud (2004)

Se observó que conforme aumenta el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de depresión (Ver Figura 3). En general, la prevalencia de depresión es mayor en las mujeres que en los hombres, y también se observan diferencias en los estados de la República. En el

caso femenino, los estados de Hidalgo, Jalisco y Estado de México presentan las mayores prevalencias: 9.9, 8.2 y 8.1 por ciento, respectivamente. Por su parte, los estados de Sonora y Campeche registran las prevalencias más bajas (2.8 y 2.9 por ciento, respectivamente). En el caso masculino, las prevalencias más altas se observan en Jalisco (5 por ciento), Veracruz (4.6) y Tabasco (4.5 por ciento); mientras que las más bajas se presentan en Nayarit y Nuevo León, con prevalencias menores a uno por ciento. Un análisis multivariado con los datos de la ENED 2002- 2003 indicó que las variables que resultaron asociadas significativamente con el diagnóstico de episodio de depresión en el año previo a la entrevista fueron el sexo, la edad y la escolaridad. Un análisis más exhaustivo reveló que únicamente en el caso de los hombres la condición de desempleo resultó significativamente asociada a la presencia de depresión (Bello et al., 2005).

### **3.3 Factores de riesgo de la depresión**

El origen de la depresión es multifactorial. En su aparición influyen factores genéticos y psicosociales. El análisis de la depresión en estudio incluye una aproximación ecológica que comienza desde un entendimiento del ser humano y su funcionamiento bio-psicológico hasta la comprensión de la interrelación existente entre este y el contexto físico, social y macro político que lo rodea.

Los estimados de heredabilidad de la depresión figuran en el 37% y los índices de recurrencia, así como apariciones tempranas, se incrementan en relación con los agregados familiares (Roetker et al., 2013). Existen dos hipótesis prevalentes en el modelo genético de la etiología de la depresión: el modelo de deficiencia de monoaminas y la hipótesis de estrés de la depresión (Andrus et al., 2012). El primero postula que la etiología de la depresión deviene de una deficiencia en neurotransmisores de la monoamina como lo son la serotonina, norepinefrina y dopamina. Sin embargo, estos modelos han sido debatidos últimamente ya que explican únicamente una pequeña parte de la varianza en el inicio de esta enfermedad o incluso lo desvinculan de modo drástico (Angoa-Pérez et al., 2014). Lo anterior sostiene más una postura fenotípica al estudio de la depresión en donde variables

ambientales se deben integrar para el estudio de la etiología depresiva, lo que muestra la falta de evidencia que ha presentado en los últimos años el modelo puramente genético.

En los últimos años, se ha desarrollado la teoría de hipótesis de congruencia (Beck, 1983), una nueva teoría de “personalidad cognitiva” que incluye dos factores cognitivos sumados a la matriz de vulnerabilidad de depresión, a decir: autonomía y sociotropía. La autonomía se refiere a la necesidad de independencia, control y logro, y la sociotropía se refiere a la tendencia a la búsqueda de aprobación, temor al rechazo y reconfirmación por parte del medio social en el que se desenvuelve el individuo. Llamados ahora motivos implícitos: logro, poder y afiliación (Heckhausen, 1991). Estos motivos indican la relación entre el cumplimiento de metas y la respuesta afectiva que lo acompaña, es decir, la respuesta emocional que presente el individuo frente al cumplimiento o fracaso en la búsqueda de un objetivo será relevante siempre que sea consistente con su motivo implícito. De hecho, se ha propuesto que estos motivos implícitos tienen un rol más relevante que las cogniciones explícitas en la presencia, cronicidad, reincidencia y severidad de los episodios depresivos (Iacoviello et al., 2009).

Las personas con depresión tienen una tendencia recordar un mayor número de eventos estresantes en su vida (Jenawy & Paykel), así mismo presentan un sesgo de atención a situaciones desafiantes haciendo que se perciban de modo más frecuente y con mayor atención, estos a su vez tenderán a evaluarlos de modo más catastrófico, estable en el tiempo; a generalizar sus efectos o su potencialidad de dañarlos a ellos o al resto de sus contextos, por último, su cognición de sí mismos como indefensos tenderá a hacerlos sentir particularmente vulnerables e incapaces de hacer algo para poder evitarlo, o bien, haciéndolo vivido, afrontarlo, aumentando su sensación de desesperanza y disparando la sintomatología depresiva. Todo lo anterior pudiera explicar la resiliencia ante los efectos del estrés y la indefensión aprendida por algunos sujetos frente a situaciones persistentemente adversas (Andrus et al., 2012).



El modelo de la cognición y valoración de sí mismo, o autoestima (Harter & Marold, 1994; Rosenberg, 1979) se ha propuesto un modelo en sí mismo. No obstante, ha sido valorado de manera aislada por diversos autores en el análisis de las cogniciones negativas de uno mismo frente a eventos desafiantes o estresantes. Lo anterior sugiere que la capacidad de enfrentarse a eventos estresantes y la capacidad de resolución que el individuo asume tener estará mediada por los esquemas globales de valía personal, haciendo a un individuo vulnerable a una psicopatología en general y depresión en particular (Dávila et al., 1996).

El impacto que el medio social tiene sobre el individuo tiene dos vertientes, por un lado, sirve como factor protector ante los desafíos encontrados en el medio sociocultural que rodea al sujeto, previniendo el inicio de un episodio depresivo en aquellos sujetos con vulnerabilidad genética, o coadyuva en la intervención terapéutica para la remisión del trastorno una vez iniciado; por otro lado, la ausencia de redes sociales satisfactorias por sí misma o en cooperación con otros factores, se asocia a la vulnerabilidad para el inicio, la vía de desarrollo o el mantenimiento de un episodio depresivo (Dávila et al., 1996).

Cyne (1976) planteó que aquellos individuos vulnerables a la depresión tienen un rol activo en la elicitación de rechazo social que no solo incrementa su riesgo de padecer el trastorno, sino que disminuye sus posibilidades de obtener apoyo del medio. A su vez, la sensibilidad al rechazo social, que se define como la tendencia a esperar y atender de manera selectiva a sucesos que aparenten una falta de aceptación social, es un factor de riesgo para el ajuste psicológico, en particular la depresión (Downey & Feldman, 1996).

De este modo en general, los individuos con depresión reportan menores niveles de bienestar en sus relaciones interpersonales, describiéndolas como menos íntimas y satisfactorias (Nezlek et al., 1994). De esta forma, los individuos con depresión en general reportan un mayor número de eventos estresantes durante su vida (Hammen, 1991). A partir de la propuesta de Hammen (2009) los estresores interpersonales a los que se ven

expuestos incluyen relaciones problemáticas, aislamiento, rechazo o alienación y, cuando hay aceptación o un grupo social, las relaciones suelen ser empobrecidas, caracterizadas por hiperdependencia, abandonos constantes o amenazas de abandono, hostilidad, críticas y disputas frecuentes, seguidas de una falta de habilidad para resolverlas o auto silenciamiento por parte del individuo vulnerable para evitar el abandono real o imaginario (p.201).

En cuanto a la experiencia de silenciar el *Self* o auto silenciamiento (*self silencing*) (Jack, 1991), la construcción social de la femineidad y el seguimiento a esta construcción incrementa entre las mujeres la vulnerabilidad a una baja autoestima en particular y la sintomatología depresiva en general. La mujer, habiendo sido socializada a darse una valía a partir de la calidad de sus apegos, de su capacidad de cuidado y de su interés por el otro (Gilligan, 1982), enfrenta el reto no sólo de escucharse a sí misma, sino de tener la habilidad de expresión, que con base en los estándares sociales está relacionada a constructos como egoísmo y egocentrismo, valorados como aspectos negativos para la mujer (Jack, 1999).

A partir de la teoría de Jack (1991), la visión del *Self* en las relaciones está asociada en estándares morales socialmente contruidos. En el caso de las mujeres, estos se presentan bajo dos corolarios, el primero, las necesidades de la mujer deben ser silenciadas de modo que pueda relacionarse con el otro a partir de la premisa de que los deseos del otro siempre serán prioritarios y, en segundo lugar, que la primera forma de mantener los apegos íntimos está determinada por la capacidad de ser una “buena” mujer, caracterizada por ser sacrificada y complaciente, incluso si esto significa la pérdida de expresar – o incluso la prohibición de pensar- aspectos fundamentales del *Self* o de la identidad personal de la mujer. Lo anterior con fines relacionales y de anticipar las consecuencias negativas. Este silenciamiento, sin embargo, no debe atribuirse a un rol pasivo, sino por el contrario, a un esfuerzo activo en la forma en que una decisión que parece ser subordinación o aislamiento (Jack, 1999). Esta variable relacional pone a la mujer en mayor riesgo de padecer

depresión, particularmente aquellas culturas cuya expectativa genérica tiende más a los estándares tradicionales.

Otros factores que se han asociado a características de personalidad longitudinales de las personas con vulnerabilidad a la depresión: la dependencia, la rumiación (Flynn et al., 2010) y la co-rumiación (Hankin et al., 2010). A esta última se le describe como la tendencia a compartir de modo indiscriminado conflictos personales de modo repetitivo, especulando acerca de los, reforzando de modo mutuo la importancia de hablarlos y la centralización de las experiencias emocionales negativas (Rose, 2002). Estas características fomentan a su vez la búsqueda de reconfirmación que al mismo tiempo contribuyen al inicio y mantenimiento de problemas interpersonales.

### **3.4 Vulnerabilidad a la depresión**

En la exploración inicial del problema se debe tener en cuenta la presencia de determinados factores que se han demostrado asociados con el riesgo de inicio mantenimiento y recaída en la depresión. En cada caso se debe considerar la historia personal incluirlos en la planificación del tratamiento y prevención de recaídas. A continuación, se describen algunos factores psicológicos y sociales de la depresión.

#### **3.4.1 Factores psicológicos**

Dentro de los *factores psicológicos* se encuentran los *esquemas disfuncionales*: desde diferentes modelos explicativos se han subrayado la importancia del autoconcepto en la aparición del síndrome depresivo, el modelo cognitivo relaciona la vulnerabilidad con el tipo de criterios que el individuo para determinar su auto valía: unas reglas inapropiadas que hagan depender la autoestima de objetivos irreales desmesuradamente rígidos constituyen una predisposición a la depresión. Éstos se relacionan al referirse a una excesiva necesidad de aprobación por parte de otros (sociotropía) y/o a una exagerada búsqueda de logros o rendimientos (autonomía) para valorar según él mismo positivamente, si bien, cabe explorar otros esquemas relacionados, por ejemplo, con los límites y normas o con las relaciones con los demás (Vázquez 2003, como se cita en Caballo, 2006). Dentro de

este último grupo, se suele situar el perfeccionismo, que se define como la combinación de altos estándares o metas de logro junto con una tendencia a autoevaluarse de una forma severa o excesivamente crítica; además, de ser un factor de vulnerabilidad importante en el desarrollo de trastornos depresivos (así como de otros trastornos mentales, como el desarrollo de ideación paranoide), también se ha demostrado que puede dificultar seriamente el tratamiento cognitivo conductual.

*El Estilo atribucional:* es la forma en que las personas nos intentamos explicar por qué suceden los acontecimientos (negativos y positivos) parece ser otro de los factores por los cuales se puede comprender por qué, ante estímulos estresantes similares algunas personas se deprimen y otras no. En concreto, la presencia de un estilo tradicional interno, global y estable ante sucesos negativos (por ejemplo, “no he tenido éxito en esto porque soy un inútil, siempre lo he sido y siempre lo seré”) se ha visto como un importante predictor de reacciones depresivas ante situaciones estresantes). La autoinculpación, tan típica de la depresión, no es sino un caso particular de este estilo atribucional, y su exploración y cambio puede ser relevante en muchos casos. De esta forma adicional, se ha propuesto más recientemente la existencia de un estilo inferencial depresógeno, en el cual, además de las atribuciones sobre las causas, se incluirían las inferencias sobre las consecuencias (la tendencia a pensar que el acontecimiento negativo tendrá consecuencias desastrosas) y las inferencias acerca de uno mismo (la tendencia a inferir características negativas de uno mismo fruto del acontecimiento sufrido).

*Los procesos emocionales:* un aspecto básico a ser evaluado en un trastorno afectivo como la depresión es precisamente cómo maneja la persona sus propias emociones: cómo las identifica, cómo las etiqueta, cómo las afronta, cómo las potencia o las evita, cómo las expresa, etc. La investigación ha demostrado que un mal funcionamiento de estos procesos genera muchas dificultades en la autorregulación de emociones negativas (Taylor, Bagby & Parker, 1997, como se cita en Caballo, 2006). Estas dimensiones deben ser valoradas tanto en emociones negativas como en emociones positivas, recordando que el problema de la

persona con un trastorno depresivo no es sólo sentir tristeza, sino también y sobre todo la dificultad para sentir emociones positivas. Así nos parece relevante en la evaluación:

*La identificación o reconocimiento de emociones.* En ocasiones, las emociones se presentan con correlatos físicos (sensaciones corporales, como malestar en el estómago), cogniciones o conductas que son lo que el paciente deprimido percibe, sin poder relacionarlos directamente con una emoción o teniendo dificultades para darle nombre (“me encuentro mal, me duele todo el cuerpo, no me puedo mover, tengo un vacío que no sé qué es, no puedo parar”). Además, es importante la diferenciación de emociones: es muy distinto a sentirse triste que decepcionado, enfadado, culpable, desmotivado, angustiada, aburrida... y, sin embargo, no es infrecuente que estas emociones se confundan o se etiqueten genéricamente como sentirse mal.

*Conocer cuáles son las distintas reacciones ante estas emociones:* intentar negarlas, evitarlas, intentar controlarlas, buscarle una explicación... respuestas como rumiar constantemente sobre su ánimo triste y las causas y consecuencias que tiene, o escapar de esos estados mediante el uso de drogas como el alcohol, son factores que pueden prolongar y aumentar también el estado depresivo. Paralelamente, reaccionar habitualmente ante la tristeza con vergüenza, desconfianza o desesperanza, por poner algunos ejemplos, genera automáticamente una mayor complejidad emocional, lo cual parece dificultar la regulación efectiva favoreciendo la aparición de respuestas rumiativas (Hervás, Hernangómez & Vázquez, 2004, como se cita en Caballo, 2006). Por otra parte, las reacciones ante las emociones positivas también son muy importantes, siendo fundamental explorar: cuando aparecen, porque terminan y no continúan más tiempo cuando ocurren (en ocasiones, por ejemplo, pueden aparecer sentimientos de culpa o extrañeza cuando se disfruta).

Por último, *la comunicación de las emociones a personas significativas* del entorno es un elemento esencial que hay que tener en cuenta: si la persona siente que puede confiar en otros, la capacidad que tiene para transmitirle sus sentimientos (es muy diferente utilizar la

comunicación emocional para manipular y controlar al otro, que para desahogarse y apoyarse emocionalmente).

*Estilo y habilidades interpersonales:* considerando la relevancia del apoyo social en los trastornos depresivos, es obvio que las habilidades sociales pueden ser un elemento destacado, al menos en la situación clínica de algunos pacientes deprimidos, si bien en ocasiones no se evalúan adecuadamente. En primer lugar, no debería considerarse una muestra representativa de habilidades sociales la conducta que la persona desarrolle en consulta. Aunque en las entrevistas no muestre un marcado u observable déficit de habilidades interpersonales, esto puede no ser generalizable a otros contextos. En ocasiones, por ejemplo, puede ser central en el problema una falta de habilidad para expresar críticas, para iniciar conversaciones o para pedir ayuda, y eso puede no percibirse con el contacto terapéutico semanal. La relación terapéutica es un tipo de relación con unas características muy determinadas que no la hace extrapolable directamente a otras relaciones. El hecho de que un paciente sepa hablar concretamente de sus problemas no implica que pueda llevar a una conversación adecuada sobre aspectos más adaptados socialmente cuando se llegue al caso. De hecho, puede ocurrir lo contrario: la dificultad para hablar de cuestiones ajenas a sus problemas y síntomas puede reforzar el aislamiento social y los problemas interpersonales.

Otro posible error en este campo sería atribuir los déficits en habilidades al retardo psicomotor estado general de anergia. Si bien es cierto que determinados déficits de habilidades pueden ser consecuencia de otros síntomas propios del trastorno, lo más habitual es que hayan tenido un papel significativo en el origen y/o mantenimiento del problema.

Además de las habilidades sociales, también debería prestarse atención al estilo interpersonal del paciente en relación con su entorno cercano, por ejemplo, comportamientos sumisos se han relacionado con diversas formas de psicopatología y se ha

visto que en personas deprimidas fomentan círculos viciosos con respecto a fuertes sentimientos de inferioridad. Estrechamente relacionado, investigaciones sitúan a las personas con estilos dependientes en mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva ante una situación estresante. En esta dirección se ha observado que las personas que buscan persistentemente en sus allegados una validación sobre su propia valoración son propensas a las recaídas.

*La identidad depresiva:* si bien la depresión es un estado indeseable que ningún ser humano desea, en ocasiones puede encontrarse que este trastorno puede estar cumpliendo diferentes funciones con el fin de cubrir preservar otras necesidades de la persona, en este aspecto debe ser explorado con extremo cuidado, comprendiendo que no se trata de una manipulación, sino de un intento de solución por parte del deprimido o de un beneficio secundario que puede mantener el cuadro depresivo. Éstas funciones deben ser analizadas individualmente en cada caso, algunos aspectos comunes son: la búsqueda de respuestas de afecto, cuidado y preocupación por parte de otros, la comunicación pasiva de un malestar que no sabe transmitir de otra forma, la evitación de responsabilidades no deseadas, la demora de decisiones difíciles, la justificación de fracasos no asumidos o, más genéricamente, la resistencia a abandonar determinadas creencias básicas sobre uno mismo los demás o el mundo (Hernangómez, 2000, como se cita en Caballo, 2006).

Este último aspecto, una variable muy importante que debe ser valorada para el tratamiento ese lugar que ocupa la depresión en la identidad de la persona. La depresión deberá valorarse de manera distinta si estás deprimido, se considera un aspecto periférico, puntual o transitorio frente a otros posibles casos en los que suponga un aspecto nuclear en la visión que el paciente tiene de sí mismo. En este segundo caso, se debe realizar un análisis en profundidad a fin de conocer las implicaciones positivas y negativas que supone para la persona ser un deprimido, implicaciones que no siempre son accesibles de un modo directo para el mismo. Por ejemplo, para una persona un rasgo aparentemente positivo cómo ser alegre puede suponer implícitamente ser despreocupada, lo que puede implicar a

su vez ser un individuo egoísta, aspecto que puede ser totalmente contradictorio con su autoconcepto. En esa complejidad de significados implícitos, donde se debe explorar la funcionalidad de la depresión en la identidad de la persona. La teoría de los constructos personales y la exploración de los dilemas implicados aportan luz a la valoración de estos aspectos.

### **3.4.2 Factores psicosociales**

La valoración de factores psicosociales que pueden proteger o por el contrario contribuir a la aparición y mantenimiento del trastorno implica en líneas generales la exploración de las áreas laboral económica y especialmente social.

Como factores protectores, es fundamental la evaluación del apoyo social percibido estrechamente relacionado con la calidad de vida el bienestar subjetivo y la recuperación o cronificación de los trastornos depresivos. En concreto, es muy importante que la persona sienta que tiene personas a las que recurre cuando lo necesita. De igual modo, se deben explorar todos los recursos sociales disponibles en el entorno del paciente como fuentes potenciales de apoyo a lo largo del tratamiento.

Por otra parte, el riesgo de depresión aumenta después de acontecimientos vitales estresantes. Sin embargo, es fundamental comprender que su papel es el de precipitantes y no de determinantes de la depresión, así como extender el concepto de sucesos estresantes a aquellas situaciones cotidianas que sin ser aguda sean continuas fuentes de malestar:

1. Posibles sucesos negativos estresantes próximos al inicio de la sintomatología.

Desde diferentes perspectivas se ha señalado que la frecuente implicación de pérdidas que hay en los sucesos negativos asociados a la depresión: pérdida de otras personas (rupturas sentimentales, muerte) de alguna meta u objetivo importante (fracasos académicos o laborales), de funciones o roles fundamentales para la identidad de la persona (separación, jubilación, nido vacío), de un ideal (decepciones, fracaso de expectativas respecto a uno mismo, los otros) o incluso del



control de la propia vida (deterioro de funciones asociadas a enfermedades físicas, discapacidades, ancianidad, etcétera).

2. Grado de bienestar en la vida cotidiana (relacional, laboral, económica y de ocio).

Es importante tratar este aspecto con detenimiento, ya que no es infrecuente que las personas declaren no tener nada negativo en su vida que asocien con la depresión.

Con una exploración más profunda y exhaustiva de su vida cotidiana, es posible encontrar sucesos en los que los sucesos negativos son de baja intensidad, pero continuos (por ejemplo, una mala relación de pareja, un trabajo desmotivante, una situación permanente de acoso laboral o *mobbing*, una complicada situación económica). Otras veces no hay sucesos claramente negativos, pero tampoco hay sucesos positivos o ha habido una pérdida de éstos.

3. Cambios vitales: en ocasiones una potencial fuente de cambios positivos (por ejemplo, un ascenso laboral, comenzar la convivencia con la pareja, el nacimiento del primer hijo) tiene a la vez implicaciones negativas, que incluso pueden ser difíciles de reconocer por el deprimido (no considerarse suficiente preparado para el puesto en cuestión, la separación del hogar paterno, la asunción de nuevas responsabilidades y capacidades percibidas, etc.) (Caballo, 2006).

### 3.5 Depresión y Género

Existen amplias diferencias entre las mujeres y los varones en aspectos de salud, los estudios indican que las mujeres presentan peor salud mental. En un estudio realizado por Montesó-Curto y Aguilar Martín (2014) para comprobar esta hipótesis se realizó un estudio comparativo en el que se encontró que un 53% en las mujeres y un 40 % en hombres presentaban depresión. El porcentaje de la depresión en mujeres permaneció estable en todos los grupos de edad y aumentaba para las mayores de 65 años. En los varones el grupo de edad de mayores de 65 años destaca sobre los otros. Existen diferencias de género en depresión para el grupo de edad de 25 -45 años. Los varones mayores de 65 años presentan

mayor depresión que otros grupos de edad. La depresión es elevada para el grupo de edad de menos de 21 años y posteriormente aumenta con la edad.

Algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización, por lo que consultan a médicos generales, también frecuentemente tienen un problema de abuso de sustancias que a veces enmascara el cuadro depresivo lo que trae como consecuencia que en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico de depresión.

La recurrencia se refiere a la presentación de nuevos episodios depresivos posteriores a la inicial después de un periodo de remisión de los síntomas; este es variable, el más aceptado es después de un año. Cuando se presenta antes de este tiempo se considera una recaída del episodio inicial por un tratamiento insuficiente. Algunos estudios indican que las mujeres pueden tener episodios depresivos más largos y tienen más posibilidades que los hombres de presentar episodios recurrentes; para otros las diferencias en cuanto a la recurrencia están más cuestionadas. Una investigación en Gran Bretaña encontró que 69% de las mujeres y 31% de los hombres tenían una depresión recurrente, la razón mujer/hombre fue de 2,2. Otros autores consideran que la presentación más alta en mujeres lo es sólo para el primer episodio, que las tasas de recurrencia no muestran diferencias en cuanto al género. Algunas investigaciones reportan que el género femenino no es un factor de riesgo de depresión recurrente.

Las mujeres son aproximadamente dos veces más propensas que los hombres a sufrir depresión. Existen muchos factores que pueden aumentar el riesgo de depresión en las mujeres. Las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de tener un diagnóstico de depresión que los hombres. Algunos cambios de humor y sentimientos de depresión surgen

con los cambios hormonales normales. Pero no son los cambios hormonales solos los que causan la depresión. El riesgo más alto de depresión está asociado con otros factores biológicos, características hereditarias, y circunstancias y experiencias de la vida. A continuación, se mencionan algunas posibles causas de depresión en las mujeres.

Los cambios hormonales durante la pubertad pueden aumentar el riesgo de algunas niñas de sufrir depresión. Sin embargo, los cambios temporales de humor relacionados con las hormonas cambiantes durante la pubertad son normales; estos cambios por sí solos no causan depresión. La pubertad a menudo se asocia con otras experiencias que pueden influir en la depresión; por ejemplo: nuevas cuestiones de sexualidad e identidad, conflictos con los padres, aumento de la presión para lograr resultados en la escuela, los deportes u otras áreas de la vida. Después de la pubertad, las tasas de depresión son más altas en las mujeres que en los hombres. Las niñas suelen llegar a la pubertad antes que los niños, tienen más probabilidades de sufrir depresión a una edad más temprana que los niños. Hay pruebas de las que se desprende que esta disparidad entre hombres y mujeres en torno a la depresión puede continuar durante toda la vida.

Otro aspecto que influye en el desarrollo de la depresión son los problemas premenstruales. Para la mayoría de las mujeres que sufren el síndrome premenstrual (SPM) los síntomas como hinchazón abdominal, sensibilidad de las mamas, dolor de cabeza, ansiedad, irritabilidad y tristeza son menores y de corta duración. Pero hay una pequeña cantidad de mujeres que padecen síntomas severos e incapacitantes que interrumpen sus estudios, trabajos, relaciones u otras áreas de sus vidas. En ese momento, el SPM se puede convertir en trastorno disfórico premenstrual (TDP), un tipo de depresión que suele necesitar tratamiento. No está clara la interacción exacta entre la depresión y el SPM. Es posible que los cambios cíclicos del estrógeno, la progesterona y otras hormonas alteren la función de los químicos cerebrales que controlan el humor, como la serotonina. Es posible que también influyan las características hereditarias, las experiencias de vida y otros factores.

Otro estado particular de las mujeres es el embarazo, durante el embarazo, ocurren cambios hormonales drásticos que pueden afectar el humor. Hay otros problemas que pueden aumentar el riesgo de sufrir depresión durante el embarazo o al intentar quedar embarazada, tales como: cambios en el estilo de vida o en el trabajo, u otros factores que ocasionan estrés, problemas en las relaciones, episodios previos de depresión, depresión posparto o trastorno disfórico premenstrual (TDP), falta de apoyo social, embarazo no planeado o no deseado, aborto espontáneo, esterilidad, suspensión del tratamiento con antidepresivos, depresión posparto.

Muchas mujeres que se han convertido en madres recientemente se sienten tristes, enojadas e irritables y experimentan ataques de llanto poco después de dar a luz. Estos sentimientos, que se conocen a veces como melancolía posparto, son normales y por lo general desaparecen en una o dos semanas. Sin embargo, si los sentimientos depresivos son más graves o duran más pueden indicar depresión posparto, en especial si los signos y síntomas incluyen lo siguiente: llorar con más frecuencia que lo normal, baja autoestima o sentimientos de ser mala madre, ansiedad o falta de sensibilidad, problemas para dormir, aun cuando duerme el bebé, problemas para realizar actividades con normalidad durante el día, incapacidad para cuidar al bebé, pensamientos acerca de lastimar al bebé, pensamientos suicidas.

La depresión posparto es una afección médica grave que requiere tratamiento inmediato. Le ocurre a un 10 a 15 por ciento de las mujeres. Se cree que está asociada con las variaciones hormonales importantes que tienen efectos sobre el humor, la responsabilidad de cuidar al bebé, una predisposición a tener trastornos de humor y ansiedad, complicaciones durante el embarazo y el parto, problemas para amamantar, complicaciones o necesidades especiales del bebé, respaldo social escaso, perimenopausia y menopausia.

El riesgo de depresión puede aumentar durante el paso a la menopausia, una etapa que se llama perimenopausia, cuando los niveles de hormonas varían de forma irregular. El

riesgo de depresión también puede aumentar durante la menopausia temprana o después de la menopausia; en ambas ocasiones los niveles de estrógeno se reducen significativamente. La mayoría de las mujeres que sufre síntomas menopáusicos molestos no desarrollan depresión. Pero los siguientes factores pueden aumentar el riesgo: sueño interrumpido o escaso, ansiedad o antecedentes de depresión, acontecimientos estresantes de la vida, aumento de peso o del índice de masa corporal (IMC), menopausia a una edad temprana, menopausia causada por la extracción quirúrgica de los ovarios, circunstancias de la vida y cultura.

La tasa más alta de depresión en mujeres no solamente está causada por la biología. Las circunstancias de la vida y los factores de estrés culturales también pueden influir. Aunque estos factores de estrés también afectan a los hombres, lo hacen con menor frecuencia. Los factores que pueden aumentar el riesgo de depresión en mujeres incluyen:

*Poder y estatus desiguales.* Las mujeres tienen muchas más probabilidades que los hombres de vivir en la pobreza, lo que causa preocupaciones como la incertidumbre sobre el futuro y la disminución del acceso a los recursos comunitarios y de atención de la salud. Estos problemas pueden causar sentimientos de negatividad, baja autoestima y falta de control de la vida.

*Sobrecarga de trabajo.* A menudo, las mujeres trabajan fuera del hogar y aun así tienen responsabilidades domésticas. Muchas mujeres enfrentan los retos de la maternidad sin pareja, por ejemplo, trabajando en varios lugares para ganar el dinero suficiente. Además, las mujeres quizás atiendan a familiares enfermos o ancianos, y no solamente a sus hijos.

*Abuso sexual o físico.* Es más probable que las mujeres abusadas emocional, física o sexualmente de niñas o adultas sufran depresión en algún momento de sus vidas que aquellas que no sufrieron abuso. Las mujeres tienen más probabilidades de ser abusadas que los hombres.

Las mujeres que sufren depresión a menudo padecen otras afecciones de salud mental que también necesitan tratamiento, tales como:

*Ansiedad.* Con frecuencia, las mujeres deprimidas presentan ansiedad.

*Trastornos de la alimentación.* Existe una fuerte relación entre la depresión de las mujeres y los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia.

*Drogadicción y alcoholismo.* Algunas mujeres con depresión también consumen o dependen de sustancias perjudiciales para la salud. El abuso de sustancias puede empeorar la depresión y dificultar el tratamiento (Mayoclinic, s.f).

Está bien establecida la relación entre la depresión y los factores psicosociales derivados de eventos que acontecen a lo largo de la vida de las personas alterando su funcionamiento. Estos factores parecen afectar de manera diferente a las mujeres provocando una mayor vulnerabilidad; su efecto pudiera estar determinado porque ellas experimentan mayor cantidad de eventos vitales porque sufren eventos de mayor impacto para la salud mental o porque sean más sensibles al efecto de dichos eventos. La mujer se enfrenta a más factores psicosociales derivado de la doble jornada de trabajo (centro laboral y el hogar), la existencia de prejuicios sociales que aún persisten y las afectan de manera específica, el estrés derivado del embarazo (más aún si es no planificado), el parto, la crianza de los hijos, “desventajas” en la relación de pareja (dependencia económica, obediencia al esposo); si ocurre un divorcio en la mayoría de las ocasiones le corresponde quedarse con los hijos, muchas veces sin sustento económico; es más frecuente la existencia de la madre soltera que el padre soltero. Es con mayor frecuencia víctima de la infidelidad de pareja y lo tolera más, lo que en la mayoría de los casos perpetúa el sufrimiento. El hombre es casi siempre el que tiene el dinero, por lo que puede utilizar mecanismos compensatorios para aliviar el malestar emocional que le provoca la ruptura de pareja: fiestas, compartir con amigos, tragos (siempre que no sea en exceso porque entonces se convierte en agravante), mudarse de domicilio e incluso de lugar. Las mujeres

sufren más violación a lo largo de la vida y con mayor frecuencia es la víctima en la violencia conyugal. Está bien documentada la relación entre maltrato hacia la mujer y depresión. 12, 66,67 En la actualidad se está brindando mucha atención al papel que juegan en la vulnerabilidad a la depresión los traumas psicológicos en la niñez y adolescencia temprana, parece ser que estos traumas inducen cambios en la regulación del eje HPA, lo cual incrementa la vulnerabilidad a la depresión después de la exposición a eventos estresantes durante la adultez, se conoce que las mujeres sufren más traumas, sobre todo abuso sexual; algunos autores señalan que las niñas son más comúnmente víctimas de abuso sexual con una razón de 12:1 respecto a los niños. Piccinelli y Wilkinson señalan que los eventos vitales en la niñez son determinantes en la depresión adulta y pueden explicar las diferencias de género observadas en este trastorno; consideran que los factores genéticos y otros factores biológicos no tienen ningún efecto en estas diferencias. Se incluyen entre estos eventos los estereotipos sexuales, que son diferentes para ambos sexos y pueden influir en la vulnerabilidad depresiva para niños y niñas. En las últimas décadas la mujer ha ido avanzando en el terreno social, jurídico, de igualdad y de derechos humanos, pero en lo referente al micro medio social (hogar) no se producen avances con el mismo ritmo: sigue con la mayor carga de trabajo, los reclamos de la pareja continúan igual; es decir, los logros en sus luchas por la igualdad traen aparejado más carga para ellas: trabajo fuera del hogar, cargos administrativos (Vázquez, 2013).

### 3.6 Depresión y cultura

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, sabemos que tanto el grado como la manifestación del síndrome depresivo varían significativamente de una cultura a otra (Kleinman 1986, Kleinman & Good 1986, Marsella 1987).

Evelyne Pewzner-Apeloig, considera que para un número de médicos cada vez mayor, resulta claro hoy en día, que el diagnóstico de depresión está obligatoriamente ligado al conocimiento y reconocimiento de los síntomas y de los términos específicos de los que dispone el enfermo para expresar su tristeza y su desconcierto. Si la asociación disforia-

enlentecimiento es más comúnmente encontrada en cualquier contexto cultural, las quejas somáticas y los sentimientos de persecución dominan el cuadro clínico de los estados depresivos observados en las sociedades tradicionales del África negra o del Magreb; en la psicopatología occidental, las ideas de autodevaluación, de indignidad y de culpabilidad, así como las conductas suicidas, representan al contrario los criterios diagnósticos esenciales de la depresión melancólica (1999).

Existen culturas en las cuales la depresión se manifiesta más como un estado físico que psicológico; tal es el caso, escribe Kleinman, de los pacientes chinos que manifiestan principalmente aburrimiento, fatiga, molestias, presión interna, dolor y mareo. Estos síntomas codificados culturalmente pueden confundir el diagnóstico entre los inmigrantes chinos en Estados Unidos, muchos de los cuales encuentran el diagnóstico de depresión moralmente inaceptable y además como una experiencia sin sentido.

Una situación similar se presenta en las mujeres de Dubái (Emiratos Árabes Unidos); en un estudio realizado en 2003 se encontró que tales pacientes manifiestan principalmente síntomas físicos de la depresión, debido a que culturalmente es más aceptada la manifestación somática que la emocional, además existe una diferencia significativa en el nivel de depresión de las pacientes sin alfabetización en comparación con las pacientes alfabetizadas. Esto puede ser debido a que las pacientes alfabetizadas, cuentan con mayores oportunidades para expresar sus sentimientos de formas distintas (Sulaiman et al. 2003). Este estudio refiere además que las pacientes de clase socioeconómica baja, mostraban una diferencia significativa mayor en el nivel de depresión que los otros grupos socio económicos. Es importante destacar que las mujeres de Dubái disponen de nulas posibilidades de hablar acerca de sus dificultades psicológicas, esto para no llamar la atención de los demás, ni perjudicar la reputación de sus familias y llevar el deshonor a las mismas.



Por su parte, Kirmayer señala que los síntomas culturales específicos, pueden conducir a un sobre conocimiento o a la identificación errada de una afección psicológica. Por el contrario, de lo hasta ahora planteado en cuanto a que los no occidentales, (o los del extremo occidente como nos gusta denominar a los latinoamericanos y en particular a los mexicanos) son propensos a somatizar sus afecciones, las investigaciones más recientes confirman que la somatización es universal. Los síntomas somáticos sirven como modismos culturales de la angustia o aflicción en muchos grupos etnoculturales y, si resultan mal interpretados por el médico, pueden conducir a procedimientos de diagnóstico innecesarios o inapropiados (Kirmayer, 2001). Hay pues, cada vez mayor evidencia de que los síntomas somáticos, son un modo de presentación de la depresión en diversas partes del mundo (Simón et al. 1999).

Respecto a la variedad de expresiones culturales del sufrimiento psíquico, cabe señalar que en los tres dialectos del Maghreb no existe palabra alguna que exprese de forma directa al estado depresivo. La depresión se presenta enmascarada en forma de quejas somáticas o de estados delirantes que adoptan las características de una idea delirante la cual se destaca por la eclosión súbita de un delirio rico y polimorfo en sus temas y sus mecanismos, en ocasiones asociándose a trastornos de la conciencia y del estado de ánimo. Los síntomas más frecuentemente presentados son: astenia, anorexia, abulia, cierto estado de estupor y quejas somáticas con relación a la expresión corporal de los estados de ansiedad (Balbo, 2004). En el caso de los Nahuas del Alto Balsas en el estado de Guerrero, en México; podemos considerar al "susto" o "espanto" como una modalidad depresiva. Según López Austin, la etiología del susto es la pérdida de una entidad anímica localizada en la cabeza, que se denomina tonalli y que no tiene nada que ver con la concepción occidental del alma católica (Villaseñor-Bayardo, 2005). Tonalli es una palabra derivada del verbo tona que significa: irradiar, calor solar, alma y espíritu. Dicha pérdida puede ser causada por el corte de cabellos de la fontanela, por actos físicos violentos, por miedo intenso o por una impresión fuerte. Los signos y síntomas manifestados a este respecto

eran, en la época prehispánica; pérdida de vigor, palidez, fiebre, hiporexia, hipersomnio y pérdida del brillo en la mirada. En la actualidad se considera que esta enfermedad es provocada por los aires, los cuales roban el tonalli produciendo manifestaciones de ansiedad o depresión (Villaseñor Bayardo & Chávez Alvarado, 2000) (Villaseñor, et al., 2006).

### 3.7 Instrumentos de medición de la depresión

Los métodos de evaluación de la depresión no difieren de aquellos empleados en la evaluación psicológica clínica, es decir, entrevistas, cuestionarios (auto y hetero aplicados), observación, auto registros y pruebas *ad hoc* elaboradas por el terapeuta en función de las características individuales del paciente y de su problemática.

Los métodos de evaluación empleados han de ir dirigidos siempre al contraste de las hipótesis que el clínico formula sobre el caso en cuestión. No se trata pues de aplicar una batería completa de pruebas de evaluación (que en el caso de la depresión por ser este un trastorno tan heterogéneo, no existe) sino, de evaluar aquella información relevante que permita verificar o no las hipótesis, que dirija la evaluación a otras áreas de interés y que permita la toma de decisiones respecto a la planificación del tratamiento.

En general, los instrumentos de evaluación a utilizar dependerán del objetivo de esta. Si se trata de efectuar un diagnóstico categorial, las entrevistas serán el método de elección. Si se trata de cuantificar dimensionalmente la gravedad de la depresión, las escalas y cuestionarios son el método elegir.

Por otro lado, el uso de entrevistas y cuestionarios es diferente según el momento de la evaluación. Mientras que la entrevista diagnóstica puede ser adecuada en los momentos iniciales y finales del proceso (evaluación categorial), los instrumentos de cuantificación de gravedad suelen utilizarse en cualquier etapa del proceso terapéutico (evaluación dimensional). En la tabla x se muestran características de ambos procedimientos y de algunos instrumentos específicos.

Hay diversos cuestionarios y escalas de rápida administración y con índices de eficacia muy parecidos. Casi todas las escalas y cuestionarios evalúan la gravedad de los síntomas en varios puntos (normalmente utilizando entre 3 y 5 niveles de intensidad). Estos instrumentos suelen diferenciarse entre sí no sólo por la diferente cobertura de síntomas que ofrecen, sino también, por los distintos parámetros de medida que utilizan: intensidad, frecuencia o duración de los síntomas. Es muy importante señalar que las escalas simplemente registran lo que es común a todos los pacientes, pero no la información idiosincrática necesaria para el tratamiento (Hamilton, 1987, como se cita en caballo, 2006). Para esto se necesita recurrir a otros tipos de información complementaria (entrevista, medición de variables relacionadas, análisis funcional, medidas *ad hoc*, etcétera).

Hay dos grandes tipos de instrumentos de evaluación de la depresión: escalas hetero aplicadas y escalas autoaplicadas. En las primeras el clínico es quien evalúa la gravedad del sujeto, mientras que, en las segundas, es el propio sujeto quien lo hace. Ningún procedimiento es en sí mismo mejor que el otro, y de hecho ofrecen resultados de eficacia similar.

**Tabla 6**  
*Instrumentos para evaluar depresión*

	<b>Evaluación categoría</b> SADS; SCID; DIS; CIDI	<b>Evaluación dimensional</b>			
		HDRS	BDI Y BDI-II	ZSDS	CES-D
Estilo	Entrevistas estructuradas	Escala hetero aplicada	Escala auto aplicada	Escala auto aplicada	Escala auto aplicada
Número ítems	Más de 200 preguntas	17+4	21	20	20
Duración	30-120 min	20 min	15-20 min	10-15 min	10-15 min
Escala	Síntomas presentes o ausentes	Gravedad (0-2; 0-4)	Gravedad de síntomas (0-3)	Duración (0-necesito3)	Frecuencia (0-3)
Marco temporal	Episodios	Última	Última semana	Última semana	Última semana

	actuales o pasados	semana (o días)	(o días)		
Referencia	Endicott (1978)	Hamilton (1960, 1967)	BDI-I (Beck et al., 1978) BDI-II (Beck et al., 1996)	Zung (1965)	Radloff (1977)
Ventajas	Uso de criterios diagnósticos operativos SADS -> RDC DIS ->DSM CIDI ->CIE, DSM	Muy utilizada, alta fiabilidad de inter-jueces, buena sensibilidad	Administración fácil, sensible al cambio, muy utilizada, buena discriminación	Buena validez concurrente con otras escalas, sensible a cambios	Adecuada para población general. Buena consistencia y especificidad
Inconvenientes	Extensa, exige entrenamiento, validez concurrente moderada	Consistencia no elevada, peso alto para síntomas somáticos, poco uso con población no clínica	Alta correlación con ansiedad	Bajo validez discriminante	Bajo sensibilidad. Centrado demasiado en estado de ánimo
Puntos de corte					
No depresión					
Ligera	-	0-6	0-9	20-35	0-15
Media	-	7-17	10-18	36-51	-
Grave	-	18-24	19-29	52-67	-
	-	25-52	30-63	68-100	-

SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia («Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia») (Spitzer y Endicott, 1978).

SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R («Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R») (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1998).

DIS = Diagnostic Interview Schedule («Entrevista diagnóstica») (Robins y Heizer, 1991).

CEDI - Composite International Diagnostic Interview («Entrevista diagnóstica internacional») (OMS, 1993).

HDRS = Hamilton Rating Scale for Depression («Escala de evaluación de Hamilton para la depresión»).

BDI = Beck Depression Inventory («Inventario de depresión de Beck»),

ZSDS = Zung Self-Rating Depression Scale («Escala de Zung para la autoevaluación de la depresión»).

CES-D = Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale («Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos») (retomada de Caballo, 2006)

El principal método de evaluación de la depresión es la entrevista en cualquiera de sus modalidades (estructurada, semiestructurado, abierta). Mediante la entrevista, podemos

obtener una descripción detallada de cuáles son las manifestaciones clínicas de la depresión, generalmente, desde una perspectiva categórica. En muchos casos, la entrevista a otros informantes resulta de gran utilidad para la obtención de información que por diversas razones el paciente no puede dar (debido a la gravedad de su sintomatología, sesgos al informar sobre determinados aspectos, como las relaciones interpersonales, dificultades de memoria, etc.).

### **3.8 Tratamientos de la depresión**

Los tratamientos disponibles para la depresión incluyen terapias farmacológicas, psicoterapia y otros tipos de terapias. Actualmente, todos los antidepresivos comparten la característica farmacológica de actuar de manera directa o indirecta sobre los sistemas de neurotransmisión monoaminérgica (noradrenalina, serotonina, dopamina). Ninguno actúa en otros sistemas de neurotransmisión implicados en la fisiopatología (Pérez-Esparza, 2020).

La ketamina es un anestésico disociativo utilizado desde los años setenta, conformado por 2 enantiómeros (S- y R- ketamina), con propiedades sedantes y analgésicas, que actúa como antagonista del receptor N-metil-D-aspartato (NMDAR) de glutamato. En las últimas dos décadas, ha probado tener efectos antidepresivos a dosis bajas, mucho menores a las utilizadas como anestésico, con mejoría de los síntomas depresivos de manera notable y en cuestión de horas.

En el año 2020, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América aprobó la utilización del fármaco esketamina intranasal (Spravato®) comercializado por Janssen (Johnson & Johnson), derivado de la ketamina, para el tratamiento del TDM10, después de múltiples ensayos clínicos que demostraron su eficacia y seguridad.

Existen variedad de tratamientos enfocados en el tratamiento y mejorar el curso de la depresión, principalmente se cuenta con tratamientos diversos, basados en el modelo

biológico se implementan tratamientos farmacológicos que consiste en la administración de antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina, inhibidores de monoamino oxidasa y benzodiacepinas. En cuanto a tratamientos neuro estimulantes se basan principalmente en la estimulación magnética transcraneal (EMT) (Frank et al., 2014), en referencia tratamientos naturistas se basan en la administración de *Hypericum perforatum* o hierba de San Juan (Berner et al., 2008). Otros tratamientos que se usan son los basados en modelos psicológico e interpersonal de la depresión que incluye modelos de autoayuda (Mains & Scogin, 2003) y modelos presenciales, los cuales pueden basarse en psicoterapia conductista (Dobson, 2006), psicoterapia cognitiva (Beck et al., 1979), o psicoterapia interpersonal (Marcowitz, 2003).

El tratamiento actual para el trastorno depresivo incluye la farmacoterapia, psicoterapia y otras terapias no farmacológicas como la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética. Como parte de los tratamientos farmacológicos, los antidepresivos orales son la pieza clave, se suscribe tanto para para episodios depresivos moderados a graves, como monoterapia o en combinación con alguna otra estrategia terapéutica (Kennedy et al., 2016). Actualmente, todos los antidepresivos actúan sobre los sistemas de neurotransmisión monoaminérgica (noradrenalina, serotonina, dopamina) (Pérez-Esparza, 2017). Dado que el trastorno depresivo es una enfermedad multifactorial, aún faltan por explorar otros blancos terapéuticos. El sistema de glutamato y GABA, está vinculado con el desarrollo de la depresión, por lo que considerar algún fármaco que actúe a este nivel es relevante. Alrededor de 2 tercios de los pacientes con depresión responderán de manera adecuada de los antidepresivos orales actuales, mientras que el otro tercio se ha demostrado que no se logrará beneficiar (depresión resistente a tratamiento) (Rush, 2006).

Dentro de los tratamientos no farmacológicos, se encuentra la psicoterapia; siendo la cognitivo conductual, interpersonal, y la de activación conductual las de primera línea de tratamiento (Parikh, et al., 2016). Dicho tratamiento puede combinarse con la

farmacoterapia, obteniéndose mejores resultados. Otros tratamientos no farmacológicos se enfocan en terapias de neuroestimulación, e incluyen la estimulación magnética transcraneal repetitiva, estimulación magnética profunda, y la terapia electroconvulsiva como alternativas efectivas y viables, aunque con indicaciones específicas (Milev, et al, 2016). Ningún tratamiento disponible en la actualidad tiene resultados antidepresivos inmediatos. La latencia de respuesta de los antidepresivos orales oscila entre las 2 y las 6 semanas. Una de las grandes limitaciones de este retraso es la imposibilidad de ofrecer una respuesta oportuna ante situaciones urgentes como la presentación de la ideación suicida. Además, la farmacoterapia antidepresiva actual, como cualquier fármaco, tiene la desventaja de poder generar en algunos pacientes efectos secundarios, siendo los más comunes los gastrointestinales, sedación o mareo, disminución del deseo sexual (Kennedy, et al., 2016).

La recuperación de la depresión conduce al bienestar, a un aumento en la productividad del individuo, y el resultado final es la mejoría económica tanto a nivel personal como familiar y social. Se puede concluir que, la inclusión de tratamientos psicosociales es ventajosa desde el punto de vista de la relación costo-efectividad una inversión para mejorar la depresión produce mayores ganancias en ambientes con recursos limitados. En México, se ha probado que este tipo de intervenciones son efectivas al ser impartidas por personal médico en el primer nivel de atención con un breve entrenamiento, por lo que resultan una herramienta prometedora para la política pública costo-efectiva y basada en evidencia local en la materia (Lara-Muñoz et al., 2010).

#### IV. Regulación emocional

*“Una emoción no causa dolor. La resistencia o supresión de una emoción causa dolor”*

**Frederick Dodson**

La literatura contemporánea ha dado mayor importancia al papel positivo de las emociones, cuya función es la adaptación y la adquisición de nuevos aprendizajes. Una emoción permitirá adaptar los pensamientos a las demandas sociales y la toma de decisiones, de manera que una persona esté preparada para responder al ambiente; de este modo, también tienen una función importante en el ámbito social. Algunos autores indican que las emociones también pueden brindar información sobre las intenciones de las personas, dan pistas sobre si algo proporciona seguridad y permite guiar al comportamiento social que deja de lado la idea de enfoques que indican que las emociones son disruptivas y disfuncionales (Gross, 1999).

Las emociones son moduladas por las personas y se ven en la necesidad de modificar su comportamiento para alcanzar metas, adaptarse al contexto o promover el bienestar tanto individual como social (Gross, 1999; Thompson, 1994), este proceso es llamado regulación emocional (RE). En los últimos años ha habido un gran interés en el constructo porque se asocia con el bienestar, la salud física y mental y el desarrollo psicológico.

Para comprender el proceso de la regulación emocional, es esencial comprender que las emociones juegan un papel importante en el funcionamiento humano, como ya se dijo anteriormente, brindan información sobre sí mismos, el entorno y predisponen al ser humano a actuar. Las emociones cumplen un papel funcional y adaptativo que necesita de



la regulación para ayudar a la persona a regresar al estado emocional previo. En ocasiones la adaptación al entorno demanda una modulación de una respuesta emocional cuando ésta es muy intensa. Sin embargo, hablar de regulación emocional no es solo referirse a regular las emociones negativas -enojo, tristeza, rabia, rencor, por mencionar algunas- pero no, también las emociones positivas se deben regular, principalmente cuando alguna de éstas no es adecuada o resulta poco adaptativa, por ejemplo, la regulación de la alegría surge ante alguien que acaba de sufrir una pérdida, o la regulación del entusiasmo cuando la euforia lleva a minimizar en exceso ciertos riesgos presentes en una situación.

Las emociones emergen siempre asociadas a situaciones que resultan ser significativas para la persona, y un elemento central en toda experiencia emocional es la interpretación (o evaluación) que la persona realizará de una situación (Lazarus, 2007). De tal modo, la experiencia emocional está ligada a la relación que las personas desarrollan con el ambiente que los rodea, por lo que la intensidad de la experiencia emocional dependerá en parte de qué tan significativo es el evento que la genera (Gross & Thompson, 2007). Las emociones pueden guiar nuestros comportamientos de diversas maneras y en diversas situaciones. Por ejemplo, las emociones intervienen en situaciones en las que es necesario interpretar las conductas de otras personas, en las que deben tomarse decisiones, o cuando se negocia e interactúa con otros. Sin embargo, las emociones pueden no ser las adecuadas para el contexto en el que surgen, pueden durar mucho tiempo o ser muy intensas. De esta manera, las experiencias emocionales podrían verse como problemáticas y en muchos casos pueden interferir con el rendimiento habitual de las personas. Por esta razón muchas personas tratan de influir o regular sus experiencias emocionales, principalmente las experiencias en las que el afecto negativo está presente y es intenso (Gross & Thompson, 2007).

Debido al papel primordial que juegan las emociones en la salud y en el comportamiento de las personas, y la manera en que estas son reguladas o desreguladas, es una variable que es considerada en el estudio de esta investigación.

#### 4.1 Definición de emoción

Es necesario hacer una distinción entre conceptos como son 'emoción' y 'estado de ánimo' (Larsen, 2000). El estado de ánimo y la emoción se diferencian en varios aspectos, la primera diferencia tiene que ver en cuanto a duración e intensidad, los *estados de ánimo* suelen durar horas e incluso días, y pueden ser de intensidad leve a moderada, mientras que las *emociones* suelen ser más fugaces, se presentan de forma más discreta e intensa y con más componentes vegetativos implicados. La segunda diferencia es con respecto al curso que siguen, la *emoción* tiene un inicio y un descenso final, con un pico o meseta entre ellos, mientras que el *estado de ánimo* se desarrolla gradualmente siendo difícil definir cuándo comienza y cuando termina. La *emoción* suele tener una causa definible y un objeto de referencia mientras que el *estado de ánimo* puede aparecerse en un referente claro o sin estar asociado a ningún objeto o acontecimiento claramente tangible. Otra diferencia es el tipo de información que ambos muestran, las emociones proporcionan información acerca del entorno, si un objeto es recompensante o amenazante, de las demandas que percibimos, de los retos que plantean ciertas situaciones o incluso las respuestas que se exigen a los demás; los estados de ánimo por el contrario informan sobre el estado interno, sobre los propios recursos de los que disponemos, sobre si algo va bien o mal en nuestro sistema. Es importante mencionar que muchas de estas diferencias son de grado y por lo tanto los límites entre ambos conceptos suelen ser algo difusos. Aún en la literatura es difícil trazar una línea que separe los estudios relativos a la regulación emocional frente a los centrados en la regulación del estado de ánimo (Hervás & Vázquez, 2006).

Entre los teóricos que estudian las emociones existe un debate que se centra en si es la respuesta afectiva o los elementos cognitivos los que generan la emoción. Zajonc (1980) argumentaba que la exposición inicial a un evento daba lugar a una respuesta afectiva positiva o negativa, y que el procesamiento cognitivo o valorativo ocurría de manera subsecuente y estaba sesgada por la respuesta afectiva inicial. Lazarus (1982) criticó el

argumento de Zajonc y planteó que la interpretación del elemento daba lugar a la respuesta afectiva (y a la existencia de la emoción).

En la actualidad se acepta que los elementos cognitivos y afectivos de la emoción son inseparables; sin embargo, por motivos pragmáticos todavía se desarrollan teorías que consideran que un elemento (afecto o valoración) antecede a otro. De esta manera se distinguen dos posturas básicas de la emoción: las valorativas y las asociacionistas.

Una postura valorativa asume que la interpretación de los eventos es necesaria para la aparición de la emoción y que existen emociones discretas que pueden identificarse fácilmente por su valoración distintiva. Para estas teorías, la interpretación del evento es el elemento que mejor distingue una emoción de otra (Lazarus, 1991) (Ver tabla 7).

**Tabla 7**

*Elementos valorativos de las emociones básicas*

<b>Emoción básica</b>	<b>Valoración</b>
Felicidad	Haber progresado hacia la consecución de una meta o valor
Tristeza	Pérdida o fracaso en lograr un valor u objetivo
Ansiedad	Existencia de una amenaza incierta hacia los valores o metas
Miedo	Enfrentar un peligro concreto e inmediato hacia valores o metas
Enojo	Frustración (factual o probable) de una meta u objetivo o valor
Disgusto	Estar cerca de un objeto repulsivo para los propios valores o metas.

Nota: Obtenido de Reyes & Tena (2016).

En estos modelos, se considera que las emociones están reguladas, lo que da parte a que existe un sistema de regulación emocional que funciona como mediador entre la información que el individuo recibe con lo que percibe. Entonces, no solo existe evidencia de la ocurrencia de una emoción sino de un proceso voluntario que realiza la persona que lleva a dar una dirección a la emoción, entendido como regulación emocional.

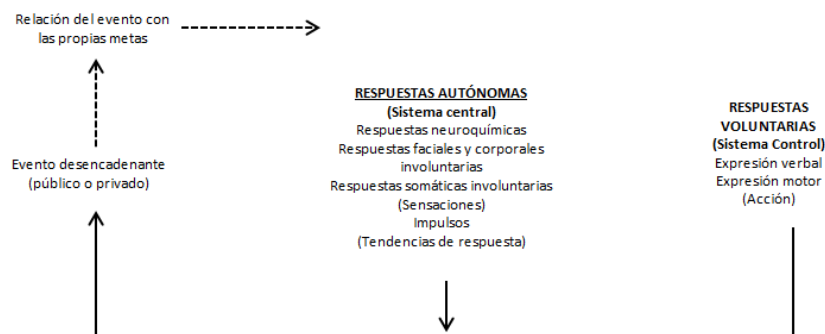
#### 4.2 Definición de Regulación Emocional

Los estudios han indicado que las emociones están reguladas por dos sistemas distintos pero comunicados en forma parcial, estos son el sistema central y el sistema de control (Gross & Muñoz, 1995). El *sistema central* es irreflexivo, busca información psicológica relevante del ambiente y la compara con las metas del individuo, de acuerdo con el resultado se configura en un estilo cognitivo que dificulta correr otros procesos que le interrumpan. El *sistema de control* es reflexivo y actúa para modificar el ambiente (según convenga a las metas del individuo) o regular la respuesta del sistema central (Levenson, 1999), es más sensible al aprendizaje que a dicho sistema (Gross, 1998) y es el blanco de intervención de las psicoterapias basadas en estos modelos (Persons, 2008). Los sistemas central y control en conjunto, conforman la emoción. La figura 1 representa en forma gráfica la actividad de estos sistemas.

Las estrategias recomendadas para regular las emociones discretas incluyen la prevención de su activación (Persons, 2008), la inducción de emociones incompatibles, las estrategias de revaloración cognitiva, tolerancia al malestar y regulación fisiológica, todas estas estrategias son parte del proceso de regulación emocional. Más adelante se hablará a detalle sobre las estrategias de regulación emocional.

## Figura 4

### *Sistema de control de la emoción*



En la Figura 4 se ilustra una secuencia donde un evento (externo o interno) es valorado y precipita una respuesta emocional. Las respuestas psicofisiológicas autónomas (por ejemplo, cambios en el comportamiento neuroquímico, cardiovascular, entre otros) corresponden a la actividad del sistema central. Las conductas públicas (motoras finas y gruesas, verbales y galvánicas) ilustran la actividad del sistema control. Esta emoción tiene consecuencias inmediatas que refuerzan la actividad del sistema control, y demoradas (como agotamiento, dificultades interpersonales) entre otras, que pueden derivar en una emoción secundaria.

El mecanismo de cambio propuesto es el entrenamiento del sistema control a partir de la repetición de respuestas alternativas. Se asume que estas estrategias ayudan a las personas a lidiar con experiencias emocionales intensas. El sistema de control involucra aspectos que están relacionados a la regulación de las emociones.

La regulación de la emoción implica una modificación de la experiencia emocional a partir de la práctica consciente del control de ciertos elementos relacionados con la

experiencia emocional (Gross & Thompson, 2007). Sin embargo, la falta de regulación emocional puede traer diversas consecuencias negativas, una puede ser el no poder seleccionar qué es lo relevante en una situación, o no poder percatarse del funcionamiento de otros procesos de autorregulación, otro problema se presenta cuando el cambio en la respuesta emocional no es el deseado, o tiene costos muy altos a largo plazo (disminuye la capacidad de trabajar o de tener relaciones interpersonales significativas), cuando las emociones por regular son muy intensas o cuando el cambio deseado no es duradero.

La regulación emocional ha sido definida como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuando las tenemos y cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999), por un lado, y por otro, cuando la definición resalta los procesos que sigue, se define como “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras acciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson, 1994).

De acuerdo con Hervás y Vázquez (2006) estas definiciones no diferencian de forma clara cuando el proceso es adaptativo y cuando por el contrario se vuelve disfuncional, ya que problemáticas como el consumo de alcohol u otras sustancias o conductas autolesivas son consideradas estrategias disfuncionales de regulación. Por otra parte, algunos autores sí diferencian lo que puede ser el control emocional desadaptativo (evitación, supresión, o represión emocional), de una regulación emocional adaptativa (Gross, 1999). Por tanto, aunque en general se hace referencia a la regulación emocional como un proceso adaptativo, hay que recordar que los intentos por modificar nuestros estados emocionales pueden ser efectivos y adaptativos, pero también ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes.

### **4.3 Modelos de regulación afectiva**

A continuación, se presentan algunos de los modelos como marco de investigación sobre regulación tanto emocional como del estado de ánimo (Hervás & Vázquez, 2006).

## A) Modelo De Gross

Gross menciona que la regulación emocional se centra por un lado en los antecedentes de la emoción y por otro una regulación centrada en la respuesta emocional (Gross, 1999). De esta forma, en cuanto a la regulación centrada en los antecedentes, el modelo postula varias fases en donde se pueden presentar varias alternativas a través de las cuales la persona puede elegir o modificar diversos elementos en función de sus necesidades de regulación emocional, cada persona puede modular el hecho de exponerse a ciertas situaciones y no a otras. La teoría de selectividad socioemocional (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999, como se cita en Hervás & Vázquez, 2006) propone que las personas conforme van envejeciendo son cada vez más selectivos en cuanto a sus actividades y sus relaciones, esto les permite proteger y maximizar su bienestar emocional, y una vez dentro de cada situación, la persona puede intentar cambiarla en una dirección u otra, es decir, la situación se puede configurar en parte por la acción u omisión de la persona. Con relación a los rasgos de personalidad sucede algo similar, por ejemplo, las personas extrovertidas tienden a crear entornos más reforzantes, y una vez que la situación se ha configurado, se modula la atención a unos elementos y no a otros de dicha situación, con el objetivo de regular la respuesta emocional posterior. Y, por último, tomando en consideración esos elementos que han sido atendidos se pueden extraer unos significados y no otros de la situación en su conjunto, teniendo ciertos significados un mayor impacto que otros en el estado emocional consecuente.

Referente a la regulación de la respuesta emocional, Gross sugiere diversas estrategias según se actúe sobre cada uno de los componentes de la emoción. Así, se puede intentar influir sobre la experiencia emocional, la expresión o la activación fisiológica. La supresión de la expresión emocional ha sido la más estudiada, sobre todo, de forma contrapuesta a la reevaluación cognitiva.

## B) El Modelo Cibernético De Larsen De Regulación Del Estado De Ánimo

Las conductas de regulación se pueden considerar conductas de autocontrol, y regular estados de ánimo implica la activación de ciertos mecanismos de control, en consecuencia, su funcionamiento se podría explicar siguiendo un modelo general de autorregulación (Carver & Scheier, 1998, como se cita en Hervás & Vázquez, 2006). El modelo que plantea Larsen (2000) es una aplicación del modelo general de control cibernético, incluye un estado de ánimo de referencia al que se desea llegar, y funciona guiado por la reducción de discrepancia entre el estado de ánimo actual y dicho estado de ánimo deseado. El proceso se activa cuando el comparador detecta alguna diferencia entre el estado deseado y el percibido. Con el objetivo de reducir la discrepancia creada (*feedback* negativo), se activan uno o varios mecanismos de regulación emocional, dirigidos hacia el exterior (resolución de problemas, cambio de actividad, o hacia el interior (distracción, comparación social). Aunque alguno de los mecanismos en juego puede actuar de forma automática -por ejemplo, la reacción afectiva ante ciertos estímulos- en general se plantea como un modelo de autorregulación basado en procesos controlados. Por último, una de las características más relevantes de este modelo es que considera explícitamente que las diferencias individuales que afectan a cada uno de los elementos del modelo pueden contribuir de diversas formas al éxito o al fracaso en los procesos de regulación. De este modo, se propone la existencia de diferencias individuales en la atención selectiva a estímulos del entorno, la reactividad temperamental, el tipo de estrategias de regulación puestas en marcha, la capacidad perceptiva acerca del propio estado, o las creencias o deseos en cuanto al estado afectivo óptimo de referencia (Larsen, 2000), de forma que diversas variables podrían afectar al proceso en distintos momentos del proceso de regulación.

### C) El Modelo Homeostático De Forgas

El modelo de Forgas propone que la regulación del estado de ánimo funciona a partir de un proceso homeostático, es decir, el estado de ánimo puede oscilar alrededor de un punto, activándose mecanismos de regulación cuando dicho estado de ánimo se aleja



significativamente del mismo (Bower & Forgas, 2000; como se citaron en Hervás & Vázquez, 2006). Hasta aquí no se aleja apenas del modelo de Larsen (2000). Sin embargo, lo importante de su propuesta es que explícitamente considera que el estado de ánimo es regulado a través de procesos automáticos o espontáneos (Bower & Forgas, 2000). En este mismo sentido, algunos autores plantean también de procesos de regulación emocional inconscientes (Gross, 1999; Mayer & Stevens, 1994; Morris & Reilly, 1987; Parrot, 1993; como se citaron en Hervás & Vázquez, 2006), y de su importancia para comprender los fenómenos involucrados en la desregulación del estado de ánimo.

El modelo de regulación espontánea del estado de ánimo propuesto por Forgas (2000) es resultado de un modelo previo elaborado por el mismo autor para dar cuenta del efecto que estados de ánimo positivos y negativos ejercen sobre los procesos cognitivos y sociales (Forgas, 2000). A este modelo se le llamó Modelo de la Infusión del Afecto (Forgas, 1995), el cual plantea que tareas que requieren un procesamiento abierto y constructivo son más vulnerables a los efectos del estado de ánimo. Al tipo de procesamiento que está influido por el estado de ánimo lo denominó procesamiento ordinario (*substantive processing*). Sin embargo, para Forgas hay otro tipo de procesamiento, el procesamiento motivado, cuya característica principal es un procesamiento incongruente con el estado de ánimo de ese momento, y que tiene como misión contrarrestarlo. Estos autores han sugerido que estos procesos se activan de forma espontánea, como una forma de regulación automatizada (Forgas & Ciarrochi, 2002; Seidikes, 1994; como se citaron en Hervás & Vázquez, 2006), de manera que se podría considerar que ambos procesamientos se complementan e intercambian de forma rutinaria según las condiciones y necesidades de cada momento (Forgas, 2000).

#### d) Modelo de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social

El modelo de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social (Erber, Wegner, & Therriault, 1996) plantea que la regulación del estado de ánimo –positivo o

negativo— se activaría con objeto de adaptarlo a la situación social de cada momento. Varias investigaciones han mostrado diferencias en la regulación del estado de ánimo tanto positivo como negativo cuando se va conocer un extraño vs a encontrarnos con la pareja. Lo que los autores buscan resaltar es que las personas no sólo regulan sus estados de ánimo por una motivación hedonista, y una vez se ha superado un umbral, sino que ciertas situaciones sociales pueden indicarnos que es más apropiado regular estados de ánimo positivos, a veces simplemente mediante su expresión y compartirlos con otros. Aunque se han dado otras explicaciones de por qué las personas podemos en algunas situaciones regular estados de ánimo positivos, ésta es una de las primeras pruebas empíricas de una de estas razones. Por último, otra de las implicaciones que se puede derivar de este modelo es que los estados de ánimo deseados de referencia pueden no ser realmente estables, al contrario, podrían estar sometidos a fluctuaciones como producto del contexto social como propone este modelo. Ya algunos autores han planteado la importancia de identificar en qué contextos sociales o ante qué tipo de situaciones el estado de ánimo deseado de referencia se puede elevar haciéndose aún más positivo de lo habitual, ya que esto podría ser una de las claves para la difícil tarea de elevar los niveles de felicidad de los grupos y las personas (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005).

De acuerdo con los diferentes modelos presentados, podemos entender que entonces, la regulación emocional es principalmente aprendida (Gross, 2008) y el control sobre la influencia de los pensamientos o de las funciones ejecutivas del *self* (Masicampo & Baumeister, 2007) resultan decisivas para alcanzar una regulación emocional saludable. En este sentido, existen aportaciones que han demostrado que la regulación emocional a través de las cogniciones está inherentemente asociada a la vida humana y que ayuda a las personas a mantener el control sobre sus emociones tanto antes, como durante y después de experimentar un suceso estresante. Pero, entonces, se requiere de un despliegue de estrategias que permitan llevar a cabo ese proceso de regulación, las cuales permitirán que

la persona realice ese balance de la experiencia emocional con el objetivo de mantener la homeostasis de su organismo. De estas estrategias se habla a continuación.

#### **4.4 Estrategias de regulación emocional**

Gross y John (2006) reconocen la existencia de estrategias conscientes e inconscientes implicadas en reducir, mantener o aumentar tanto emociones positivas como negativas. Se han propuesto variadas formas de clasificar y agrupar las estrategias de regulación emocional. Dentro de las conscientes, estas pueden estar centradas en las situaciones generadoras de emoción, en la atención o evaluación cognitiva de los estímulos y en las respuestas emocionales fisiológicas o comportamentales. Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) dentro de las estrategias conscientes, se focalizan específicamente en las relacionadas con las evaluaciones cognitivas, las denominadas estrategias cognitivas de regulación emocional, que se refieren a los pensamientos o las cogniciones que se despliegan para modularlas. Particularmente en los últimos años, las estrategias cognitivas de regulación emocional han cobrado especial relevancia teórica debido a que constituyen factores importantes en la explicación de la sintomatología clínica (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2002 como se citaron en Mateo, 2109).

Algunas de las estrategias cognitivas de regulación emocional son (Garnefski et al., 2001) la autoculpabilización refiere a culparse a uno mismo por lo que se ha atravesado; la rumiación se refiere a pensar sobre los sentimientos o los mismos pensamientos asociados con el evento negativo; la catastrofización implica enfatizar en la gravedad de los hechos; la culpabilización de otros refiere a atribuir la culpa de la situación a los demás; la aceptación es reconocer y aceptar la realidad de lo que se ha experimentado; la refocalización positiva implica enfocarse en pensamientos alegres y positivos en vez de pensar sobre el tema que despierta emociones negativas; la planificación es adelantarse respecto de qué pasos tomar y cómo manejar el evento negativo (a pesar de que no implica necesariamente que este plan sea ejecutado); la reevaluación positiva es darle un sentido positivo a la experiencia

atravesada y la toma de perspectiva refiere a relativizar la gravedad de la situación al compararla con otros eventos.

En función de las asociaciones encontradas con variables clínicas (ansiedad y depresión), las estrategias cognitivas de regulación emocional se han agrupado en adaptativas y no adaptativas (Garnefski & Kraaij, 2016). Dentro de las primeras adaptativas se encuentran la aceptación, la refocalización positiva, la planificación, la reevaluación positiva y la toma de perspectiva. Entre las desadaptativas, se encuentran la autoculpabilización, la rumiación, la catastrofización y culpabilización de otros. Garnefski y Kraaij (2007) hallaron que las estrategias de autoculpabilización, rumiación, catastrofización y reevaluación positiva presentaron relaciones con niveles sintomáticos de depresión y ansiedad. D'acremont y Linden (2007) encontraron relaciones entre el uso de estrategias cognitivas no adaptativas y la presencia de depresión e impulsividad, y entre el uso de estrategias adaptativas y la ausencia de este tipo de sintomatología.

Para explicar cómo las personas pueden regular sus experiencias emocionales, Gross y John (2003) han evaluado el proceso de surgimiento de la respuesta emocional, y han planteado que las emociones surgen a partir de una valoración que hace la persona de ciertos elementos que a su vez originan diferentes tendencias de acción o respuestas específicas y que el desenvolvimiento de una emoción puede explicarse a partir de cuatro pasos que conforman un proceso:

1. Situación relevante: la cual puede ser externa (eventos o exigencias ambientales) o interna (representaciones mentales).
2. Atención: en donde se da una selección de elementos más significativos de una situación.
3. Evaluación: la que depende de la relevancia de la situación.

4. Respuesta emocional: la que por efectos de la retroalimentación modifica la situación relevante.

A partir de estos pasos, estos autores plantearon que la regulación de la emoción se puede dar en las diversas partes de este proceso y mencionaron que en la regulación de la emoción intervienen dos grandes elementos: la reevaluación cognitiva y la supresión. La reevaluación cognitiva es una estrategia de regulación de la emoción que consiste en modificar el proceso del surgimiento de la emoción para lograr cambios en el impacto que la emoción tendrá en el individuo. Esta estrategia puede darse en diferentes momentos en el proceso de surgimiento de la emoción. Concretamente, una de estas estrategias (reevaluación cognitiva) se concentra en los procesos antecedentes de la respuesta emocional y, por tanto, ocurre antes de que las tendencias de acción hayan generado una respuesta emocional (Gross, 1998; Gross & John, 2003; Gross & Thompson, 2007). La supresión es una estrategia que modula la respuesta del individuo, ya que inhibe la expresión de la respuesta emocional (Gross & John, 2003) y, por lo tanto, modifica el aspecto comportamental de las tendencias de acción, cambiando así el modo de expresión de respuesta emocional; sin embargo, no modifica la naturaleza de la emoción; por ejemplo, no modifica la naturaleza de una emoción negativa (Gross & John, 2003; Gross & Thompson, 2007).

Existen entonces dos grandes estrategias que pueden utilizarse para cambiar o modular la experiencia emocional y van de la mano con los diversos elementos observados en el proceso de desenvolvimiento emocional. Así, Gross y John (2003) desarrollaron un modelo que explica que la autorregulación emocional puede darse de diversas maneras y en cuatro momentos diferentes (Ver Figura 5):

1. Selección o modificación de la situación: el objetivo es evitar o modificar la situación que podría causar una experiencia emocional negativa.

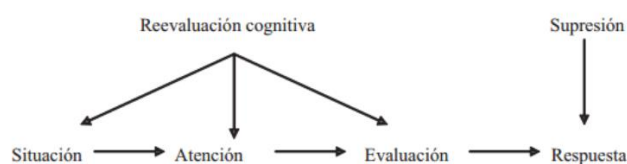
2. Modificación de la atención: el objetivo es enfocar la atención en alguna actividad que cambie nuestro estado emocional, lo que puede incluir conductas como cerrar los ojos, etc.

3. Modificación de la evaluación: cambiando la interpretación de la situación o de otros elementos.

4. Supresión de la expresividad: como una forma de modular la respuesta emocional.

### Figura 5

*Modelo de autorregulación de la emoción*



*Nota.* Modelo propuesto por Gross y John (2003).

Las investigaciones realizadas al respecto han demostrado que el uso de estas estrategias tiene diferentes consecuencias para las personas. Por ejemplo, se ha encontrado que la supresión de la experiencia emocional aumenta la actividad fisiológica y tiene efectos negativos en la memoria (Gross, 1998) mientras que esta estrategia también ha sido relacionada positivamente con el afecto negativo y la depresión, y ha correlacionado negativamente con el afecto positivo, el optimismo, el bienestar y el soporte social (Gross & John, 2003). Por otro lado, el uso de la reevaluación cognitiva reduce eficientemente el estrés, lo que no sucede con la supresión (Gross, 1998). Además, la reevaluación cognitiva ha correlacionado positivamente con el afecto positivo, vitalidad, optimismo, crecimiento personal, propósito en la vida, y lo ha hecho negativamente con el afecto negativo y la depresión (Gross & John, 2003).

De acuerdo con lo planteado, las estrategias de regulación emocional buscan el equilibrio entre dos extremos, por un lado, podría decirse que se busca el autocontrol emocional y por otro lado está la desregulación emocional, sin embargo, ambos polos siguen mostrando relación, de modo que un excesivo autocontrol emocional aparece asociado a elevados niveles de ansiedad, reactividad emocional y depresión entre otros resultados (Taylor et al., 1997, como se cita en Hervás & Vázquez, 2006). Cada suceso o experiencia puede alterar el estado de ánimo habitual, y casi de manera automática las personas activan estrategias de regulación como “respirar hondo”, recordar aspectos positivos de una situación, o buscar con quien hablar. Todas estas acciones van dirigidas a modificar un estado emocional y son consideradas estrategias de regulación emocional (Hervás & Vázquez, 2006).

Con relación a estudios de investigación realizados para conocer la eficacia de las diferentes estrategias de regulación, la mayoría han usado como método el autoinforme, y han reportado que el ejercicio es considerado como un buen regulador del estado de ánimo -sobre todo por aquellos que tienen más hábito y también entre aquellos que puntúan más alto en el rasgo neuroticismo-, o que las actividades sociales suelen ser las más valoradas subjetivamente en cuanto a su efectividad (Hernangómez & Vázquez, en prensa).

Algunos pocos estudios han usado metodología experimental, aportando información importante sobre la utilidad diferencial entre dos estrategias para regular el afecto generado por un acontecimiento negativo: la estrategia de distracción y el procesamiento emocional, aunque puede ser contradictorio (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993) ambas estrategias pueden ser útiles y necesarias, según las circunstancias o el tipo de acontecimiento activador. En este mismo sentido, investigaciones provenientes de otro ámbito, aunque de interés para el tema que nos ocupa, han reevaluado la efectividad del afrontamiento centrado en la emoción. Aunque estudios previos sugerían un efecto negativo del afrontamiento centrado en la emoción, estos autores han mostrado que ese efecto era debido a un problema metodológico de medida y, a través de diversas metodologías, han

estudiado el papel beneficioso que puede tener un adecuado procesamiento y expresión emocional. Aunque como estos autores mismos reconocen la diferenciación entre procesamiento emocional y rumiación está aún por ser adecuadamente delineada, su aportación es importante ya que apoya una mayor investigación sobre el debate acerca de la efectividad de ambos tipos de respuestas. Otra excepción lo constituyen las investigaciones centradas en la comparación de dos estrategias de regulación emocional: la estrategia de supresión centrada en los consecuentes, frente a la estrategia de reevaluación cognitiva centrada en los antecedentes. En este sentido, los resultados han sido claros en cuanto a la mayor eficacia y correlatos positivos de la estrategia de reevaluación cognitiva (Gross, 2002; Gross & John, 2003). La supresión no reduce realmente la experiencia emocional subjetiva, y además está asociada un aumento de la activación fisiológica y a una reducción en la capacidad de memoria (Gross, 2002). Por el contrario, la reevaluación cognitiva reduce la experiencia y la expresión emocional, y hasta el momento no han sido descubiertos efectos secundarios negativos (Gross, 2002).

Por otro lado, en la tarea de evaluar la eficacia también puede ser muy útil estudiar ciertos elementos comunes a diferentes estrategias de regulación. Por ejemplo, diferentes estrategias de regulación tienen el elemento común de generar emociones positivas. El papel de las emociones positivas en los procesos de regulación afectiva de estados emocionales negativos ha comenzado a ser estudiado sólo recientemente. Aunque no ha sido comparada con otras estrategias de regulación por el momento, es de destacar un estudio en el cual se demostró que las emociones positivas pueden actuar reduciendo el componente fisiológico de la emoción, y favoreciendo la elaboración de interpretaciones y significados más positivos. Los investigadores han propuesto que en el futuro sería de gran importancia continuar y profundizar aún más en el estudio de la eficacia de unas estrategias de regulación frente a otras y a través de distintas situaciones y emociones involucradas, pero principalmente resaltan la importancia de hacer uso de experimentos de laboratorio



para comprobar dicha efectividad. Por otro lado, priorizar la evaluación de los procesos resultantes de las diferentes estrategias de regulación.

#### **4.5 Desregulación afectiva o Desregulación emocional**

La desregulación afectiva es vista como la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos (Hervás & Vázquez, 2003). Hervás y Vázquez (2003) plantean que la activación de estrategias de regulación no necesariamente se conduce a la regulación de un estado de ánimo negativo, y que esta definición distingue dos vías para la desregulación anímica: la primera hace referencia a la ausencia o retardo en la regulación, que implicaría un déficit en la activación de estrategias de regulación, y la segunda a las dificultades en la regulación, que se refieren concretamente a los problemas para modular un estado de ánimo aun poniendo en funcionamiento estrategias de regulación, es decir, es necesario distinguir tres conceptos relacionados pero claramente diferenciables: la regulación afectiva adaptativa, la regulación afectiva desadaptativa, y por último, la desregulación afectiva.

Además de realizar esta distinción, plantean que existen conceptos estrechamente relacionados a la regulación del estado de ánimo y estos son el estrés y los estilos de afrontamiento estudiados por Folkman y Lazarus (1986) (específicamente el afrontamiento centrado en la emoción) que podrían parecerse pero son diferenciables; una de las razones que presentan es porque la investigación sobre afrontamiento ha ido asociada al estudio del efecto de los acontecimientos vitales estresantes, mientras que la regulación afectiva no pone el énfasis en los acontecimientos vitales, sino en las variaciones que sufre el estado de ánimo o el estado emocional independientemente de cuál sea su origen. El estado de ánimo por definición generalmente no tiene un origen externo claro y definitivo, por lo que su objeto de estudio se alejaría aún más del planteado en los trabajos sobre estrés y afrontamiento. La segunda razón es porque el estudio de los procesos de regulación es mucho más focalizado y, por tanto, facilita un análisis a un nivel más molecular, y en

situaciones más controladas. Estas variables pueden compartir ciertos elementos, pero cada una cuenta con su propio centro de interés.

Aunque algunas investigaciones se refieren a la regulación emocional en general, la mayoría de los estudios recopilados hacen referencia específicamente a la regulación del estado de ánimo. En algunos de estos estudios se operativizó la regulación del estado de ánimo como la aparición de un recuerdo autobiográfico incongruente con el estado de ánimo (recuerdos positivos ante estados de ánimo negativos), lo que suele ser etiquetado como regulación cognitiva del estado de ánimo. Este punto es importante ya que en la investigación clínica los sesgos cognitivos suelen considerarse como un signo de la presencia de unos esquemas cognitivos determinados, mientras que, por el contrario, en esta área se conciben como un signo de desregulación emocional. En estudios posteriores, se han adoptado otras formas de evaluar la regulación. Además de evaluaciones a través de autoinforme, se han incluido, por ejemplo, medidas acerca de la accesibilidad de fortalezas y debilidades tras un fracaso las metas relacionadas con la regulación anímica tras un acontecimiento negativo (Heimpel, Wood, Marshall & Brown, 2002), o la elección de un cierto tipo de actividades elevadoras del estado de ánimo tras una inducción negativa del mismo (Heimpel et al., 2002).

#### **4.6 Variables moderadoras en los procesos de regulación emocional**

El estudio de la regulación emocional también ha realizado investigación en torno a las variables que pueden tener influencia el funcionamiento de los procesos de regulación. Es importante mencionar que sólo conociendo los precursores y moduladores de las repuestas de regulación emocional se podrá comprender su funcionamiento, y aún más interesante aterrizarlos en la práctica para el ámbito clínico, de modo que la teoría permita desarrollar métodos de intervención adecuados que brinden estrategias a las personas para el cuidado de su salud mental.

Se ha dicho que disponer de un repertorio de distintas estrategias es necesario para usarlas, pero eso no determina que sean usadas o no, el efecto será distinto en cada persona (Hernangómez & Vázquez, en prensa).

En cuanto a la atención que la persona presta el estado emocional cuando es consciente de su estado de ánimo, parece ser que tanto una excesiva como una reducida atención pueden ser negativas. McFarland y Buehler (1998) mostraron que aquellas personas con una tendencia natural a atender a su propio estado de ánimo mostraban mayor capacidad regulatoria (McFarland & Buehler, 1998). Por otra parte, un exceso de atención hacia los propios estados emocionales, o quizá más en general, hacia uno mismo, puede llegar ser muy negativo, sobre todo, cuando esto sucede dentro de un contexto de malestar o disforia. Así lo demuestran los estudios realizados sobre los procesos de autofocalización y los estilos rumiativos (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Sin embargo, dentro de la atención hacia uno mismo y sus afectos es importante diferenciar un estilo de reflexión que puede favorecer el procesamiento emocional y que es adaptativo, de un estilo rumiativo que es depresógeno (en el siguiente capítulo se hablará a detalle sobre los sesgos cognitivos).

La capacidad para diferenciar los diferentes estados afectivos se ha visto relacionada con la utilización y eficacia de los procesos de regulación. La capacidad de ser consciente e identificar las emociones propias y ajenas está relacionado con una mayor capacidad para evitar los sesgos cognitivos producto de un estado emocional (Ciarrochi, Caputi & Mayer, 2003). Personas con mayor capacidad de diferenciación muestran una mayor utilización de estrategias de regulación emocional ante estados de ánimo negativos (Barrett, Gross, Christensen & Benvenuto, 2001). Varios estudios han mostrado que la claridad emocional aparece asociada a la tendencia a desarrollar respuestas rumiativas ante un acontecimiento negativo. Otros autores han interpretado estos resultados de una forma complementaria. En concreto, atribuyen la falta de claridad emocional no sólo a un déficit de habilidades sino a una tendencia a presentar reacciones afectivamente complejas, esto es, involucrando un gran número de emociones. En este sentido, Hervás, Hernangómez y Vázquez (2004) han

mostrado una asociación importante entre la tendencia a experimentar estados emocionales complejos y mayores dificultades para la regulación, por una parte, así como una mayor tendencia a la rumiación. En cualquier caso, en conjunto parece que una baja claridad o diferenciación en los estados afectivos podría influir reduciendo tanto la tendencia a poner en marcha estrategias de regulación, así como la efectividad de estas.

Las conductas de regulación, como cualquier otra conducta, están sometidas a ciertos principios motivacionales. De hecho, algunos autores afirman que las estrategias de regulación emocional pueden ser más usadas por unas personas que por otras en función de ciertos factores con implicaciones motivacionales como son las expectativas (Parrot, 1993; Smith & Petty, 1995). En este sentido, la teoría de valor-expectativa (Rotter, 1982) postula que la motivación hacia una conducta depende del valor o incentivo del resultado, así como de las expectativas de que nuestras conductas nos permitan tener acceso a dicho incentivo. Basándose en estas teorías motivacionales, Catanzaro y Mearns (1990) plantearon que altas expectativas de regulación favorecen un afrontamiento más activo. Además, parece que unas expectativas de regulación reducidas pueden tener como consecuencia una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos futuros, sobre todo en interacción con una situación estresante (Brashares & Catanzaro, 1994; Catanzaro et al., 2000).

Otra variable asociada ha sido el estilo de apego como uno de los factores que influyen en el desarrollo de la regulación afectiva. La interacción entre el estilo de los cuidadores y el temperamento del infante va forjando por una parte el estilo de apego de este, y por otra, su capacidad para regular el afecto negativo (Fox & Calkins, 2003). Varias investigaciones confluyen en destacar que uno de los subtipos de apego inseguro –subtipo ansioso- presentaría dificultades en los procesos de regulación afectiva. Por ejemplo, se ha encontrado que los sujetos con apego inseguro de tipo ansioso, pero no los del tipo evitante, muestran una mayor tendencia a recordar información negativa y realizaron atribuciones más depresivas (globales y estables) tras ser inducidos a una inducción negativa del estado de ánimo (Pereg & Milikuncer, 2004). Sin embargo, los sujetos con apego seguro

mostraron un patrón incongruente, es decir, ante un estado de ánimo negativo recordaron más elementos positivos y realizaron atribuciones autoprotectoras con mayor frecuencia que cuando su ánimo era neutro (Pereg & Milikuncer, 2004). Esto parece estar indicando una activación en los mecanismos de regulación afectiva de los sujetos con un estilo de apego seguro cuando se enfrentan a estados de ánimo negativos. En la misma línea, otro estudio también ha mostrado que aquellos adolescentes con apego de tipo ansioso mostraban menores expectativas de regulación que sus compañeros de apego seguro y de apego inseguro de tipo evitante (Creasey & Ladd, 2004). En esta línea, se podría deducir que la dificultad de estos adolescentes para regular estados afectivos negativos podría derivar en el uso de estrategias de regulación desadaptativas como el consumo de alcohol. Curiosamente, se ha observado entre sujetos algo más mayores (media=18 años) una relación significativa entre el tipo de apego ansioso y una tendencia a usar el alcohol como forma de afrontar estados de ánimo negativos, lo cual parece llevarlos en último término a presentar más problemas con el consumo de esta sustancia (McNally et al., 2003). Ahora bien, faltaría por conocer el mecanismo por el cual se da esta relación entre el tipo de apego y las dificultades en la regulación. En este sentido, se han encontrado relaciones significativas entre la inseguridad del apego y otros procesos que ya hemos comentado que pueden estar relacionados con una adecuada regulación afectiva. Por ejemplo, se ha hallado una asociación entre un estilo de apego inseguro y una mayor dificultad para identificar y describir emociones (Hexel, 2003). De este modo, aunque sería tremendamente reduccionista afirmar que las diferencias individuales en la regulación anímica pueden estar basadas exclusivamente en el estilo de apego, lo que sí puede suceder es que éste puede ser uno de los factores que desde la infancia hasta la adultez pueden influir en el establecimiento de una capacidad adecuada para regular el afecto negativo.

La autoestima es otra de las variables que de forma consistente aparece como moduladora de la aparición de estrategias cognitivas de regulación emocional. Los resultados experimentales han mostrado que, ante un estado de ánimo negativo aquellas con

alta autoestima manifiestan un mayor recuerdo autobiográfico positivo (Smith y Petty, 1995; Setliff & Marmurek, 2002), sus respuestas ante un estímulo desestructurado son positivas en mayor proporción recuerdan una mayor cantidad de ítems positivos de una lista previa tras un proceso de inducción de estado de ánimo negativo, y por último, muestran más cogniciones positivas y/o constructivas tras un fracaso (Sanna, Turley-Ames & Meier, 1999; Dodgson & Wood, 1998) que las personas de baja autoestima. De mayor interés aún, se ha realizado un valioso intento de evaluar la motivación para la mejora del estado de ánimo en personas con alta y baja autoestima. Heimpel y cols. (2002) encontraron que, frente a las personas de baja autoestima, aquellas con alta autoestima muestran un mayor número de metas relacionadas con la regulación del estado de ánimo tras un acontecimiento negativo y eligen en menor proporción vídeos alegres tras haber sido inducidos con un estado de ánimo negativo. De forma adicional, se ha demostrado que la utilización de estas estrategias cognitivas produce una mejora en el estado de ánimo (Heimpel et al., 2002; Sanna et al., 1999); por tanto, estos resultados avalan con cierto peso la existencia de estrategias cognitivas de regulación emocional y las diferencias individuales que intervienen en su puesta en marcha. Es así que los estudios plantean que las personas de baja autoestima regulan peor los estados de ánimo negativos que sufren, y además, hay evidencia de que esto es debido, al menos en parte, a factores motivacionales.

Se ha dicho que hay rasgos de personalidad que pueden estar relacionados con la susceptibilidad a experimentar diferentes emociones y estados de ánimo. La propuesta con más apoyo propone que dos rasgos, la extraversión y el neuroticismo podrían estar modulando dicha susceptibilidad. Las personas extravertidas experimentan más a menudo emociones positivas y son más reactivos a estímulos positivos que las personas introvertidas, y las personas que puntúan alto en la variable neuroticismo experimentan con mayor frecuencia emociones negativas y son más reactivos a estímulos negativos (Rusting & Larsen, 1998). El neuroticismo ha sido capaz de predecir la reacción emocional ante problemas diarios, y aún más interesante, algunos datos apuntan a que las reacciones

negativas duran más tiempo en estos sujetos (Hemenover, 2003; Suls, Green & Hills, 1998), mostrando, al menos aparentemente, síntomas de desregulación emocional. De hecho, la variable neuroticismo se ha mostrado en varios estudios precursora de las respuestas rumiativas (Nolan, Roberts & Gotlib, 1998; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998). De forma complementaria, dos estudios de laboratorio han mostrado que las personas altas en neuroticismo muestran un mayor recuerdo de palabras negativas de una lista previa tras haberles sido inducido un estado de ánimo negativo (Bradley, Mogg, Galbraith & Perrett, 1993; Rusting, 1999), mientras que aquellas personas con bajas puntuaciones en neuroticismo recordaban menos palabras negativas. Al no manifestarse este efecto tras un estado de ánimo positivo, los autores concluyeron que los esfuerzos por regular el estado de ánimo negativo eran los responsables de las diferencias encontradas. En cuanto al mecanismo, los teóricos del temperamento y la personalidad proponen que hay circuitos neurológicos que son más sensibles en unas personas que en otras, dando lugar a tendencias diferenciales hacia las emociones positivas y las negativas (Pickering & Gray, 1999). Varios autores postulan que esta relación tiene un origen motivacional. Según estas posiciones, ciertas personas serían más sensibles al refuerzo positivo, y como consecuencia su vida en general acabaría estando más orientada a buscar emociones y estímulos positivos mientras otros serían más sensibles al refuerzo negativo o castigo y su vida se ordenaría alrededor de evitar emociones y estímulos negativos. Este supuesto parte de varias teorías que han propuesto la existencia de dos sistemas diferenciados: un sistema de aproximación, responsable de la motivación apetitiva –refuerzos- y las conductas de aproximación, y un sistema de evitación/inhibición, vinculado a la motivación aversiva –castigos-, y a las conductas de evitación. Algunos autores han planteado modelos psicobiológicos de los trastornos afectivos, y más en concreto de la depresión, paradigma de la desregulación anímica, en los que proponen como elemento central la existencia de un desequilibrio entre estos sistemas (Depue & Iacono, 1989; Fowles, 1993; Gray, 1994). Se ha replicado una investigación en la cual se muestra que los rasgos de neuroticismo y extraversión tienen una

relación distinta con otras variables relevantes para la regulación como son la atención y la claridad en la identificación de emociones. Concretamente, en varios estudios la extraversión se ha visto asociada a una mayor atención emocional (ej. Coffey, Berenbaum, & Kerns, 2003), y el neuroticismo a una deficiente capacidad para percibir con claridad las emociones (Coffey et al., 2003; Gohm & Clore, 2002). Es posible que estos procesos, los cuales como hemos visto parecen importantes para una regulación eficaz, constituyan también mecanismos a través de los cuales la personalidad puede afectar a los procesos de regulación. Una última posibilidad que ha recibido apoyo empírico es que la complejidad emocional sea el mecanismo o elemento mediador por el cual el neuroticismo se asocia con las respuestas rumiativas y la desregulación emocional. De esta forma, la tendencia a experimentar emociones negativas propia de los sujetos altos en neuroticismo, daría lugar a una mayor complejidad afectiva, dificultándose así la regulación y aumentando la tendencia a la rumiación (Hervás et al., 2004). Estos resultados estarían acordes con una visión en la cual para poder realizar una buena regulación es necesario un procesamiento emocional, el cual se vería dificultado si la experiencia emocional es compleja. En resumen, muchos datos desde diferentes perspectivas coinciden en que la personalidad, y los mecanismos neurológicos implicados, pueden jugar un papel importante en la regulación del estado de ánimo. Aunque se han apuntado algunos de los posibles mecanismos mediadores, aún no se han realizado estudios que muestren de forma específica e inequívoca dicha relación mediadora. Por tanto, indican que las futuras investigaciones deberían tener en la mira la inclusión de personalidad, y además, tareas o autoinformes que evalúen las diferentes variables afectivas, motivacionales y de personalidad, para así poder contrastar adecuadamente modelos de regulación afectiva más complejos.

De acuerdo con lo revisado anteriormente, la mayoría de las investigaciones se han centrado en la regulación del estado de ánimo negativo. Sin embargo, también se han encontrado algunos datos, aún escasos, acerca de la regulación de los estados de ánimo positivos. El clásico estudio de Parrot y Sabini (1990) encontró que tanto en estados de



ánimo positivos inducidos como en aquellos generados de forma natural (ej. Día soleado) aparecía una tendencia a contrarrestar dicho estado de ánimo positivo. En otros estudios, evaluando estrategias de regulación cognitivas automáticas se ha encontrado que, tras un primer momento en que la tendencia es a aumentar o mantener dicho estado positivo, se activaría de forma espontánea una tendencia a generar productos cognitivos negativos interpretándose este hecho como un esfuerzo de regulación de dicho estado positivo (Erber & Erber, 1994; Forgas & Ciarrochi, 2002; Seidikes, 1994). Además, se ha observado que ciertas variables que se relacionan con una efectiva regulación de estados de ánimo negativos, también aparecen relacionadas con una mayor rapidez en el establecimiento de estados de ánimo positivos y un mayor mantenimiento de los mismos. Por ejemplo, aquellos sujetos con mayores niveles en extraversión, y con mayores expectativas de regulación han mostrado una mayor rapidez en la instauración y un decaimiento más lento de estados afectivos positivos (Hemenover, 2003). En la misma línea, otro estudio ha señalado que las personas con mayores niveles de neuroticismo y menores de autoestima y extraversión muestran una mayor tendencia a inhibir o modular sus estados de ánimo positivos, regulándolos prematuramente (Wood, Heimpel & Michela, 2003).

Así pues, aunque han aparecido interesantes resultados, ésta es sin duda un área que debería ser más atendida en el futuro, por ejemplo, por su relevancia en el estudio del bienestar y la felicidad, lo cual es un tema de interés para este estudio. De hecho, dado que los rasgos de personalidad neuroticismo y extraversión parecen estar íntimamente relacionados con el bienestar subjetivo y la felicidad (DeNeve & Cooper, 1998), no sería extraño que las diferencias individuales en los procesos de regulación afectiva fueran uno de los mecanismos mediadores por los cual los citados rasgos potencian o limitan la felicidad de las personas. Sin duda, más investigaciones deberían abordar esta cuestión. Una cuestionamiento importante sería si tiene alguna relevancia mostrar una mayor o menor tendencia a la regulación afectiva. Pudiera ser que simplemente afectara a la duración de los estados de ánimo sin ninguna consecuencia relevante más.

#### 4.7 Regulación emocional y Bienestar (Felicidad)

Investigaciones recientes comienzan a mostrar que la regulación emocional también sería un predictor consistente de la experiencia de bienestar (e.g., Donoso, Demerouti, Garrosa-Hernández, Moreno- Jiménez, & Carmona Cobo, 2015; Balzarotti, Biassoni, Villani, Prunas, & Velotti, 2014; como se citaron en Mateo et al., 2109)

El desarrollo de investigaciones respecto a la asociación específica de las estrategias de regulación emocional con indicadores de bienestar ha sido menor (Balzarotti et al., 2014). Gross y John (2003) se centraron en el uso de una estrategia cognitiva de regulación emocional, específicamente la reevaluación cognitiva, y hallaron que las personas que utilizaban en mayor frecuencia esta estrategia experimentaban y expresaban más emociones positivas y menos emociones negativas y mostraron niveles más elevados de satisfacción con la vida, optimismo y autoestima. Haga, Kra y Corby (2009) hallaron que el uso frecuente de reevaluación cognitiva predice niveles elevados de indicadores de bienestar (tales como afecto positivo, satisfacción con la vida y bajo estado de ánimo deprimido) en estudiantes universitarios. Balzarotti et al. (2014) hallaron que las ECRE que más se asociaron con altos niveles de BS y BP fueron la planificación y la reevaluación positiva, mientras que las estrategias de rumiación, catastrofización y autoculpabilización se mostraron vinculadas con bajos niveles de ambos tipos de bienestar. Gao, Kerstetter, Mowen y Hickerson (2018) mostraron que al utilizar estrategias cognitivas y conductuales de regulación emocional, turistas que estaban de vacaciones reportaron cambios significativos en sus niveles de bienestar. Como puede observarse, se ha comenzado a realizar investigaciones con una orientación salutígena, buscando analizar la influencia de la regulación emocional en el funcionamiento psicológico positivo. Sin embargo, el estudio específico de la asociación entre estrategias cognitivas de regulación emocional e indicadores de bienestar es aun relativamente escaso por lo que contar con nuevos estudios que ayuden a profundizar en el conocimiento de estas relaciones resultaría un aporte complementario a lo ya estudiado (Mateo et al, 2019).

La importancia de los mecanismos de regulación se puede derivar de las conclusiones que han sugerido algunos autores en referencia al punto de equilibrio del estado de felicidad (Headey & Wearing, 1992; Lykken & Tellegen, 1996). Por ejemplo, el Modelo de Equilibrio Dinámico [*Dynamic Equilibrium Model*] (Headey & Wearing, 1992) propone que cada persona tiene un punto de equilibrio [*'set-point'*] en el bienestar subjetivo, al que vuelve usando estrategias regulatorias cada vez que esta ha sido interrumpido por algún hecho vital importante (Cummins & Nistico, 2002). Otras propuestas remarcan que dicho estado de equilibrio al que la mayoría de las personas volverían de forma más o menos rápida, tras una acontecimiento positivo (ej. Lotería) o negativo (ej. Enfermedad) (Hellmich, 1995) está en cierta parte determinado genéticamente (Lykken & Tellegen, 1996). Los resultados parecen sugerir por tanto que ciertos mecanismos de regulación pueden estar actuando de forma importante en el proceso de afrontamiento de ciertas adversidades. En cambio, los mecanismos de regulación del afecto positivo podrían estar dificultando en ocasiones la elevación del estado de bienestar subjetivo de forma permanente. La investigación en ambas direcciones determinará el papel de los procesos de regulación afectiva en dichas situaciones y podrá mostrar nuevos caminos para favorecer la recuperación ante acontecimientos negativos así como para, en otro sentido, mantener niveles de felicidad elevados a lo largo del tiempo. Por otra parte, parece haber una relación importante y consistente entre el nivel de bienestar subjetivo por una parte y, una vez más, rasgos de personalidad –estabilidad emocional/neuroticismo y extraversión (DeNeve & Cooper, 1998) que como se ha mencionado atrás, también están vinculados a una regulación afectiva eficaz. Consecuentemente, es posible que una vía por la cual los más estables emocionalmente y más extravertidos se convierten en más felices sea precisamente porque poseen unos mecanismos de regulación más efectivos que los neuróticos e introvertidos tanto para la reducción del afecto negativo, como para el aumento o mantenimiento del afecto positivo. A favor de esta hipótesis hay varias investigaciones que han mostrado la relación entre ciertos capacidades o procesos necesarios para una

efectiva regulación anímica (ej. Inteligencia emocional) y el bienestar subjetivo o la felicidad. Así, se ha observado por ejemplo que la subescala de claridad del TMMS (*Trait Meta-Mood Scale*) (Salovey et al., 1995) y la subescala “Dificultades para identificar sentimientos” del TAS-20 (*Toronto Alexitimia Scale* (Taylor et al., 1997) resultaron estar asociadas a la satisfacción vital de los participantes, siendo la primera de ellas capaz de explicar varianza de la variable “satisfacción vital” al margen de las medidas de afectividad positiva y negativa (Palmer, Donaldson & Stough, 2002). En la misma línea, otros estudios han encontrado un relación positiva entre la inteligencia emocional percibida globalmente y el nivel de afecto positivo/felicidad (Extremera, Durán & Rey, 2005; Furnham & Petrides, 2003; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley & Hollander, 2002). En algunos de estos estudios se incluyó una medida de los cinco grandes rasgos de personalidad y, aún controlando el impacto de dichos rasgos, la relación entre inteligencia emocional y afecto positivo/felicidad se mantuvo significativa (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005; Furnham & Petrides, 2003). En otro interesante estudio, esta vez con una medida de rendimiento de inteligencia emocional, se observó que a mayor capacidad para percibir, entender y manejar emociones, aparecía una mayor satisfacción con la vida, y en este caso también se mantenía la relación una vez controladas variables de personalidad e inteligencia general (Ciarrochi, Can, & Caputi, 2000). Si atendemos a aspectos más concretos, podemos observar que tanto la claridad en la percepción de las propias emociones como la tendencia a expresarlas, así como una mayor intensidad al experimentar emociones positivas, se han encontrado relacionadas de forma considerable, e independientemente de los factores de personalidad, con el bienestar psicológico (Gohm & Clore, 2002). A pesar de todos estos resultados es importante mantener una cierta cautela sobre los mismos, ya que todos ellos son frutos de estudios transversales. Para el futuro sería de gran interés poder evaluar la capacidad predictiva de estas variables relacionadas con la regulación afectiva a través de estudios longitudinales.

#### 4.8 Regulación emocional y salud mental

Al evaluar el uso diferencial de estrategias de regulación emocional en población clínica (trastornos de ansiedad y depresión) y no clínica Garnefski et al. (2002), hallaron que el primer grupo declaró una mayor frecuencia de uso de autculpabilización, catastrofización, rumiación, culpabilización de otros y aceptación, mientras que el segundo grupo informó mayor uso de la reevaluación positiva. Garnefski et al. (2005) demostraron que el uso frecuente de la autculpabilización, la rumiación y el uso poco frecuente de reevaluación positiva estaban estrechamente relacionados con el desarrollo de los denominados problemas internalizantes (tales como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión y retraimiento). Potthoff et al. (2016) observaron un uso diferencial de las estrategias cognitivas de regulación emocional en varios países europeos y hallaron que la relación de las estrategias con los síntomas psicopatológicos fue consistente a través de las distintas culturas.

Numerosas investigaciones han analizado los correlatos del uso de las estrategias cognitivas de regulación emocional con sintomatología psicopatológica. Estos estudios aportan información valiosa para el diseño de intervenciones en problemáticas de salud mental (Garnefski et al., 2001). No obstante, se ha propuesto que las estrategias cognitivas de regulación emocional tendrían también capacidad predictiva sobre los distintos indicadores de bienestar subjetivo y bienestar psicológico, debido a su rol en la elevación de la experiencia de emociones positivas y la disminución de la experiencia de emociones negativas al atravesar eventos de carácter negativo, por lo que resulta de valor analizar su capacidad predictiva sobre estos indicadores para una mayor y mejor comprensión de las variables relacionadas con el bienestar de las personas.

La influencia de la regulación afectiva y los rasgos asociados en los niveles de felicidad y satisfacción con la vida parece evidente, pero también el cuestionamiento está en si dicha relación existe también con el polo opuesto, es decir, si existe también una relación entre dichos factores y la aparición de trastornos mentales y físicos. Hay creciente

evidencia de que las disfunciones en los procesos que modulan una efectiva regulación emocional pueden jugar un papel destacado en la propensión a desarrollar diferentes trastornos psicológicos e incluso físicos. En cuanto a los trastornos psicológicos, en primer lugar debemos citar el trastorno de personalidad límite cuyo elemento central es precisamente la desregulación emocional (Linehan, 1993). Conductas muy patológicas propias de este trastorno como son las autolesivas o los intentos de suicidio se consideran cada vez más como intentos extremos de regular estados emocionales muy negativos (Gratz, 2003). Pero la desregulación emocional puede estar en la base de una gran variedad de trastornos psicológicos. Algunos autores por ejemplo sugieren que los trastornos por consumo de sustancias como el alcohol a menudo son mantenidos e incluso iniciados por un intento de controlar y escapar de estados emocionales negativos (McNally et al., 2003). De forma complementaria, la evitación de la experiencia emocional se ha descubierto como una estrategia de regulación desadaptativa que lejos de ser útil, parece estar asociada a ciertos problemas como el trastorno de pánico (Feldner, Zvolensky, Eifert & Spira, 2003), o el trastorno de ansiedad generalizada (Roemer, Salters, Raffa & Orsillo, en prensa) entre otros.

En otro ámbito, los estudios realizados sobre alexitimia, un constructo centrado en los déficit de procesamiento emocional (Taylor et al., 1997), demuestran una presencia de elevados niveles de alexitimia, en sujetos con trastorno de pánico cuando son comparados con sujetos que presentan fobia social (Parker, Taylor, Bagby & Acklin, 1993) o un trastorno obsesivo-compulsivo (Zeitlin & McNally, 1993). También, se han encontrado déficit similares en sujetos que presentaban trastorno de ansiedad generalizada (Mennin, Turk, Fresco & Heimberg, 2000), trastorno de estrés postraumático (Hyer, Woods, Summers, Boudewyns & Harrison, 1990), anorexia y bulimia nerviosa (Schmidt, Jiwany & Treasure, 1993) o depresión (Foluso et al., 2005; Rude & McCarthy, 2003). Sin embargo, aún faltan estudios longitudinales que determinen con claridad el valor del constructo alexitimia u otros de contenido similar como factor de vulnerabilidad, ya que, en algunos de

estos trastornos, quizá en muchos, es posible que la alexitimia sea una consecuencia o un mantenedor del mismo y realmente no contribuya de forma causal al desarrollo del trastorno. No obstante, el hecho de que se hayan encontrado relaciones significativas entre alexitimia, y sensibilidad a la ansiedad en una muestra control (Devine, Stewart & Watt, 1999) podría estar sugiriendo su posible papel causal, al menos en lo que se refiere al trastorno de pánico, ya que el constructo de sensibilidad a la ansiedad sí parece predecir la aparición de dicho trastorno de forma prospectiva (Schmidt, Lerew & Jackson, 1999). También se han encontrado resultados que relacionan la alexitimia con diversos trastornos y enfermedades físicas. Por ejemplo, una alta atención a las emociones, una baja claridad emocional y una baja tendencia a la regulación se han observado que aparecen asociadas a peores indicadores de salud y mayor experiencia de dolor (Extremera & Fernández-Berrocal, 2002) se han encontrado elevados niveles de alexitimia en grupos de sujetos con hipertensión (Todarello, Taylor, Parker & Fanelli, 1995), o con trastorno de colon irritable (Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor & Bagby, 1996) entre otros. En este caso, el papel etiológico de los déficit asociados al procesamiento emocional son menos cuestionables ya que la hipótesis de que los trastornos fisiológicos sean la causa de la alexitimia es poco probable. Sin embargo, sin estudios longitudinales no se puede descartar totalmente que una tercera variable esté en el origen de la asociación de ambos resultados. En cualquier caso, en conjunto todos estos resultados sugieren que los déficit en los procesos cognitivo-emocionales que sostienen una sana regulación emocional podrían contribuir a la aparición y/o mantenimiento de trastornos mentales y psicofisiológicos.

#### **4.9 Regulación emocional y depresión**

De acuerdo con las investigaciones, han mostrado que ciertas estrategias de regulación emocional tales como la rumiación, el fatalismo, y la auto culpa han tenido relación fuerte con el reporte de síntomas de depresión, esto puede implicar que, al utilizar estilos cognoscitivos de regulación emocional, la gente puede ser más vulnerable a desarrollar síntomas de psicopatología en respuesta a eventos de la vida negativos más que

a eventos de otro tipo. Otros resultados de los mismos estudios sugieren que al usar otros estilos cognoscitivos, tales como la reapreciación positiva y el reenfoque positivo, la gente podría más fácilmente tolerar o dominar experiencias negativas de la vida. Estos estudios confirman que las estrategias de regulación emocional cognoscitivas pueden representar un tema teórico central en la explicación de la sintomatología de los desórdenes mentales y que la investigación sobre estas estrategias puede ofrecer información sobre a quiénes puede ir dirigida a la intervención (Garnefski & Kraaij, 2016).

La investigación hecha por estas autoras ha mostrado consistentemente que cantidades especialmente altas de reunión fatalismo y auto culpa están relacionados al reporte de depresión han encontrado una especie de efecto protector de la estrategia de la regulación cognoscitiva de la emoción de representación positiva. Estos tipos de regulación cognoscitiva de la emoción podrían ser objetivos importantes para la prevención y/o el tratamiento. Sin embargo, determinar en qué medida una estrategia particular de regulación cognoscitiva de la emoción puede ser adaptativa o no adaptativa en una persona y una situación en particular no siempre es una tarea fácil. No es fácil determinar si una persona punto a bajo o alto en una estrategia determinada. Para todas las estrategias cognoscitivas de enfrentamiento, los puntajes altos hacen referencia al uso frecuente de una estrategia específica, mientras que los puntajes bajos aluden al uso menos frecuente de esa estrategia. Si uno de los puntajes específicos que se encontraron es alto o bajo en comparación con la norma del grupo concerniente, puede consultarse fácilmente en las tablas de normas. Sin embargo, también es importante establecer límites de puntuación junto a la naturaleza y seriedad de los eventos experimentados. Es importante darse cuenta de que las tablas de las normas deberían ser consideradas como un medio para evaluar el grado en el que una persona se desvía de los otros con respecto a sus estrategias cognoscitivas de enfrentamiento. El resultado permite identificar y determinar si es importante aprender o desaprender estrategias conocidas de enfrentamiento específicas, la decisión siempre tendrá que ser tomada de las circunstancias individuales, tomando en cuenta el contexto actual y



los problemas. una vez que se ha decidido que las estrategias cognoscitivas no adaptativas deberían ser desatendidas y las estrategias adaptativas deberían ser aprendidas, las estrategias de intervención deberían plantearse. Entonces por ejemplo, técnicas como reformulación y reestructuración cognoscitiva pueden ser usadas para cuestionar las afirmaciones de fatalismo y auto culpa y proporcionar pensamientos de re apreciación positiva. las técnicas de detención del pensamiento, desviación de la atención y el distanciamiento psicológico pueden ser útiles para aprender a desviar la percepción e interrumpir los pensamientos de rumiar.

La idea de que los síntomas de la persona con depresión serán aliviados si las creencias irracionales o pensamientos disfuncionales son cambiados no es algo nuevo. Una de las premisas básicas de las terapias con un objetivo es que las cosas son vistas de manera inapropiada por la gente que sufre síntomas depresivos o ansiosos y que la terapia debería producir cambios en ellos (Beck 1976; Ellis, 1962).

#### **4.10 Regulación emocional y Ansiedad**

El Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Naciones Unidas, 1996) declara el derecho a disfrutar de plena salud física y mental, entendida como un estado de bienestar mental, emocional, social y físico. Sin embargo, la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas, su bienestar y calidad de vida.

A nivel mundial y nacional, encontramos que los trastornos ansiosos se encuentran entre las enfermedades mentales más frecuentes en la población general. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) indica que en la última década se ha incrementado en un 15% el número de personas que a nivel mundial padecen trastornos de ansiedad, más de 260 millones de personas afectadas, siendo las mujeres las que presentan el doble de prevalencia que los hombres. Se estima que en México al menos 14.3 por ciento de los ciudadanos padece trastornos de ansiedad generalizada, enfermedad de salud mental más

común en el país, le sigue la depresión y adicciones, ambas en un porcentaje de 9 por ciento. De los trastornos de ansiedad el 50 por ciento se presentan antes de los 25 años; la depresión, la mitad lo hacen entre los 20 y los 30.

En esta línea, podemos indicar que las mujeres suelen experimentar mayores niveles y desórdenes de ansiedad en general (Bender, Reinholdt-Dunne, Esbjørn & Pons, 2012; Caballo et al., 2014) siendo la regulación emocional una de las causas que podrían explicar estas diferencias en los niveles de ansiedad entre mujeres y hombres (Aldao, Nolen- Hoeksema & Schweizer, 2010; NolenHoeksema, 2012).

El estudio de la regulación emocional ha generado un gran interés entre la comunidad científica por sus potenciales implicaciones beneficiosas sobre múltiples variables de adaptación personal y social (Martínez, Piqueras, Ramos, 2010), destacando como un importante factor protector contra la ansiedad. Dentro del ámbito de la salud, puntuaciones altas en los niveles de Inteligencia Emocional se relacionan con una mayor salud mental, una adaptación emocional más ajustada y una mejor calidad de vida y bienestar personal (Azpiazu, Esnaola y Sarasa, 2015; Cejudo, 2016; Limonero, Fernández-Castro, Soler-Oritja & Álvarez-Moleiro, 2015; Mikolajczak et al., 2015).

Asimismo, también existen claras relaciones entre la Inteligencia Emocional y la ansiedad. Rodríguez Biglieri, Aune y Vetere (2012) concluyen que existe una relación entre la práctica de estrategias de regulación emocional desadaptativas y la aparición de trastornos de ansiedad. Sin embargo, el manejo de competencias emocionalmente ajustadas favorece la reducción progresiva de la ansiedad (Gutiérrez & Expósito, 2015). Lizeretti y Rodríguez (2011) señalan que aquellas personas que muestran niveles altos de atención emocional y bajos de claridad y reparación emocional se relacionan con síntomas de ansiedad; mientras que aquellas personas que obtienen bajas puntuaciones en reparación emocional y altos en atención emocional se relacionan con el trastorno de ansiedad generalizada.

El vínculo entre la ansiedad y la desregulación de las emociones es más fuerte dentro de la literatura (Stegge & Meerum Terwogt, 2010). La investigación ha demostrado que los niños con ansiedad muestran mayores dificultades para emplear estrategias de regulación de emociones contextualmente efectivas, así como menor autoeficacia en la regulación de las emociones que sus homólogos no ansiosos (Carthy, Horesh, Apter & Gross, 2010). Los trastornos de ansiedad se caracterizan esencialmente por un malestar emocional (Barlow, 1991) y una incapacidad para elegir respuestas adaptativas o inhibir las desadaptativas (Thayer & Lane, 2000). En línea con esto, se ha propuesto que la desregulación emocional puede desempeñar un papel clave en la etiología de los trastornos de ansiedad (Cisler, Olatunji, Feldner & Forsyth, 2010). Weems (2008) argumenta que la ansiedad infantil, independientemente de la subclasificación del DSM, puede conceptualizarse mejor como siendo principalmente una desregulación de respuestas de ansiedad (p. ej., preocupación incapacitante que no sirve a la anticipación de peligros futuros reales, o miedo intenso en ausencia de verdadera amenaza), así como el afecto negativo general (por ejemplo, la experiencia de "emociones negativas", estar molesto o preocupado).

Un desarrollo de la literatura sobre la ansiedad infantil constituye el creciente interés en las diferencias de género a través de los diversos aspectos del trastorno (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Algunos comentan que los estudios que investigan las diferencias de género en la prevalencia de la ansiedad infantil ha producido resultados mixtos (Feng, Shaw & Silk, 2008). Sin embargo, un número de los estudios han demostrado una mayor frecuencia e intensidad de los síntomas de ansiedad en las mujeres encuestadas, por lo que otros argumentan que los problemas de ansiedad incluso a una edad temprana, son más comunes en las niñas que en niños (Zahn-Waxler et al., 2008). Dado el vínculo entre la ansiedad y la desregulación emocional, esto puede apuntar a la posibilidad de que las niñas tienen mayores dificultades para regular sus emociones negativas que los chicos. De hecho, investigaciones recientes han demostrado que las adolescentes muestran una mayor no aceptación emocional y una menor claridad de aceptación emocional, menor

acceso a estrategias efectivas de regulación emocional, así como mayores dificultades para involucrarse en un comportamiento orientado a objetivos cuando experimentan angustia a diferencia de los adolescentes varones (Neumann, Van Lier, Gratz & Koot, 2010).

Zlomke y Hahn (2010) investigaron la relación entre las estrategias de regulación cognitiva de las emociones y la ansiedad en adultos y encontró que las estrategias que implicaban rumiación y catastrofización predecían la preocupación tanto en participantes masculinos como femeninos. Sin embargo, una serie de otras estrategias cognitivas fueron específicos de género en su relación con la preocupación y la ansiedad. Para hombres solo que una mayor atención y pensar en cómo manejar los eventos negativos se relacionó con niveles más bajos de ansiedad y preocupación. Estrategias que implican la aceptación de las emociones y la reevaluación positivase relacionaron con niveles más bajos de preocupación solo en mujeres adultas. Este sugiere que diferentes estrategias cognitivas de regulación emocional puede ser útil para hombres y mujeres, respectivamente, cuando experimentan respuestas emocionales que provocan ansiedad.

#### **4.11 Regulación emocional y Género**

Diversas investigaciones apuntan que es necesario ahondar en la línea de investigación que aborda el estudio del género y la regulación emocional para determinar cuáles son las causas de las diferencias observadas entre los hombres y las mujeres (Candelá, Barberá, Ramos & Sarrió, 2002; Conway, 2000; Dawda & Hart, 2000; Joseph & Newman, 2010; Petrides, Furnham, & Martin, 2004; Salovey, 2006). Los varones obtienen mejores puntuaciones que las mujeres, ya que ellas, por lo general, suelen ser más conscientes de sus emociones, además de mostrar mayor empatía y ser interpersonalmente más diestras que los varones. Aunque en numerosos trabajos como los de Schutte et al. (1977), no se han demostrado que existan diferencias especialmente importantes entre ambos sexos, son muchos los estudios que demuestran que las mujeres suelen tener ventaja sobre los hombres en diversas habilidades implícitas en la inteligencia emocional, como la

percepción de las emociones, la regulación de las emociones en otros o la satisfacción y apoyo percibido (Ciarrochi, Chan & Bagjar, 2001).

En un estudio realizado por Bender et al. (2012) se encontró existen diferencias de género; han planteado que las niñas presentan mayores dificultades para regular sus emociones negativas que los niños; la desregulación emocional es más predictiva de ansiedad en las niñas que en los niños; las dificultades de regulación explican la ansiedad en niñas y niños; ansiedad en las niñas se predijo por el acceso limitado a estrategias efectivas de regulación emocional, así como por la falta de claridad emocional, mientras que la ansiedad en los niños fue predicha por la no aceptación de las respuestas emocionales negativas, por sí sola.

Dado el fuerte vínculo entre la ansiedad y la desregulación de las emociones, las intervenciones terapéuticas pueden beneficiarse de un enfoque más centrado, es decir, específicamente apuntando a las habilidades de regulación emocional de los jóvenes. Además, de centrarse usando un método enfocado al género, centrándose específicamente en la capacidad de los niños para aceptar sus respuestas emocionales negativas y abordando la incertidumbre de las niñas con respecto a sus propias respuestas emocionales negativas, así como ayudando a las niñas en el desarrollo de estrategias de regulación emocional.

Si bien se han observado mayores dificultades en la regulación de las emociones en las niñas (Suveg & Zeman, 2004), todavía es no está claro por qué existen estas diferencias de género (Bender et al., 2012). De acuerdo con lo que se acaba de señalar, una de las posibles causas que dan respuesta a las diferencias sexuales es el patrón de socialización (Gartzia, Aritzeta, Balluerka & Barberá, 2012). La identidad de género, entendida como la identificación con rasgos estereotípicamente masculinos (instrumentales) y rasgos estereotípicamente femeninos (expresivos) (Parsons & Bales, 1955), está directamente relacionada con la socialización diferencial de mujeres y hombres y es una de las variables que determinan en mayor medida la forma de pensar, comportarse y sentir (Bem, 1974;

Tajfel & Turner, 1986). La expresividad incluye rasgos estereotípicamente femeninos de personalidad directamente relacionados con la expresión emocional, tales como la sociabilidad, la atención a las necesidades de los demás, la sensibilidad o la empatía. Por su parte, la instrumentalidad incluye rasgos estereotípicamente masculinos como la independencia, la asertividad, la alta orientación a la tarea o la ambición. Diversos estudios han mostrado que la identificación con dichos rasgos de género es un factor relevante a la hora de explicar diferencias sexuales en distintas variables psicológicas y culturales (Dambrun, Duarte & Guimond, 2004; Hyde, 2005; Randel, 2002; Bourne & Maxwell, 2010), así como en la experiencia y expresión emocional (Fischer, 1993). Asumir que una explicación al por qué existen diferencias entre hombres y mujeres, en cuanto a expresión emocional, es debido a los rasgos de identidad de género implica asumir que las mujeres se identifican, en mayor medida, con rasgos de expresividad y los hombres con rasgos de instrumentalidad (Gartzia, Aritzeta, Balluerka & Barberá, 2012).

Las mujeres son ampliamente vistas como las “más emocionales”, con mayores tendencias a experimentar, expresar y detenerse en sus emociones, los hombres, en cambio, son vistos como que tienden a suprimir o evitar la experiencia y expresión de las emociones. Además, las personas tienden a hacer atribuciones para las expresiones de emoción de las mujeres, viéndolas como el resultado de algo profundo, significativo y estable sobre las mujeres, pero tienden a atribuir las expresiones de emoción de los hombres a las situaciones a las que se enfrentan. Algunas teorías de roles de género sugieren que las mujeres usan más internamente respuestas enfocadas y pasivas a sus emociones, como la rumia, mientras que los hombres son más propensos a participar en la supresión o la evitación, incluido el recurrir a sustancias para evitar. Porque los hombres siguen un rol más activo y pueden también ser más propensos que las mujeres a participar en resolución de problemas y reevaluación en un intento de controlar o cambiar las situaciones que creen que están impulsando sus emociones. La estrategia de regulación emocional por la que las diferencias de género han sido más consistentes encontrado es la

rumiación. Las mujeres reportan usar más de casi todos los tipos de estrategias de regulación emocional en comparación con los hombres, incluidas la rumiación, la reevaluación, la resolución de problemas, la aceptación, distracción y búsqueda de apoyo social (o religión). Esto es consistente con los estudios de niños que muestran que las niñas son más esforzadas para ejercer control que los niños. Los hombres informan que usan alcohol para hacer frente con más frecuencia que las mujeres (Nolen-Hoeksema, 2012).

Algunos estudios han mostrado que las personas que integran en su identidad rasgos de instrumentalidad tales como la asertividad, la independencia o la autoconfianza son, independientemente de su sexo, menos propensas que las personas expresivas a centrarse en emociones negativas (Conway, Giannopoulos, & Stiefenhofer, 1990, citado por Pamp, 2007). Además, los individuos instrumentales presentan mayores niveles de autoestima (Helgeson, 1994). Esta perspectiva ayuda a comprender por qué los hombres son habitualmente mejores a la hora de regular algunas emociones negativas como la culpa o la ansiedad (Brody y Hall, 2000) y muestran menores sentimientos de fracaso y tristeza (Oliver & Toner, 1990). En definitiva, esta perspectiva sugiere que la identificación con características instrumentales podría ser también ventajosa en el desarrollo de competencias de expresión emocional. En línea con esta idea, diversas investigaciones han mostrado que la adscripción a un tipo de identidad de género estereotipada constituye una limitación para el desarrollo de una personalidad más adaptativa e implica un peor ajuste psicológico y bienestar subjetivo que una identidad más andrógina (Rocha & Díaz Loving, 2010). El término androginia (Rocha & Díaz Loving, 2010) supone una divergencia en la persona de los rasgos y características que se consideran apropiados para cada sexo.

Existen algunos dichos populares entre la sociedad, como el que “Los hombres y las mujeres son diferentes. Sienten y piensan con estilos en algunos casos tan distintos, que resultan incompatibles” y esta creencia ha llevado a la escritura de libros donde muestran a los hombres y mujeres como si se ubicaran en polos completamente opuestos y resaltando la idea de que uno al otro no pueden comprenderse emocionalmente porque son opuestos.

El argumento central de esta creencia popular y estos libros es que la “química hormonal”, por ejemplo, los estrógenos y la progesterona son los responsables de los sentimientos de satisfacción y felicidad de las mujeres. El prototipo de estas alteraciones son los cambios que se producen durante el ciclo menstrual, puesto que serían los responsables de los cambios de carácter, de humor, e incluso, del apetito sexual o la salud mental de las mujeres. La literatura científica está de acuerdo con la afirmación de que somos diferentes, de que la vida afectiva y los rasgos emocionales de hombres y mujeres son distintos (García et al. 2016). Las investigaciones revelan diferencias de género en la forma de afrontar situaciones emocionales y, en concreto, en el uso de estrategias personales para gestionar las emociones negativas (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011). Pero la pregunta básica sobre por qué somos diferentes, no admite una respuesta tan sencilla y exclusiva como la versión simplificada de la química hormonal. Para contestar a esta compleja pregunta se hace necesario recurrir tanto a los aspectos biológicos y de personalidad como a los sociales y culturales. Y, por supuesto, investigar qué sentimos y pensamos de forma diferencial para tener un mejor o peor ajuste emocional. En esta línea argumental, podemos encontrar diferencias de género en ajuste emocional a través de diferentes países, razas y culturas. Uno de los fenómenos más robustos en la epidemiología es que las mujeres experimentan una mayor incidencia de trastornos depresivos y de ansiedad que los hombres (Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999, como se cita en García et al., 2016). No obstante, esta mayor propensión a la sintomatología depresiva no es una constante en la mujer desde su nacimiento, sino que surge en la adolescencia. La mayoría de las explicaciones que se han ofrecido sobre las diferencias de género en salud mental se han centrado únicamente en variables biológicas o individuales. No obstante, los modelos más recientes han pretendido superar estas explicaciones clásicas e integrar aspectos transaccionales y evolutivos. En esta línea, Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) realizaron una revisión sobre las diferencias de género en depresión. Los autores plantean que se produce una interacción entre algunos rasgos de personalidad, más prototípicos en



mujeres que en hombres, como bajos niveles de asertividad, mayor utilización de estrategias de afrontamiento basadas en la rumiación más que el afrontamiento activo, menores niveles de agresión y dominio de las relaciones interpersonales, y ciertos cambios sociales y fisiológicos, que serían los responsables conjuntamente del desarrollo de mayores niveles depresivos (López, 2016).

Por otro lado, las mujeres que experimentan situaciones de violencia y son víctimas, tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias consideradas negativas (rumiación, catastróficas o culpar a otros) pero también estrategias valoradas como adaptativas (aceptación). Respecto a las estrategias más desadaptativas, rumiar implica tener pensamientos que enfatizan la negatividad del acontecimiento vivido (Garnefski et al, 2002). Nolen-Hoeksema (1991, como se cita en García et al., 2017) la define como la tendencia a centrarse en los propios síntomas del estrés y pensar sobre las causas y consecuencias de estos síntomas de una manera pasiva y repetitiva. Esta estrategia impide involucrarse en estrategias orientadas a la resolución de conflictos de manera activa (Baumeister, Heatherton & Tice, 1994). Las personas que rumian tienen menos control sobre sus pensamientos intrusivos (Ray, Gross & Wilhmen, 2008). A su vez, experimentar pensamientos catastrofistas de la vivencia de maltrato realza explícitamente el terror que se ha experimentado pudiendo dar lugar a un trastorno de estrés postraumático (Waldrop & Resick, 2004). Por último, culpabilizar a otras personas de lo sucedido es una forma de estrés emocional diferente al miedo o la vergüenza y que contribuye a la victimización (Lobmann, Greve, Wetzels & Bosold, 2003, como se cita en Santibáñez, Iraurgi, & Galego, 2016) la cual se basa en el pensamiento de que otras personas puedan ser las responsables de lo sucedido (Baumeister, Heatherton & Tice, 1994). Dicha estrategia guarda una estrecha relación con el hecho de que las mujeres que han participado en este estudio hayan tomado la decisión de actuar y de “rebelarse” contra la violencia de género. En lo que se refiere a la estrategia de aceptación resulta más frecuente en mujeres que aún no han hecho visible su situación y que se sienten responsables de la misma, es decir, se

autoculpabilizan, lo cual significa que desde su perspectiva aceptar dicha situación no permite una aproximación real a su resolución. Por todo esto, esta estrategia puede ser contemplada más como resignación que como una verdadera aceptación de la experiencia vivida. Vista de este modo, la aceptación puede suponer un obstáculo a la hora de activar recursos de afrontamiento que permitan cambiar los aspectos modificables de la situación de maltrato. De acuerdo con todo lo expuesto, queda reflejado que las estrategias cognitivas de regulación emocional pueden jugar un rol importante en el desarrollo de estrategias de intervención para mujeres que están afrontando una situación de maltrato. En una situación como ésta puede ser recomendable cambiar ciertas estrategias menos adaptativas -como culpabilizar a otras personas, rumiar, catastrofizar y aceptar- por otras que pueden resultar más adaptativas. Syers-McNairy (1990) plantea que las mujeres que emplean estrategias de afrontamiento activo se sienten mejor consigo mismas y sienten más control sobre sus vidas. No obstante, es importante tener en cuenta que calificar a una estrategia como más o menos adaptativa, se realiza siempre tomando puntos de referencia o de comparación contextuales. De este modo, los referentes no son solo aspectos personales, sino también culturales y de contexto.

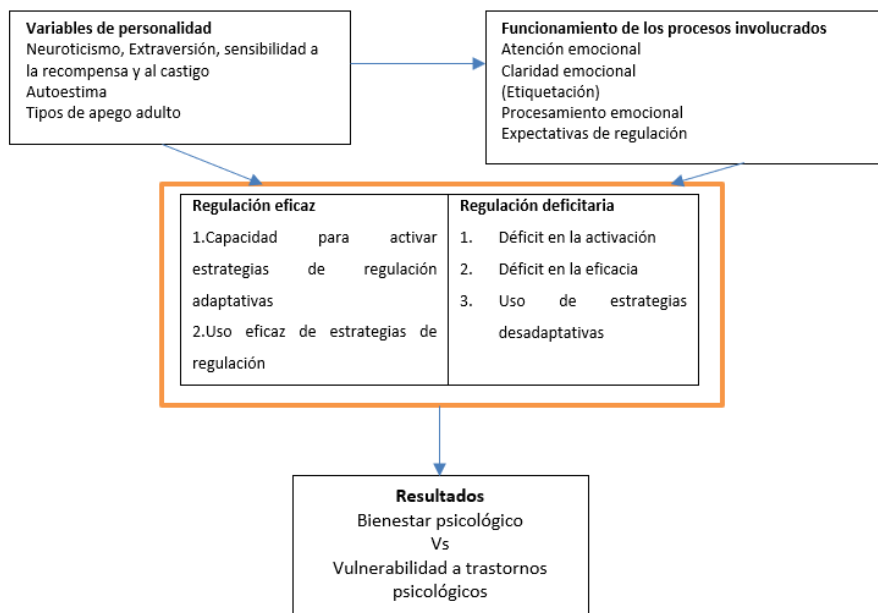
#### **4.12 Intervención en regulación emocional**

La investigación sobre los procesos de regulación emocional y sobre las diferencias individuales en los mismos es reciente. Apenas se comienza a conocer con exactitud los procesos emocionales, cognitivos y motivacionales que pueden estar en la base de la regulación anímica, y tampoco conocemos con precisión qué tipo de estrategias son más útiles y efectivas para cada situación o para cada tipo de persona. Y aunque cada vez se tiene un mayor número de variables que parecen estar relacionadas con una adecuada regulación, apenas se está empezando a construir el mapa que pueda dar una estructura a estas relaciones y aclarar la importancia relativa de unas frente a otras. Es esquema presentado en la Figura 6 se presenta como una guía sobre lo que ha hecho la investigación. En todo caso, a pesar de las lagunas, cada vez van siendo más numerosos los datos que

muestran la importancia que pueden llegar a tener estos procesos emocionales en la satisfacción vital, la felicidad y en la protección/vulnerabilidad a desarrollar diferentes trastornos psicológicos y físicos. Quizá esto sea lo más importante ya que sólo tras reconocer y constatar empíricamente su importancia se podrá crear el clima intelectual (*Zeitgeis*) necesario que pueda sostener una investigación prolongada en este campo.

### Figura 6

*Esquema-resumen sobre la investigación sobre variables que afectan a los procesos de regulación emocional y sus consecuencias*



*Nota.* Se muestran las variables de personalidad, el funcionamiento de los procesos involucrados y su efecto en la regulación como eficaz o deficitaria, dando como resultado el bienestar psicológico vs vulnerabilidad a trastornos psicológicos.

Ante la situación planteada, la puesta en perspectiva facilitaría rebajar el impacto emocional ya que implica distanciarse cognitivamente y emocionalmente de la vivencia del maltrato. El tratamiento a estas problemáticas radica en poner en marcha diferentes estrategias. A través de técnicas basadas en la relajación se puede lograr un mayor distanciamiento del problema y así lograr una mayor comprensión del mismo.

Durante el proceso de reestructuración del *self* que tiene lugar durante el proceso de adaptación post-maltrato estas mujeres pueden percibirse como sobrevivientes o como víctimas. Visto de este modo, la revalorización positiva facilitaría un triple objetivo. Por un lado, redefinir la experiencia de maltrato en términos de desarrollo personal (Garnefskiet al, 2002). Por otro, minimizar su impacto negativo (Giuliani, McRae & Gross, 2008) y, por último, evitar la negación de lo vivido puesto que no se trata de cambiar lo ocurrido si no la manera de interpretarlo. Para lograrlo, la reestructuración cognitiva y los autodiálogos positivos ayudan a modificar los pensamientos catastrofistas y rumiativos y a reducir el impacto emocional. Otra estrategia igual de válida consiste en centrarse en un plan, el cual conecta con la original y rudimentaria forma de autorregulación que consiste en pararse a pensar (*self-stopping*), idear un plan de actuación (Baumeister, Heatherton & Tice, 1994) y llevarlo a la práctica (Masicampo & Baumeister, 2011). Esta estrategia refuerza la sensación de control sobre la propia vida. Implica activar un proceso de elección activa orientado a la toma de decisiones en las rutinas diarias y sobre las necesidades, intereses y expectativas de su propia vida. Por último, aunque la estrategia de centrarse en lo positivo pueda considerarse como una alternativa a la rumiación porque puede resultar de utilidad para regular los pensamientos y emociones vinculados a un suceso estresante (Ray, Gross & Wilhmen, 2008; como se citaron en (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008 ), puede no resultar eficaz en una situación como la planteada. Una posible interpretación puede encontrarse en el hecho de que intentar suprimir el malestar emocional que genera una situación de maltrato centrándose en aspectos positivos del mismo podría comprenderse como un intento de control ineficaz sobre la misma, pudiendo incluso llegar

a reforzar los esquemas catastrofistas y rumiativos asociados a ésta (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirskiy, 2008), así como, correr el riesgo de centrarse en los aspectos positivos del maltratador e incrementar el apego hacia éste.

Como puede notarse, las emociones tienen una importancia fundamental en el tratamiento y entrenamiento para lograr el alivio de los síntomas y la reducción del nivel de estrés a partir de la modificación del pensamiento disfuncional, donde se identifica cuál es el error del pensamiento que se está cometiendo, si bien algunos pensamientos son verdaderos, muchos son falsos o solo contienen algo de verdad. El papel que juega el aspecto cognitivo es importante al momento de realizar la regulación emocional. Es por ello que el siguiente capítulo estará destinado para hablar con mayor profundidad sobre las creencias y distorsiones cognitivas y su relación con las emociones, la salud y el bienestar.

## V. Creencias Irracionales

*“La perturbación emocional no es creada por las situaciones, sino por las interpretaciones que le damos a esas situaciones”*

**Albert Ellis**

En capítulos anteriores ya se ha hablado sobre diferentes variables que tienen impacto en la salud mental de las mujeres, de acuerdo con la OMS (2017) las mujeres presentan índices más altos en comparación con los hombres en trastornos del estado de ánimo, ansiedad y depresión, pero, para comprender mejor estas enfermedades de salud mental es necesario conocer los componentes que favorecen su presencia. La literatura nos muestra como dificultades en la identificación y manejo de los pensamientos son factores clave para la aparición y desarrollo de estas enfermedades, lo que trae como consecuencia una afectación importante en la salud y bienestar. Ya se ha hablado sobre la salud, sobre las emociones y todo lo relacionado a estas variables y su impacto en el bienestar, por lo que toca el turno al papel de los pensamientos y su relación con el bienestar, con las emociones y con la salud.

### 5.1 El pensamiento como un proceso

El pensar es uno de los eslabones importantes al momento de comprender el comportamiento humano, y es que pensar es una actividad muy compleja, pues integra un repertorio de actividades cognitivas como resolver problemas, usar pensamiento lógico, perspectiva y percepción de ideas, análisis, evaluación y toma de decisiones. Con el pensamiento podemos hacer inferencias, analizamos, interpretamos, evaluamos, explicamos, nos autorregulamos y persuadimos; pensar puede describirse como una forma de comportamiento que consiste en relacionarse e interactuar con otros objetos (Canales et al., 2009). Las cogniciones y los pensamientos son importantes para desarrollar la

capacidad para manejar o regular emociones y sentimientos y mantener el control para no llegar a situaciones de malestar. Estos pensamientos estarán influenciados por su interacción con el medio físico y contexto socio-histórico-cultural en el que una persona crece y se desarrolla, así, consolidará esquemas cognitivos que le ayuden a explicarse e interpretar su entorno, formará creencias en torno a las vivencias y situaciones en las que interactúa, evolucionará y se transformará progresivamente afectando sus respuestas tanto emocionales como conductuales (Burns, 2000). Los pensamientos se reflejan en ideas y creencias, las cuales son estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo, así como de factores ambientales, culturales y biológicos. Las creencias pueden entenderse como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos, y la forma en que interactuamos con los demás (Calvete & Cardeñoso, 1999).

## **5.2 Creencias**

Beck y Ellis estudiaron cómo es que las personas piensan y actúan, sentando a las creencias como la pieza clave para llevar a cabo esta comprensión, para lo cual formularon modelos explicativos. Ellis (1962) desarrolló el modelo de Terapia Racional Emotiva en el que planteó la idea de la existencia de una serie de creencias «irracionales» en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales. Estas creencias se caracterizan por los siguientes aspectos: (a) son falsas, ya que no están apoyadas por la evidencia, (b) son órdenes o mandatos, (c) conducen a emociones inadecuadas como ansiedad y depresión, y (d) no ayudan a lograr los objetivos de la persona. La mayor parte de los instrumentos diseñados para evaluar las creencias se han basado precisamente en el modelo de irracionalidad de Ellis (Calvete & Cardeñoso, 1999).

### **5.2.1 Terapia Racional Emotiva de Ellis: Creencias Irracionales**

Ellis propuso que la terapia racional emotiva es un modelo integrado y multimodal que posee una teoría acerca de cómo las personas pueden molestarse tan fácilmente. Por

otro lado, ve a las personas como individuos que pueden construir y utilizar soluciones inadecuadas a nivel cognitivo, emocional y conductualmente para resolver las dificultades de la vida. De esta manera, las personas, para lograr pensar, sentir y actuar de manera más racional, deberán ver qué es lo que los hace reaccionar tan negativamente ante cualquier dificultad.

La terapia racional emotiva es un sistema psicoterapéutico (Ellis & Bernard, 1985) diseñado para ayudar a las personas a vivir plenamente ayudándoles a minimizar sus perturbaciones emocionales y sus conductas de autoderrota, permitiendo así cambiar su forma de pensar para lograr vivir de manera más tranquila y feliz (Matamoro, 1999). Contrario al lado irracional están las creencias racionales que conducen a conductas de autoayuda, mientras que las creencias irracionales propician conductas destructivas para la sociedad y el individuo (Calvete & Cardeñoso, 1999). Ellis (1973; 1975; 1976) identificó once ideas irracionales:

1. Es una necesidad absoluta ser aprobado y amado por los demás.
2. Una persona debe ser competente, eficaz, perfecto en todo lo que realice de lo contrario es alguien inservible.
3. Las personas deben ser buenas todo el tiempo, de lo contrario son malvadas y merecen castigo.
4. Es horrible e insoportable que las cosas no salgan como uno quisiera.
5. El sufrimiento emocional es a causa de sucesos externos, y por lo tanto no hay nada que se pueda hacer por remediarlo, se es una víctima de las circunstancias.
6. Si algo es o puede llegar ser peligroso uno debe estar preocupado por ellos todo el tiempo.
7. Es mejor evitar los problemas de la vida, antes de que hacerles frente.



8. Se necesita de otras personas, uno mismo por sí solo no puede hacerse cargo.
9. Si algo malo sucedió en el pasado, eso me determina y me afectará toda mi vida.
10. Los problemas de los demás son tan terribles que lo adecuado debería ser preocuparse por los demás.
11. Existe una solución perfecta para resolver todos los problemas humanos y sería horrible no encontrarla nunca.

Estas ideas posteriormente fueron agrupadas en tres inferencias: Tremendismo, Baja tolerancia a la frustración, y Condenación o Evaluación global de la valía del ser humano. El *tremendismo* es la tendencia a resaltar excesivamente la parte negativa de un acontecimiento, es una conclusión exagerada y mágica que proviene de la creencia “esto no debería ser tan malo como es”; la *baja tolerancia a la frustración* es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y condenación o evaluación global de la valía del ser humano (Ellis 1984;1985, como se cita en Cabezas & Lega, 2006, p. 103).

Según Ellis, el sistema de creencias del *debería* agrava las declaraciones probabilísticas, lo que las convierte en absolutos. Una creencia absoluta de que los acontecimientos de la vida no pueden ser influidos por las propias acciones interfiere con actuar de forma adaptada. Las creencias de mala adaptación pueden funcionar como profecías de auto realización, por medio de la creencia se conduce a acciones que la confirman. La teoría ABC de la personalidad que se encuentra detrás de la Terapia Racional Emotiva sostiene que cuando una consecuencia emocional muy cargada (C) sigue a un evento de activación significativo (A) puede parecer que A causa a C, pero en realidad no es así. En su lugar, las consecuencias emocionales son creadas en gran medida por B, el sistema de creencias del individuo (Ellis, como se cita en Engler, 1998). Además, las personas se diferencian por el contenido de sus creencias, por el convencimiento con que se adhieren a sus diversas creencias y por las emociones relacionadas con ellas. Las creencias irracionales son aquellas que no son lógicas y que no se pueden someter a la prueba o la

refutación. A pesar de que se ha señalado que existe una predisposición biológica a pensar irracionalmente, la TREC es bastante optimista en el sentido de que considera que las personas pueden elegir el trabajar para cambiar ese pensamiento irracional y abandonar los efectos autodestructivos a los que se está acostumbrado (Ellis, 1989).

La TREC menciona acerca de dos niveles del cambio de pensamientos, ambos consisten en una reestructuración filosóficas de las creencias irracionales. El primer nivel es *el cambio específico*, significa que las personas cambian sus exigencias absolutistas, los “debo dé, tengo qué” por preferencias relativas racionales. Y el nivel de *cambio filosófico general*, el cual supone que la persona adopte una actitud no dogmática frente a los acontecimientos de la vida. Para ambos niveles de cambio filosófico se aconseja lo siguiente. Ellis (1989):

1. Las personas han de darse cuenta de que ellos mismos son quienes generan su propio malestar emocional, aunque las situaciones puedan ser adversas o desagradables y contribuyen en los problemas, esto solo representa un aspecto secundario por el cambio, es decir que se resuelva o no la dificultad presentada no es necesario para generar un cambio cognitivo-emocional.
2. Reconocer que las personas tienen la capacidad para cambiar su forma de pensar.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales provienen de creencias irracionales absolutistas y dogmáticas.
4. Aprender a detectar sus creencias irracionales y a diferenciarlas de las opciones racionales.
5. Debatir las creencias irracionales mediante los métodos Lógico-Empírico y Pragmático.
6. Trabajar para interiorizar los cambios con técnicas cognitivo, conductuales y emocionales.

7. Adoptar esta filosofía de vida, de modo que el cambio permanezca.

Para la TREC Existen tres niveles de pensamientos Ellis (2004):

1. Las inferencias: son pensamientos automáticos que emplea una persona para darle sentido a los eventos o situaciones del entorno, se suelen expresar de la siguiente manera: “seguramente, a lo mejor, tal vez”

2. Las evaluaciones: Es la manera como son valoradas las inferencias, en el caso de las evaluaciones irracionales existen tres:

- Intolerancia a la frustración: “No lo puedo soportar, no aguanto más, ¡por qué a mí!”
- visión catastrófica: “Es terrible, horrible, lo peor, No puedo o no podré,
- Etiquetas globales: “Soy un tonto, Soy inferior, Soy débil, todos son iguales”

3. Creencias Irracionales: Sistema de creencias, caracterizado por ser extremista, no poseer datos objetivos sino procedentes de la percepción inadecuada de la realidad, generan un intenso malestar emocional, impiden lograr los objetivos. Se Expresa de la siguiente forma “debo dé, los demás tienen qué, la vida debería ser”.

Es entonces que la TREC se basa en enseñar a los clientes a cambiar su intolerancia a la frustración por tolerancia a la frustración, la visión catastrófica por una visión moderada de lo malo, a las etiquetas globales por aceptación positiva incondicional y a los “debería” por “preferiría”. Para ello se vale del modelo A-B-C-D-E para generar cambios filosóficos profundos que impacten en el bienestar emocional.

### **5.2.2 Terapia Cognitiva de Beck: Distorsiones cognitivas**

Por su parte, Beck (1991) indica que en el procesamiento de la información de los sujetos deprimidos se filtraban señales negativas y se focalizaba la atención sobre los aspectos negativos ante situaciones de pérdida o fracaso, uno de los componentes de

procesamiento de la información implicados en las alteraciones emocionales son los sesgos o distorsiones cognitivas. Se trata de proposiciones que suponen errores lógicos y sistemáticos que facilitan el mantenimiento del humor depresivo. Para Beck se trata de un tipo de pensamiento inmaduro semejante al preoperatorio del niño, caracterizado como irreversible y categórico por Piaget. Su origen se sitúa en las primeras etapas del desarrollo, constituyendo un factor predisponente para la depresión, mantenedor de los esquemas depresivos y de la tríada depresiva cuando el trastorno anímico hace aparición (Beck, 1991; Ruiz Caballero, 1991). Desde una perspectiva dimensional se esperan ciertos sesgos cognitivos (Hammen, 1997) pero el estado de ánimo depresivo incrementa su probabilidad de aparición y en un círculo vicioso las distorsiones cognitivas agravan el humor (Clark & Beck, 1997).

Las distorsiones cognitivas consisten en la predisposición para procesar información de acuerdo con los códigos contenidos en los esquemas cognitivos (Beck, 1970, citado por Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012), estos esquemas se encargan de organizar la información que proviene del ambiente (Beck, 1995). Si bien, esta operación se ejecuta de forma automática, como atajo que facilita el procesamiento de información, también pueden producir errores en su interpretación. Inicialmente, Beck (1967) propone la existencia de seis distorsiones cognitivas, tales como la Inferencia Arbitraria, Abstracción Selectiva, Generalización, Maximización/ Minimización, Personalización y Pensamiento Absolutista o Dicotómico. Después Beck, Rush, Shaw & Emery (1979, 1983) modifican este listado cambiando algunos nombres y ampliándolo a 11 distorsiones cognitivas: Pensamiento de Todo o Nada, Sobregeneralización, Descontar lo Positivo, Saltar a las Conclusiones, Leer la mente, Adivinación, Magnificar/Minimizar, Razonamiento Emocional, Declaraciones de Debería, Etiquetar y Culpabilidad Inapropiada.

Posteriormente, Mckay, Davis y Fanning (1988) construyen un listado de 15 tipos de distorsiones cognitivas:

**Filtraje:** este término es el equivalente a la Abstracción Selectiva de Beck (1967). Se define como una visión de túnel, donde se perciben solo ciertos aspectos de un acontecimiento, sesgando la interpretación del contexto.

**Pensamientos Polarizados:** cierta inclinación a predecir conclusiones extremistas, con posibilidades opuestas, sin tener evidencia de ello. Este es el equivalente a los Pensamientos Dicotómicos o Absolutistas de Beck (1967).

**Sobregeneralización:** esta distorsión del pensamiento equivaldría a la Generalización Excesiva de Beck (1967) y hace referencia a las conclusiones que surgen de un solo hecho en particular, desplazándose como explicación a otras situaciones aisladas, sin evidencia que lo soporte.

**Interpretación del Pensamiento:** hace referencia a las conclusiones acerca de los sentimientos e intenciones de otros, sin evidencia alguna de ello.

**Visión Catastrófica:** consiste en la predisposición a extraer posibles conclusiones catastróficas, sin que existan datos reales que lo evidencien.

**Personalización:** es la misma distorsión cognitiva que describe Beck (1967) y hace referencia a la atribución o culpabilizarse de hechos ocurridos en el entorno, sin evidencia suficiente.

**Falacia de Control:** se describe como el excesivo control que se ejerce sobre diversos acontecimientos, oscilando entre creencias de alto control o extremos de ningún control.

**Falacia de Justicia:** percepción de injusticia a todos los hechos que no coincidan con las expectativas o que estén en contra de los deseos propios.

Razonamiento Emocional: los pensamientos están determinados por el estado afectivo intenso del momento.

Falacia de Cambio: en esta distorsión los cambios están sujetos a las acciones que ejecuten otros, ya que estos parecen ser los que satisfacen las necesidades propias.

Etiquetas Globales: consiste en el etiquetamiento erróneo y generalizado a hechos del entorno y a otras personas, generando una visión inflexible del mundo.

Culpabilidad: esta distorsión surge al atribuirse responsabilidades o acontecimientos a sí mismo o a otros, sin que existe evidencia que lo soporte.

Los Debería: se caracterizan por el desarrollo de normas rígidas y autoexigentes sobre cómo deberían ser las cosas.

Falacia de Razón: este tipo de pensamiento ocurre cuando hay una tendencia a probar y reafirmar convicciones propias, frente a situaciones en que se cree tener la razón, sin importar otro tipo de argumentación.

Falacia de Recompensa Divina: consiste en la búsqueda de recompensa divina a partir de comportamientos percibidos como correctos y que aparentemente son merecedores de este premio divino.

De acuerdo con la Tríada Cognitiva de Beck, existe una estructura cognitiva que propicia la activación de estos esquemas disfuncionales, lo que se manifiesta en la percepción de un yo defectuoso, un mundo cruel y un futuro sin esperanza (Ruiz et al., 2012; Toro, 2013). Es así como, las distorsiones cognitivas, al alterar la percepción de esta tríada, podrían estar implicadas en el riesgo de suicidio. Asimismo, estas distorsiones cognitivas son un agravante de la alteración emocional (Beck, 1995; Rodríguez-Testal et al, 2002; Gómez, Silva & Amon, 2017). La alteración en factores como las emociones y la

calidad de vida tienen un impacto directo en el riesgo de suicidio en adolescentes (Shain & Committee On, 2016; Balazs et al., 2018). Así, experiencias de pérdida o de fracaso que se ven afectadas en su interpretación, centrando la atención en aspectos negativos, generan la mantención de estados depresivos y el aumento del riesgo de suicidio.

Los procesos cognitivos son útiles al individuo para adaptarse al mundo y comprender la realidad que se le presenta ante sí, pero éstos pueden volverse desadaptativos o disfuncionales. Las distorsiones cognitivas actúan facilitando sesgos de información que tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo o inocuo en algo que se experimenta como negativo (Londoño, Álvarez, López & Posada, 2005); ante determinadas situaciones desencadenantes (p.e. un examen) ciertas creencias centrales de las personas (pensamientos automáticos) se activan facilitando la aparición de distorsiones cognitivas. Las mismas se expresan a través de pensamientos e imágenes que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (p.e. ansiedad) y conductual (p.e. evitación del examen). Cía (2000) ve a los pensamientos automáticos negativos como cogniciones o imágenes que surgen en el individuo espontáneamente y están asociadas a afectos negativos, resultan creíbles y en general no son sometidos a críticas o examen. Los pensamientos irracionales cumplen un rol significativo dentro de la Terapia Cognitivo Conductual puesto que no sólo contribuyen a la comprensión/explicación de diversas patologías sino que también son empleados dentro de sus abordajes terapéuticos. Al considerar dicha relevancia de los Pensamientos automáticos negativos en la mediación de los problemas psicológicos, su medición resulta necesaria (Moyanos et al., 2011).

### **5.3 Creencias Irracionales y Depresión**

Los estudios han mostrado una relación importante entre los pensamientos que las personas generan y el desarrollo de diferentes patologías, para intereses de este estudio, se

pretende prestar atención a la influencia que los pensamientos ejercen en el desarrollo de ansiedad y depresión, ya que hay evidencia de diversos estudios que resaltan esta relación.

Los estudios realizados por la TREC han indicado que al parecer una persona se deprime ante eventos negativos solo si se adoptan creencias irracionales del tipo “yo debo ser enteramente competente, adecuado, exitoso y amable en todo momento” y “soy una persona incompetente y poco valiosa” (Kendall, Haaga, Ellis, Bernard, Di Giuseppe & Kassinove, 1995, como se cita en Abad, 2018). La TREC señala que si una persona no cumple con esta característica –en el mismo nivel del pensamiento del “debo”-, la persona únicamente experimentará una sensación común de tristeza –incluso si dicha persona es pesimista, tiene pocas habilidades sociales o apoyo social- tal como lo indican otras teorías respecto a la depresión (Yankura & Dryden, 2000, como se cita en Abad, 2018). Por su parte, David (2003) plantea una guía para la relación entre las creencias irracionales y las emociones disfuncionales. Así, propuso que la sintomatología depresiva se debe a la interacción entre la creencia irracional nuclear de exigencia y la creencia irracional de valoración integral negativa del talento de la persona en su forma de autodepreciación.

En un estudio desarrollado por Macavei (2005, como se cita en Abad, 2018), se halló que la depresión clínica está ligada a distorsiones cognitivas, y se ha encontrado un mayor número de creencias irracionales en pacientes depresivos que en los que no tienen depresión. , que Calvete y Cardeñoso (1999) evidenciaron que los pensamientos que se asocian a los síntomas depresivos están en relación a recibir la aceptación, excelencia y aprobación por parte de los otros, el perfeccionismo y el desamparo ante la modificación de una determinada situación.

Hauck y Mckeegan (2000, como se cita en Abad 2018) han identificado tres patrones cognitivo emocionales que serían las posibles causas de la depresión. 1) Autoinculpación: se refiere a la interpretación de los acontecimientos vividos con pensamientos que



encuadran su pensamiento perturbado, como sentir que se ha fracasado, pecado o herido casualmente a alguien, lo que explica el surgimiento de creencias irracionales tales como “tengo que ser estupendo, no debería realizar actos indebidos, en efecto soy un sujeto cruel y amerito ser sancionado”. 2) Autocompasión: hace referencia a creencias irracionales como “para emprender mi propio trayecto, tengo que alcanzar lo que anhelo, sería tremendo si no lo consigo... ¡qué será de mí!”. 3) Compasión ajena: comprende creencias irracionales como “haber soportado un difícil contratiempo”, “los acontecimientos adversos no tendrían que ocurrir a los que no son dignos de alguna cosa” y “la sociedad es un espacio aterrador ya que permite que se produzcan ciertos eventos”. Según este modelo, la depresión puede estar ocasionada por la autoinculpación (la visión del “soy un ser vil”), la autocompasión (“soy infeliz”) y la piedad de los demás (“lo lamento por tí”).

#### 5.4 Creencias Irracionales y Ansiedad

Para la TREC, el hecho de sentir ansiedad lleva a la persona a creer que es necesario pensar en cómo afrontar una amenaza. Existen dos tipos de amenazas que una persona puede experimentar: 1) Amenazas a aspectos del yo sobre el dominio personal: se da cuando una persona hace frente a algo que amenaza a una cosa o aspecto que considera valioso para sí mismo, ya que esto tiene un impacto en su autoestima. 2) Amenazas a aspectos que no involucran el yo sobre el dominio personal: se presenta cuando una persona afronta algo que amenaza a un aspecto o cosa que es importante para sí misma; sin embargo, no repercute en su autoestima.

David (2003) expone que la sintomatología ansiosa se debe a la interacción entre la creencia irracional de exigencia y la creencia irracional terrible/catastrófico. De igual manera, Dryden et al. (2009) consideran que los causantes de la ansiedad son dos tipos de creencias irracionales: un pensamiento rígido de exigencia y un pensamiento catastrófico. Además, señalan que se presentan otras creencias irracionales como poca apertura a la

derrota, autodepreciación y apreciación total negativa del valor del individuo. Estas cuatro creencias irracionales son los componentes de la Filosofía Creadora de Ansiedad General (General Anxiety-Creating Philosophy GAP). Finalmente, Dryden (2012) estructuró las diversas formas de ansiedad y tomó en cuenta hacia dónde considera la persona que está dirigida la amenaza y las creencias irracionales involucradas. En la ansiedad no relacionada al yo, una persona generalmente mantiene una creencia irracional de exigencia con la creencia irracional catastrófica o la idea distorsionada de soportar poco el fracaso. Así, ambos posibles escenarios quedan esquematizados de la siguiente manera:

Ansiedad que no es asociada al yo = (Amenaza a aspecto que no involucra al yo de dominio personal) x (exigencia) + (terrible/catastrófico).

Ansiedad no relacionada al yo = (Amenaza a aspecto que no involucra al yo de dominio personal) x (exigencia) + (baja tolerancia a la frustración).

En cambio, en la ansiedad relacionada al yo, la persona generalmente mantiene una creencia irracional de exigencia y una creencia de autodepreciación, tal como se muestra a continuación:

Ansiedad relacionada al yo = (Amenaza a aspecto que involucra al yo sobre el dominio personal) x (exigencia) + (autodepreciación).

De igual manera, señala que mantener un GAP (Filosofía Creadora de Ansiedad General) llevará a la persona a buscar amenazas en su entorno y volverse ansiosa sobre esas amenazas por las versiones específicas de su filosofía. Entonces, la ansiedad es la consecuencia emocional de la interacción amenaza creencia irracional:

(amenaza específica) x (creencia irracional específica)= ansiedad.

En población infanto-juvenil la relación entre las distorsiones cognitivas con la sintomatología depresiva o los trastornos anímicos ha sido ampliamente documentada. Los trabajos de Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman (1985) y de Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson (1986), han sido pioneros en la elaboración de instrumentos específicos para la recogida y valoración de las distorsiones cognitivas. Leitenberg et al. (1986) estudiaron los errores cognitivos en relación con problemas de autoestima y sintomatología depresiva y ansiosa. Sobre una población de 637 niños de entre 10 y 14 años (311 varones y 326 niñas) obtuvieron cuatro sesgos cognitivos fundamentales: catastrofismo, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva. Los niños con más síntomas depresivos exhibieron un mayor número de errores en cada tipo de distorsión evaluada.

Mazur et al. (1992) hallaron que el catastrofismo, la sobregeneralización y la personalización correlacionaron con síntomas autoinformados de ansiedad, depresión, baja autoestima y problemas de conducta, especialmente entre las féminas. La comparación entre los sujetos con depresión y aquellos con varios diagnósticos en los que la depresión era parte integrante, llevó a los autores a deducir que las distorsiones cognitivas se manifiestan si la depresión es el diagnóstico principal y no cuando es secundaria.

Existen estudios que dan evidencia de que tanto en adolescentes como en adultos los síntomas de depresión y ansiedad podría explicarse por el uso de estrategias de afrontamiento cognitivas, en ambos grupos las estrategias cognitivas de afrontamiento usadas han sido la autoinculpación y han demostrado que la rumiación, el catastrofismo y la reevaluación positiva desempeñan los roles más importantes en síntomas de psicopatología como ansiedad y depresión (Garnefski, et al., 2001; 2002).

Bridges y Harnish (2010), han demostrado que las ideas irracionales estar relacionadas con una variedad de trastornos como depresión y ansiedad, evaluados a través de técnicas de entrevista clínica o auto reportes. Sus resultados, han establecido que, debido a las ideas

irracionales, personas con estos trastornos, sistemáticamente distorsionan el significado de los acontecimientos o eventos, interpretando sus experiencias de forma contraproducente y negativa (Jurado, 2011).

En una investigación cuya asociación entre creencias irracionales y síntomas depresivos se estudió mediante un modelo de ecuaciones estructurales, los resultados de los análisis mostraron que tres tipos de creencias irracionales tenían efectos significativos: necesidad de aprobación, indefensión ante el cambio y perfeccionismo. La influencia de la *necesidad de aprobación* por parte de los demás en los síntomas depresivos ya había sido evidenciada en otros estudios (Cash, 1984; McLennan, 1987) y es coherente con la falta de autoestima y de confianza en uno mismo que caracteriza a la persona depresiva. El efecto de la *indefensión ante el cambio* en los síntomas depresivos ha sido teorizado en el modelo de la depresión de Seligman (Seligman et al., 1979). Esta creencia está muy relacionada con el concepto de locus de control, es decir, con la creencia por parte de una persona de que puede hacer muy poco por sí misma para cambiar las circunstancias e influir en los acontecimientos de su vida. El tercer tipo de creencia irracional para el que se ha encontrado una asociación significativa está muy ligada al anterior: *el perfeccionismo*. En este caso, el coeficiente estructural obtenido es de signo negativo por lo que puede interpretarse que las personas con mayor sintomatología depresiva se caracterizan por creer que no existen soluciones buenas ni ideales para los problemas de la vida. Una vez más, por tanto, nos encontramos con cierta tendencia a la indefensión y a la pasividad que evidencian una forma negativa de percibirse a uno mismo, al mundo y al futuro: Todo está predeterminado y además no es posible encontrar buenas soluciones para los problemas (Calvete & Cardeñoso, 1999).

## 5.5 Creencias Irracionales y Edad

En los estudios realizados sobre creencias irracionales con relación a la edad, se ha encontrado que existen diferencias entre personas jóvenes y mayores. Las personas mayores han puntuado más bajo en distorsiones como irresponsabilidad emocional e indefensión acerca del cambio. La Irresponsabilidad Emocional refleja una creencia irracional consistente en que se tiene poco control sobre la propia infelicidad o malestar psicológico, mientras que la Indefensión para el Cambio se caracteriza por pensar que la persona es el resultado de su historia pasada y, en consecuencia, poco puede hacer por superar sus efectos. Por tanto, las puntuaciones menores de las personas mayores en ambas creencias podrían interpretarse como indicadores de una menor externalidad. Las personas mayores han mostrado puntuaciones más bajas, y consiguientemente mayor racionalidad, es la conocida como necesidad de aprobación. Los mayores tienen más claro que se puede vivir sin el beneplácito de los demás. Los datos muestran además cómo las personas más jóvenes se preocupan más por agradar a otras personas. A medida que la edad aumenta, esta creencia parece disminuir, lo cual no resulta extraño si se piensa en la importancia que la juventud da a la aprobación y opinión que tienen las demás personas (sobre todo físicamente), conduciendo en ocasiones a problemas de falta de autoaceptación. Con relación al perfeccionismo, las menores puntuaciones obtenidas por los mayores también indican que éstos son más racionales que el grupo de adultos más jóvenes. Esta creencia consiste en pensar que todos los problemas tienen una solución perfecta o «excelente» y que la persona no puede sentirse feliz o satisfecha hasta que la encuentre. Puede existir una edad media en la que aumenta el perfeccionismo en función de determinadas exigencias sociales.

Las personas mayores han mostrado mayor irracionalidad en las creencias de altas auto expectativas y tendencia a culpabilizar. La primera consiste en pensar que se debe tener éxito y ser completamente competente en todo lo que se hace; es decir, que su valor

como persona está en función de sus logros. Puede que los mayores piensen en todo lo que podían haber hecho y no hicieron. No hay que olvidar que les tocó vivir una época limitada de posibilidades y, como indica De Miguel (2000), tenían que conformarse. Sin embargo, un balance poco adecuado del éxito en la vida conduce a la necesidad de poseerlo y, por lo tanto, a la irracionalidad que supone no saber aceptar que el éxito puede ser un deseo, pero nunca una obligación. La segunda creencia en la que puntúan más alto es en tendencia a Culpabilizar, reflejando que las personas mayores tienden a pensar que la gente, incluyéndose a sí mismas, merece ser culpada y castigada por sus errores o malas acciones. Se puede pensar que se trata de una cohorte de población para la cual el ‘castigo’ formaba parte del proceso de aprendizaje; cuando una conducta era considerada incorrecta se la aplicaba un castigo. Los métodos psicológicos actuales, que buscan otros caminos más racionales para eliminar conductas no deseadas, no se aplicaban normalmente en aquella época.

Las diferencias no solo están determinadas por la edad, ya que estas diferencias muestran una diferencia importante también en función del sexo, pues dependiendo de la edad es que existen estereotipos que determinan a hombres o mujeres cómo deben comportarse, y las creencias irracionales se hacen presentes dependiendo el sexo.

## 5.6 Creencias irracionales y Sexo

Los resultados sobre los estudios de las creencias irracionales muestran también diferencias en función del sexo. Los estudios sugieren que la evolución de ciertas creencias podrían ser diferentes entre hombres y mujeres. Los hombres muestran puntuaciones más altas en creencias irracionales como culpabilización y perfeccionismo (Zwemer & Deffenbacher, 1984) tanto en población de jóvenes como en adultos mayores en comparación con las mujeres, quienes obtienen puntuaciones más altas en la necesidad de aceptación por parte de los demás (Coleman & Ganong, 1987; Jones, 1968; Koopmans,

Sanderman, Timmerman & Emmelkamp, 1994). Los hombres de mayor edad obtienen puntuaciones más altas en la creencia de altas expectativas. Barberá, Bonilla, Fernández y otros (1998) consideran que pese a los cambios sociales que se han producido a lo largo del siglo XX, continúan las diferencias de posición social entre hombres y mujeres; a la mujer se la ha identificado con comportamientos de bajo reconocimiento social (emocional, gentil, sensible, paciente, sentimental, comprensiva, compasiva, crédula, etc.), en comparación con el comportamiento masculino (agresivo, dominante, activo, aventurero, fuerte, racional, independiente, competitivo, etc.). Así, muchas de las diferencias relacionadas con el sexo, pueden estar construidas a partir de las exigencias derivadas de los papeles que desempeñan. De esta manera, el papel dominante y competitivo atribuido al hombre, puede explicar la mayor irracionalidad de este grupo en altas auto expectativas, perfeccionismo y necesidad de aprobación, derivada de su mayor deseabilidad social, su necesidad de lograr éxito y su alta autoestima; por otro lado, el papel comprensivo, compasivo y gentil de las mujeres, aclararía su menor irracionalidad en tendencia a culpabilizar frente al grupo de los hombres. Igualmente, los cambios en racionalidad según el sexo y la edad podría atribuirse al aprendizaje de los roles sociales a través del tiempo.

### **5.6.1 Creencias irracionales en las mujeres**

Desde la década de los setenta, se ha aplicado el modelo de la Terapia Racional Emotivo Conductual o TREC (Ellis, 1958, 1962, 1975, 1980, 1994) en el trabajo psicoterapéutico con mujeres (Lega & Velten, 2006; Wolfe, 1985; Wolfe & Naimark, 1991). Dentro de esta perspectiva teórica ha sido primordial la identificación y debate de creencias irracionales en las representaciones de rol de género femenino tradicional que tienen muchas mujeres como producto de los mensajes recibidos en su proceso de socialización. Wolfe (1995) encontró que entre los más frecuentes están: “Si soy bonita, dulce... si estoy delgada, puedo aceptarme a mí misma”, o “Necesito tener la protección de un hombre”, o “Necesito una pareja para ser feliz”.

Esta presencia de irracionalidad en las representaciones del rol de género femenino tradicional, aunque difiere en grado, tiene también relevancia dentro de un contexto cultural diferente. Por consiguiente, la importancia psicoterapéutica de la identificación y debate de estas creencias, que muchas mujeres tienen como producto de los mensajes recibidos en su proceso de socialización, trasciende las barreras geográficas (Lega et al, 2009).

Cruz-Almanza, Gaona-Márquez y Sánchez-Sosa (2006) aplicaron un estudio a 18 mujeres violentadas por sus esposos, en 2 centros comunitarios de violencia de pareja en la Ciudad de México, revelando que las ideas irracionales, están mayormente ligadas con una pobre regulación emocional y habilidades interpersonales (Jurado, 2011).

El estudio realizado por Lega, et al. (2009), con el fin de medir cuáles eran las creencias femeninas tradicionales, a 120 mujeres con edad mínima de 17 años, provenientes de 3 muestras iniciales equivalentes (20 hijas y 20 madres en cada una), de Colombia y sus contrapartes, residentes en Estados Unidos. Los resultados indican que existen diferencias transculturales en el grado de irracionalidad de las 3 muestras. No se encontraron diferencias de generación, ni una interacción significativa entre las diferencias transculturales por generación. Otros resultados, indican que los factores etnoculturales propios y de cada una de ellas parecen influenciar diferencias en el grado de los “debería” en todos los grupos (Jurado, 2011).

En un estudio realizado por Buiklece (2019) a mujeres para evaluar aspectos de violencia y dependencia se encontró que la creencia irracional intolerancia la frustración, creencia irracional ansiedad ante lo desconocido y creencia irracional indefensión ante eventos del pasado, puntuaron con un nivel moderado. Esto muestra que las participantes poseen poca capacidad para regular emociones ante situaciones que suponen tener paciencia, irritándose cuando las cosas no suceden de la forma esperada. También, muestran ansiedad por eventos inesperados, lo que repercute en pensamientos rumiantes de



tipo catastrófico e incide en la toma de decisiones, además presentan dificultad para desengancharse de acontecimientos pasados, percibiéndolos con una fuerte influencia para su presente, y afirman que la relación de pareja es esencial para la definición que tienen las mujeres acerca de sí mismas; estos datos son confirmados en otro estudio realizado por Ccorimanya (2022), en el que menciona que las mujeres involucradas en un contexto de violencia muestran relación de creencias irracionales con un apego ansioso, ansiedad por separación, experiencias repetidas de desamparo, subordinación al rechazo y ayuda, también se aprecia autoestima baja, carencia de empatía y afecto y carácter sumiso, emerge con mayor frecuencia la culpabilidad, el miedo y la ansiedad, muestran mayor dependencia hacia la pareja y evitan los problemas el miedo y la ansiedad, y como consecuencia aumenta el malestar emocional.

### 5.7 Medición de las creencias irracionales

Para evaluar los pensamientos y conocer las creencias irracionales, o distorsiones cognitivas y errores de pensamiento de las personas se han diseñado diversos instrumentos psicométricos (pruebas, cuestionarios, tests), la mayoría integran la perspectiva teórica de Ellis. Sin embargo, hay diferentes críticas en torno al diseño y validación de los mismos, a veces porque suelen ser muy generales o susceptibles de la deseabilidad social, o bien, integran emociones y conductas, más que a creencias irracionales (Calvete & Cardeñoso, 1999), algunas otras no consideran el contexto cultural.

Desde la perspectiva de la TREC, el primer cuestionario elaborado para la evaluación de las creencias irracionales inicialmente propuestas por Ellis (1962; 2003) fue el “Irrational Beliefs Test” (IBT; Test de Creencias Irracionales) de Jones (1968), que sirvió de punto de partida para nuevos instrumentos, y del cual se han realizado varias traducciones y adaptaciones al castellano (Calvete & Cardeñoso, 1999; 2001; Cardeñoso & Calvete, 2004; Davis, McKay, & Eshelman, 1985).

Calvete y Cardeñoso (1999) retomaron el IBT de Jones (1968) haciendo una adaptación al castellano, las autoras eliminaron los ítems contaminados por tener en su estructura contenido de emociones y conductas, sin embargo, aunque los coeficientes de consistencia interna encontrados no son muy adecuados, resultan similares a los de la versión de Jones (1968), teniendo como dimensiones: 1) *necesidad de aprobación por parte de los demás* (la persona cree que necesita tener el apoyo y aprobación de todos los demás), 2) *altas autoexpectativas* (la persona cree que debe tener éxito y ser completamente competente en todo lo que hace y que enjuicia su valor como persona basándose en sus logros), 3) *tendencia a culpabilizar* (consiste en creer que las personas, incluyéndose a uno mismo, merecen ser culpadas y castigadas por sus errores o malas acciones), 4) *control emocional* (tiene poco control sobre su infelicidad u otras emociones negativas, piensa que todo está causado por otras personas o sucesos, si estos fueran diferentes entonces podría sentirse bien), 5) *evitación de problemas* (se refiere a la creencia de que es más fácil evitar ciertas dificultades y responsabilidades y, en su lugar, realizar actividades que sean más agradables), 6) *dependencia de otros* (consiste en creer que se debe disponer siempre de alguien más fuerte en quien apoyarse y en sentirse incapaz de adoptar decisiones propias), 7) *indefensión acerca del cambio* (creencia de que el presente es el resultado de su historia pasada, poco puede hacer por superar sus efectos: “así soy y no puedo hacer nada por cambiarlo”), y 8) *perfeccionismo* (consiste en creer que todos los problemas tienen una solución perfecta y que uno no puede sentirse feliz o satisfecho hasta que la encuentre, fallar en ese intento será un gran fracaso). Los dos factores de la versión original que no se incluyen en la abreviada son reacción a la frustración y ansiedad acerca del futuro, esto debido a que la mayoría de los ítems pertenecientes a estas subescalas fueron excluidos del análisis factorial porque describían consecuencias emocionales y/o conductuales más que creencias.

El “Attitudes and Beliefs Inventory” (ABI; Inventario de Actitudes y Creencias) de Burgess (1990) ha sido adaptado al castellano (Caballo, Lega, & González, 1996), siendo el

más utilizado en estudios transculturales (Lega & Ellis, 2001, como se cita en Cabezas & Lega, 2006). El Inventario de Actitudes y Creencias (ABI) es un instrumento elaborado para la evaluación, como su nombre indica, de las actitudes y creencias irracionales reformuladas por Ellis en su Teoría Racional-Emotivo-Conductual más actual (Ellis, 1984; 1994; Ellis et al, 2010; Kendall et al., 1995; Lega et al, 2002). El ABI se fundamenta en la idea central de que existe un grupo de procesos (“inferencias” irracionales secundarias o «actitudes») que derivan de un grupo de áreas generales o contenidos de irracionalidad («creencias» irracionales primarias) e interaccionan entre sí conformando un particular estilo de pensamiento irracional (Burgess, 1990; Kendall et al., 1995; Lega et al., 2002). Existe una versión del ABI adaptada por Caballo et al. (1996) y se encuentra publicada en Lega et al. (2002). En ésta versión el ABI está constituido por 48 ítems, la mitad de los cuales hacen referencia específicamente a las creencias y actitudes irracionales básicas, mientras que la otra mitad describe las mismas actitudes y creencias desde una perspectiva racional. Tan sólo los 24 ítems que describen las creencias y actitudes irracionales se utilizan para evaluar las 7 escalas en que se desglosa todo el inventario. De estas 7 escalas, 3 hacen referencia a las creencias irracionales básicas consideradas en la teoría más actual de la TREC (Aprobación o Aceptación, Éxito o Perfeccionismo y Comodidad o Merecimiento/Justicia) constituidas por 8 ítems cada una de ellas; las otras 4 escalas hacen referencia a las actitudes generales perturbadoras, o “estilos de pensamiento irracional” (Kendall et al., 1995), en las que tales creencias básicas se hallan implicadas (Exigencia, Condenación o Devaluación global, Catastrofismo o Tremendismo y Baja Tolerancia a la Frustración) y que están constituidas por 6 ítems cada una de ellas (resultantes de la combinación de dos ítems de cada una de las tres creencias irracionales básicas).

Desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva, en cambio, uno de los cuestionarios más utilizados para la evaluación de las actitudes disfuncionales es la “Dysfunctional Attitudes Scale” (DAS; Escala de Actitudes Disfuncionales) elaborada por Weissman y Beck (1978), y de la que se han desarrollado diferentes versiones y adaptaciones (Beck,

Brown, Steer, & Weissman, 1991; Weissman, 1979; 1980), incluso en población española (Bas & Andrés, 1994; Burns, 1990; Sanz & Vázquez, 1993; 1994). La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) fue originariamente desarrollada para evaluar las actitudes disfuncionales básicas a las que se atribuye un papel causal en la génesis y mantenimiento de la depresión según el modelo de Beck. Si bien, algunos autores consideran que la DAS, más que ser un indicador de vulnerabilidad a la depresión, es un indicador de la vulnerabilidad a la patología psicológica, en general (Zimmerman, Coryell, Corenthal, & Wilson, 1986). Existe una versión elaborada por Bas y Andrés (1994). En esta versión, la DAS está constituida por 35 ítems que evalúan 7 actitudes disfuncionales básicas (Aprobación, Amor, Ejecución, Perfeccionismo, Derechos, Omnipotencia y Autonomía). La disfuncionalidad de las creencias y actitudes evaluadas por sendos cuestionarios radica en su contenido absolutista, rígido e irracional, reflejado en expresiones dogmáticas o imperativos categóricos ("debo...", "tengo que...", etc.), falsas necesidades ("es esencial que...", "necesito...", etc.), o deducciones ilógicas manifiestas en una amplia variedad de distorsiones cognitivas (ej., "catastrofismo", "sobregeneralización", "personalización", etc.). Además, como bien señala Peña (2002) respecto de los ítems de la DAS, ambos cuestionarios plantean el contenido de los ítems en términos condicionales (si X, entonces Y). Es decir, en cada ítem se presenta una situación antecedente (acontecimiento vital, comportamiento individual o interpersonal, etc.) seguida de una supuesta consecuencia (aprobación o desaprobación social, satisfacción o culpa, éxito o fracaso, etc.).

La Escala de Creencias de Mujeres de O'Kelly (O'Kelly Women's Belief Scales) (O'Kelly, en prensa) es un instrumento de medición -que toma como marco teórico la terapia racional emotiva conductual que se ha aplicado al área de género- elaborado originalmente en Australia para medir las creencias sobre el rol sexual de las mujeres que puede ser desarrollado como un estereotipo. Henan et al., (2011) realizan una versión nueva con una muestra de mujeres mexicanas de la CDMX con el objetivo de identificar las creencias irracionales que representan el rol tradicional, producto de una educación y una

contextualización de un país (Ellis, 1994; Wolfe, 1985; Wolfe & Naimark, 1991). Desde la perspectiva de los estudios sobre identidad y género, algunos hallazgos sugieren que, en el caso de mujeres, esta población presentaría características singulares, las mismas que difieren de los varones. Los reactivos están basados en la teoría de la terapia racional emotiva y conductual, donde demandas absolutistas (“debería de” o “tendría que”) son reflejadas en las inferencias irracionales de demandas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración y autoevaluación negativa, con relación específica a las creencias sobre el rol sexual de la mujer de ser aceptadas, valoradas y apreciadas por los demás, particularmente por los hombres (Wolfe & Naimark, 1991). Los índices de consistencia interna de las escalas fueron mayores de 0,76, así como entre los reactivos con el total de la escala (0,81), lo cual permite contar con un instrumento corto (36 reactivos) en la evaluación de las ideas irracionales para mujeres. Este instrumento, según los autores, permite determinar los cambios en el contenido de pensamiento irracional cuando se está llevando un proceso terapéutico. La escala incluye algunas afirmaciones como las siguientes: en el componente 1: “Mi valía no depende de todo lo que pueda hacer para verme atractiva”, “Sería desafortunado el que mis niños tuvieran problemas, pero acepto el que pueda ocurrir”, “Cambiar las decisiones y consejos de mi esposo es incómodo, pero no sería una catástrofe”, “Sería desafortunado y desagradable si mis niños tienen problemas, pero puedo soportarlo”. El componente 2 integra las siguientes creencias: “Sería terrible si pongo primero mis deseos”, “Sería terrible si cuido de mí misma en vez de que todos cuiden de mí”, “Sería insoportable el tener que considerar mi trabajo con seriedad”, “no debería hacer cosas que como mujer me son difíciles de entender (estudiar matemáticas)”. El componente 3 integra: “Sería/es terrible no tener esposo o compañero”, “Sería insoportable si no hago todo lo posible para verme atractiva”, “Yo debo tener un hijo para sentirme realizada”, “Sería una catástrofe el no apresurarme en llegar a la casa para poder limpiar y cocinar”. El componente 4 contiene: “Tengo que satisfacer los deseos de otros y especialmente los de mi pareja”, “Sería realmente terrible que yo actuara de tal forma que disguste a los otros”,

“Sería insoportable que yo no pueda satisfacer los deseos de los otros y especialmente los de mi pareja”.

## 5.8 Intervención para modificar las creencias irracionales

La identificación y manejo de los pensamientos es esencial al momento de referirse a tratamientos en el aspecto clínico. El enfoque de terapia cognitiva plantea que identificar las creencias irracionales o distorsiones cognitivas permiten mejorar la vida de las personas.

Para identificar y modificar las creencias centrales, se debe realizar lo siguiente:

1. Mentalmente establecer una hipótesis respecto de cuál es la categoría de creencia central (de desamparo o de no ser amado, exigencias sociales) que ha dado origen a pensamientos automáticos específicos.
2. Especifica la creencia central (para sí mismo) usando las mismas técnicas de que se vale para identificar las creencias intermedias.
3. Explica a la persona sus hipótesis acerca de la (s) creencia (s) central (es) y pide que la (s) confirme o la (s) refute. A medida que la persona proporciona datos adicionales respecto de sus situaciones actuales e infantiles, y sus reacciones frente a ellas, profundiza sus hipótesis.
4. Instruye a la persona acerca de las creencias centrales en general y de su creencia central específica. Se le guía para que monitoree como opera la creencia central en el presente.
5. Comienza a evaluar y modificar la creencia central; lo asiste para que especifique una creencia central nueva y más adaptativa; examina el origen infantil de la creencia central, su persistencia a través de los años y su contribución para con las dificultades presentes; continua controlando la activación de la creencia central en el presente; utiliza métodos racionales para disminuir la fuerza de la creencia central antigua y acrecentar la de la nueva y se vale de técnicas experienciales o

emocionales, cuando el paciente ya no cree racional o intelectualmente en una creencia central, pero todavía está atado a ella desde lo emocional.

La identificación de este tipo de pensamientos permite no solo considerar el cambio de pensamientos, sino tener una influencia en las emociones que se están presentando que producen malestar y en la identificación de las conductas desadaptativas que, en conjunto, en esta triada se mantiene un comportamiento desadaptativo.

La suma de comportamientos desadaptativos pone en riesgo la felicidad de las personas y su percepción de bienestar en su vida. Llevar una vida donde predominan las creencias irracionales tiene un impacto en las diversas esferas de las mujeres, se afecta su relación de pareja, familia, hacia los hijos, profesional y laboral. En ese sentido, sentir felicidad es esencial en la vida de las personas, permite saber que se está siendo exitoso, pleno y sano. En el siguiente capítulo se hablará más al respecto.

## VI. ¿Felicidad o Bienestar?

*“La felicidad no es algo que sucede. No es el resultado de la buena suerte o del azar. No es algo que pueda comprarse con dinero o con poder. No parece depender de los acontecimientos externos, sino más bien de cómo los interpretamos”*

*Mihaly Csikszentmihalyi*

Este capítulo pretende mostrar cómo es que todas las personas vamos en la búsqueda de la felicidad, y en cómo podemos ser resultado de las influencias sociales y culturales, pero también de nosotros mismos. Ya que la sociedad ha establecido cómo debemos comportarnos, no nos ha exentado tampoco sobre cómo debemos alcanzar la felicidad. Es del interés de esta investigación como estos mandatos culturales de la felicidad afectan a las mujeres e influyen en su salud mental. De estos mandatos podemos dar cuenta a través de las normas y creencias que las personas expresan. Este capítulo desarrolla algunos estudios llevados a cabo en los últimos años en torno a la felicidad y bienestar en mira de indagar y encontrar estos mandatos culturales.

Desde hace muchos años existe un creciente interés por el estudio de la felicidad, el bienestar y el potencial humano (Buss, 2000; Seligman, 2006). Sin embargo, los estudios sobre la felicidad han sido un tema de discusión filosófica (Veenhoven, 2005), lo que ha llevado a desarrollar información científica que permita abordar los problemas de medición empírica y por lo tanto de comprobación en torno a ella. Eventos sociales como las crisis sociales, políticas y económicas que en los años sesenta sufrieron varios países del mundo, así como el incremento de la necesidad de una vida más cómoda y plena, llevó a que se comenzaron a estudiar aspectos que se relacionan con la calidad de vida, el bienestar, la satisfacción y la felicidad, y se generaron así las primeras propuestas empíricas y teóricas (Pozos Gutiérrez et al., 2013).



Los antecedentes del bienestar parten desde el paradigma de psicología salutogénica o positiva acerca de tener salud, en este paradigma se estudian el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la capacidad de resistencia (resiliencia), los mecanismos de defensa maduros, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad. Dentro del bienestar es posible caracterizar la satisfacción y la felicidad como indicadores de buen funcionamiento mental, y es por ello por lo que es necesario contar con instrumentos que lo midan (Oramas, Santana & Vergara, 2006).

La perspectiva psicológica y social de la salud y bienestar conciben a los procesos de salud/enfermedad dependiendo de las transacciones entre el individuo y su medio (Basabe, 2004). Un abordaje posicionado en la esfera de la interacción debe dar cuenta de la interrelación de necesidades individuales y sociales como promotores del bienestar o el malestar, por lo que estudiar la salud de las personas en relación con su medio y de cómo este les asegura su bienestar es un asunto de suma importancia.

El tema del bienestar humano es algo que preocupa a la humanidad desde que emerge como tal, el ser humano busca la satisfacción de sus necesidades como todo ser vivo, sin embargo, la conciencia de sentirse feliz es algo específico de la especie humana. Esto lleva a referir a conceptos como satisfacción y felicidad para dar referencia de bienestar, en los años 60's aparecen los primeros trabajos donde se intenta definir el bienestar. Cummings y Henry (1961) colocan las fuentes del bienestar dentro del individuo, mientras que Cantril las ubica en factores contextuales que predicen la satisfacción con la vida de cada uno, demostrando que había una sustancial variación en la importancia de las metas a través de las sociedades y en la percepción del éxito personal.

## 6.1 De la felicidad al bienestar

La felicidad se estudia como bienestar subjetivo y como experiencia óptima, y se analizan las variables de las cuales depende, las influencias culturales, socioeconómicas, de género, edad y otras (Ardila, 2010).

Algo importante que hay que ponderar al estudiar el tema felicidad, es que se tiende a considerar el bienestar subjetivo y la felicidad como sinónimos (Palomar, 2005) no obstante al hacer una revisión centrada en el término felicidad, así como la importancia que tiene esta palabra en el ámbito sociocultural, resalta que la felicidad es un elemento distinto del bienestar subjetivo (Alarcón, 2006). Cosa similar sucede con los términos satisfacción y la calidad de vida, ya que a partir de éstos se extrapola a la felicidad (Veenhoven, 2001) es decir, en muchos estudios, principalmente económicos, se parte de la premisa siguiente: si una persona se siente satisfecha con su vida y/o tiene una buena calidad de vida (p.e. bienes y servicios) esta persona debe ser feliz.

Pozos Gutiérrez (2012) no está de acuerdo con estas conclusiones, él plantea que la felicidad tiene su propia estructura semántica, definición, elementos particulares que la componen. No quiere decir que la felicidad no parta de otros conceptos o que otros conceptos la integren, de hecho, se puede tener una buena calidad de vida pero no necesariamente la persona es feliz.

Es frecuente confundir la felicidad con tener unas condiciones de vida favorables y abundantes recursos materiales, algo que, indudablemente, ayuda a tener más oportunidades de satisfacción, pero que no determina la felicidad. Si se observa a las personas, se puede dar cuenta que no todas las personas que poseen muchos bienes (dinero, salud, belleza, juventud, una buena posición económica, un buen clima social...) son felices, ni todas aquellas que no los poseen son infelices. En efecto, podemos encontrarnos con personas que lo tienen “todo” pero que están profundamente insatisfechas, muchas veces porque se comparan con otros y se encuentran en desventaja (Domínguez-Fernández, 2009)

La felicidad no depende de lo que los demás dicen, sino de lo que vivimos en nuestro mundo interior, y por eso hay personas que, aun teniendo muchas cualidades y recursos personales, son infelices, porque ni tan siquiera pueden reconocerlos y ponerlos en práctica en su vida. La imagen que tienen de sí mismas les impide ser quienes son de verdad y esto les provoca una profunda insatisfacción. La felicidad tampoco significa ausencia de problemas o dificultades en la vida. Ésta es compatible con los problemas inherentes a la existencia, e incluso con condiciones extremadamente difíciles (Frankl, 1992). Lo esencial es la actitud que toma la persona ante la vida y las circunstancias que se le presentan, cómo se percibe y valora a sí misma, cómo interpreta y valora su realidad y su vida, cuáles son sus creencias en torno a cómo vivir y relacionarse, y, también, qué capacidad tiene para disfrutar de la vida y de sí misma (Hernández, 2002; Ellis, 1980) (Domínguez-Fernández, 2009).

Las personas felices tienen éxito a través de múltiples dominios de la vida, incluyendo el matrimonio, la amistad, los ingresos, el desempeño del trabajo y la salud (Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Quienes se perciben a sí mismo como felices responden de manera más adaptativa a experiencias cotidianas, en la toma de decisiones, en la percepción e interpretación de situaciones sociales y en la recuperación frente a eventos negativos como el fracaso (Abbe, Tkach & Lyubomirsky, 2003; Lyubomirsky et al., 2005; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005; Lyubomirsky & Tucker, 1998). Así, la relación entre éxito y felicidad existe y ocurre no sólo porque el éxito hace la felicidad, sino que también porque el afecto positivo engendra éxito (Lyubomirsky et al., 2005).

La evidencia empírica ha motivado en psicología clínica el desarrollo de intervenciones que muestran que los niveles de felicidad son susceptibles de ser incrementados (Abbe et al., 2003; Green, Gardner & Reid, 1997; Lyubomirsky et al., 2005; Otake, Shimai, Tanaka, Otsui & Frederickson 2006; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005) (Vera-Villarreal et al., 2011).

## 6.2 Definición de felicidad

Los científicos definen a la felicidad generalmente como un estado de bienestar subjetivo o como sentir satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Diener, Sandvik, Pavot & Fujita, 1992; Alarcón, 2000; Cuadra & Florenzano, 2003) (Lévano-Salgado, 2009).

Reynaldo Alarcón define felicidad como “...un estado de satisfacción, más o menos duradero, que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien deseado...” (p. 137). Con base en este concepto, realiza sus investigaciones que son muy originales y poseen importantes aplicaciones para mejorar la vida del ser humano y de su sociedad (Ardila, 2010). Diversas definiciones han sido planteadas, algunas de ellas se integran en la Tabla 8.

**Tabla 8**  
*Definiciones de Felicidad según diversos autores*

Autor	Definición	Aproximación
Aristóteles (s/f)	La llamaba Eudaimonía, la considera como un estado deseable al que sólo se puede aspirar si se lleva una vida virtuosa o deseable.	Filosófica
Bradburn (1969)	La define como el juicio global que la gente hace al comparar sus sentimientos positivos con los negativos.	Psicológica cognoscitiva
Fordyce (1977)	Es un sentimiento emocional básico de bienestar y sirve para medir de forma general lo satisfecha que una persona se siente con su vida.	Psicológica cognoscitiva
Diener (1984)	Es una evaluación general y positiva del individuo acerca de su vida en un momento particular; donde es necesaria una conciencia por parte del sujeto como forma de acceder a ella.	Psicológica cognoscitiva
Argyle (1987)	Una reflexión sobre la satisfacción ante la vida, así como la frecuencia e intensidad de emociones positivas, pero sin considerar la felicidad como el opuesto de la infelicidad.	Psicológica cognoscitiva

Michalos (1985)	Como actitudes y sentimientos sobre sus vidas positivas y duraderas.	Psicológica cognoscitiva
Csikszentmihalyi (1997, 2009)	Felicidad es equivalente al término <i>fluir</i> , es decir el estado en el que uno se ve envuelto totalmente en una actividad que requiere la concentración completa, pero que es un disfrute total y único, ya que no causa trabajo ni esfuerzo dado que fluye de manera natural.	Psicológica cognoscitiva
Veenhoven (2000)	Es la apreciación general positiva o goce subjetivo de la vida en todo su conjunto (la vida-como-un-todo).	Sociológica
Layard (2004)	Asimismo, ha sido asentirse bien, disfrutar de la vida y desear que este sentimiento se mantenga.	Económica
Seligman (2006)	La felicidad es un conjunto de emociones positivas con actividades positivas.	Psicología Cognoscitiva
Morris (2006)	Es un súbito trance de placer que se siente al mejorar algo.	Psicológica evolutiva
Alarcón (2006)	La felicidad es un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta el individuo en posesión de un bien anhelado.	Psicológica sociocultural
Carr (2007)	Estado psicológico positivo que se caracteriza por un elevado nivel de satisfacción con la vida, un nivel elevado de afecto positivo y un nivel bajo de afecto negativo.	Psicológica cognoscitiva
Ben-Shahar (2007)	La experiencia general de placer y significado personal.	Psicológica cognoscitiva
Valdez-Medina (2009)	Es el producto o consecuencia que se tiene o se experimenta ante alguna situación de libertad, amor y paz o equilibrio que logramos vivir.	Psicológica sociocultural
Tabla elaborada por Pozos- Gutiérrez (2012).		

De acuerdo con estas definiciones, la felicidad se define como la evaluación positiva de un aspecto de su vida que produce gozo o de la evaluación general de su vida (qué tan feliz soy). Si la base de la felicidad son las emociones, es comprensible que la mayoría de los investigadores son de corte cognoscitivista, por tanto, las definiciones van en ese

sentido. De hecho, aunque muchas áreas de estudio trabajan sobre el tema, en su mayoría recurren a las 15 definiciones psicológicas en torno al bienestar subjetivo y la calidad de vida como punto de partida para el estudio de la felicidad en su área. En esta investigación se trabaja con las propuestas de Diener (1984) y Veenhoven (2000), al contemplar una visión más general (la vida como evaluación general y global) y considerar al sujeto como un individuo cuya consciencia le permite hacer una evaluación de sus experiencias.

Según Veenhoven (1994), para que la felicidad sea considere un “rasgo” y no un “estado”, debe reunir tres requisitos: estabilidad temporal, consistencia transcultural y causalidad interna. Ninguno de estos criterios fue comprobado por Veenhoven en un metaanálisis de estudios longitudinales. Este mismo autor enfatiza el componente cognitivo de la felicidad. La define por la apreciación global que una persona hace de su vida como totalidad. Esta definición conlleva: a) una autoevaluación consciente acerca de cuánto le gusta la vida que vive, puesto que no se puede ser feliz o infeliz sin saberlo; y b) la apreciación global de su vida: una persona puede estar contenta con la vida como totalidad, pero insatisfecha con aspectos específicos de ella (Alarcón, 2014)

Buss (2000) ha reparado en el carácter teleológico y dinámico de la conducta feliz. Señala que la felicidad es una meta común hacia la cual la gente se esfuerza por alcanzar, pero muchos se quedan frustrados sin obtenerla. Ciertamente, la felicidad encierra una actividad propositiva, cargada de sentido que conduce hacia un fin. Se habla comúnmente que la felicidad se busca; pero, lo que se busca son las cosas que deparan felicidad, es así que unos anhelan tener dinero, otros poder, aquellos divertirse, algunos escribir un libro. Cada cual piensa que con la posesión del objeto deseado conseguirá la felicidad. Buscamos la felicidad a través de las “cosas” que nos hacen felices; no obstante, si la felicidad es satisfacción con la vida, “dependerá de la brecha que haya entre lo que se desea y lo que se posee”, como bien observa Csikszentmihalyi (1998) (Alarcón, 2014).

### 6.3 Felicidad y Cultura

Veenhoven (2005) afirma que la felicidad y lo que se entiende por ésta, cambia de cultura a cultura. Lo anterior se puede constatar en investigaciones transculturales alternas, y ha indicado que la media de felicidad cambia de país a país. Las naciones difieren notablemente en felicidad incluso cuando se controlan las diferencias de ingresos (Diener, Diener y Diener, 1994). Aunque los niveles nacionales de felicidad varían con la satisfacción de las necesidades físicas básicas, países como Japón tienen un bienestar mucho más bajo de lo que cabría esperar basándose únicamente en consideraciones materiales. En general, las culturas colectivistas reportan un bienestar más bajo que las culturas individualistas, donde las normas apoyan con más fuerza experimentar y expresar emociones positivas (Diener, Suh, Smith & Shao, en prensa).

Las diferencias nacionales parecen no reflejar meras diferencias en las connotaciones de las preguntas traducidas. Por ejemplo, independientemente de si son de habla alemana, francesa o italiana, los suizos ocupan un lugar destacado en la satisfacción con la vida autoinformada, significativamente más alta que sus vecinos alemanes, franceses e italianos (Inglehart, 1990) (Myers & Diener, 1995).

Además de la adaptación, un segundo componente de una teoría de la felicidad es la cosmovisión cultural. Algunas culturas interpretan el mundo como benevolente y controlable. Otras culturas enfatizan la normalidad de las emociones negativas, como la ansiedad, la ira y la culpa (Diener, Suh, Smith & Shao, en prensa). Usan las plantillas culturales para interpretar los eventos de la vida que predisponen a los diferentes tipos de bienestar en ausencia de diferentes circunstancias objetivas de la vida. Del mismo modo, algunas personas parecen interpretar habitualmente muchos de los eventos de la vida de manera negativa, mientras que otras tienden a interpretar los eventos de manera positiva (Myers & Diener, 1995)

La comparación de niveles de felicidad entre grupos y realizada con otras escalas muestra que existen diferencias culturales, etarias y de género en la evaluación de la

felicidad (Alesina, Di Tella, & MacCulloch, 2004; Csikszentmihalyi, & Hunter, 2003; Inglehart, Foa, Peterson & Welzel, 2008; Mroczek & Kolarz, 1998; Swami, et al., 2009; Yang, 2008). Es de presumir que las construcciones teóricas acerca de la felicidad y los instrumentos que la miden puedan encontrarse afectados por factores culturales de los países de origen (Alarcon, 2006). Por tanto, se deben realizar los análisis psicométrico pertinentes para su validación a otro contexto cultural, con muestras amplias en rangos etarios (Vera-Villarroel et al., 2011).

Asimismo, las dimensiones que conforman a la felicidad pueden tener cambios de cultura a cultura. Por ejemplo, en un estudio realizado por Rojas (2005) encontró que en México los dominios de vida familiares (e.g., la relación de pareja, la relación con los hijos y la relación con el resto de la familia), son puntos fundamentales para la satisfacción, la salud y felicidad en los mexicanos.

Ya que la influencia cultural sobre el individuo es indiscutible, esta investigación parte de la necesidad de explicar la felicidad personal salud en mujeres donde se considere exclusivamente el contexto mexicano, con la finalidad de obtener datos que permitan la comparación con lo encontrado en otras investigaciones en diferentes culturas. Lo anterior permitirá conceptualizar y contextualizar la felicidad dentro de la sociocultura mexicana, permitiendo ver las posibles sutilezas y matices del mexicano (Díaz-Guerrero, 2003a, 2003b; Díaz-Loving, 2008; Reyes-Lagunes, 1993, 1999, 2008; Reidl & López, 2008 citados en Pozos Gutiérrez, 2012).

#### **6.4 Bienestar**

En la literatura psicológica actual se utiliza, con mucha frecuencia, la frase en inglés: *subjective well-being (SWB)*, que se le traduce como “bienestar subjetivo”, para referirse a la felicidad. El concepto “bienestar subjetivo” ha sido explicado por Diener (1984, 2000), significa la evaluación que hace una persona de su vida, esta evaluación es afectiva y cognitiva. Ampliando este concepto, el autor señala que encierra tres



significados: virtud, satisfacción con la vida y afectos positivos. Como “virtud”, el bienestar subjetivo señala lo que es bueno y deseable, por ejemplo, una buena calidad de vida; como “satisfacción con la vida”, significa la evaluación que cada cual hace de su propia vida; y como “afectos positivos”, el énfasis recae en experiencias emocionales placenteras (Alarcón, 2014).

Alarcón (2006; 2014) habla acerca de cómo referirse al vocablo si felicidad o bienestar subjetivo, para él vocablo felicidad es semánticamente mucho más complejo y rico en contenido que el vocablo bienestar, expresa por sí solo los componentes básicos de la vida feliz”

De acuerdo con esto, la felicidad es algo interior que se relaciona con la emoción que puede tenerse, en que se hace, las motivaciones, cualidades y valores, y el compromiso son uno mismo. De modo que, existen atajos de la felicidad como el dinero, las drogas, el sexo, el activismo, el no hacer nada... y que proporcionan una satisfacción que, con frecuencia, es muy breve (Domínguez-Fernández, 2009).

Domínguez-Fernández (2009) expresa que sentirse feliz implica poder vibrar ante la vida, tener una mirada entusiasta y optimista ante ella, hacer de cada momento algo especial a vivir, disfrutar de lo pequeño, de lo sencillo, detenerse y admirar la belleza donde quiera que esté, contemplar, implicarnos y disfrutar cada experiencia, sin anticipar ni esperar nada, sólo vivirla .

La felicidad se relaciona con la sensación de libertad interior, de hacer y vivir desde uno mismo, sin dependencias ni imposiciones, reconociendo los valores y límites en uno mismo y en los demás. Muchísimas insatisfacciones ante la vida están relacionadas con no ser y desplegar en nuestra vida aquello que somos en el fondo. Por esto, también guarda relación con el compromiso con una tarea, en la que podemos desarrollar nuestras mejores cualidades y ser quienes somos. En este sentido, la felicidad tiene mucho que ver con nuestra capacidad para estar interesados en algo. El *flow*, término acuñado por Mihaly

Csikszentmihalyi (1997), se experimenta al tener una experiencia plena. Es un sentimiento de estar bien, de plenitud, de felicidad, que se da cuando hacemos algo que concentra nuestra atención al máximo, que saca lo mejor de nosotros mismos, implicándonos plenamente. Es una especie de corriente que atraviesa, impulsa y dirige las vidas de quienes poseen esa emoción o son poseídos por ella. El *flow* se experimenta al realizar actividades que tienen un sentido. La felicidad está ahí, en las actividades que tienen un sentido personal. No está en el ocio o en no hacer nada (Domínguez-Fernández, 2009).

Las diferencias semánticas entre felicidad y bienestar subjetivo, se estrechan y hasta desaparecen, cuando se define operacionalmente “bienestar”, atribuyéndosele algunos indicadores de la felicidad. Diener (1994, 2000) y Diener, Oishi, y Lucas (2003) señalan que los componentes del bienestar subjetivo son: satisfacción con la vida y evaluación de afectos positivos y negativos. Indican que el bienestar subjetivo se refiere a la evaluación que hace la gente de su vida, en el momento y en largos periodos pasados. Esta evaluación es afectiva y cognitiva, se evalúan afectos positivos y negativos, y se hace un juicio global acerca de la satisfacción con la vida. Para estos autores, bienestar subjetivo coincide con lo que la gente llama felicidad. De aquí parte la idea de establecer la equivalencia entre bienestar y felicidad (Alarcón, 2006) se ha elaborado el constructo *subjective well-being* porque facilita el análisis científico de la conducta feliz. En suma: felicidad y bienestar subjetivo se utilizan en la investigación en forma intercambiable (Alarcón, 2006).

Definimos la felicidad como un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien anhelado. Un análisis de esta definición permite distinguir las siguientes propiedades de la conducta feliz: a) la felicidad es un sentimiento de satisfacción que vivencia una persona, y sólo ella, en su vida interior; el componente subjetivo individualiza la felicidad entre las personas; b) el hecho de ser un “estado” de la conducta, alude a la estabilidad temporal de la felicidad, puede ser duradera, pero, a la vez, es perecible; c) la felicidad supone la posesión de un “bien”, se es feliz en tanto se posee el bien deseado, es el objeto anhelado el que hace la felicidad de una

persona; d) el bien o bienes que generan la felicidad son de naturaleza variada (materiales, éticos, estéticos, psicológicos, religiosos, sociales, etc.). Se trata de cosas a las que las personas le asignan cualidades axiológicas, o valencias positivas. Esto quiere decir, que una “cosa” deviene en bien deseado por el valor que le atribuye una persona, de lo cual se infiere que la cosa deseada no necesariamente posee un valor intrínseco y que un mismo bien no siempre genera la felicidad de todos los individuos; y, e) no se descarta que en un tiempo histórico y en una sociocultura determinada, las aspiraciones colectivas pueden coincidir en desear algún bien o bienes. Estimamos que esta definición recoge las características sustantivas de la felicidad (Alarcón, 2006).

Sobre los estudios sobre el bienestar se inician hace alrededor de 50 años, Ryan y Deci (2001) propusieron una organización de diferentes estudios en dos grandes tradiciones del bienestar: 1) Bienestar subjetivo (*Subjective Well-being, SWB*) (conocido también como bienestar hedónico) que corresponde con aspectos de la felicidad, 2) Bienestar psicológico (*Psychological Well-being, PWB*) (conocido como bienestar eudaimónico) ligado al potencial humano (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002).

A continuación se desglosará cada una de las perspectivas del bienestar.

#### **6.4.1 Bienestar Subjetivo: La perspectiva hedónica**

La perspectiva hedónica sostiene que el placer es el mayor bien, el que aporta al individuo la mayor felicidad y se asocia al bienestar subjetivo entendido en términos de ausencia de emociones negativas, experiencia de emociones positivas y satisfacción vital (Diener, Suh, Luca & Smith, 1999 Kim-Prieto, Diener, Tamir, Scollon & Diener, 2005). De hecho, la visión predominante dentro de los psicólogos hedónicos es que el bienestar consiste en la felicidad subjetiva construida sobre la experiencia de placer frente a displacer, incluyendo los juicios sobre los buenos y malos elementos de la vida (Ryan & Deci, 2000).

El bienestar subjetivo se define como “una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida” (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, p. 277). Esta definición contiene los dos componentes principales del bienestar subjetivo: las respuestas emocionales de las personas, también denominados afectos, y la satisfacción con la vida, esta última se define como una evaluación global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba conseguir, sus expectativas (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Estos dos componentes se corresponden con diferentes marcos temporales del bienestar subjetivo: la satisfacción, que es un juicio, una medida a largo plazo de la vida de una persona, mientras que la felicidad es un balance de los afectos positivos y negativos que provoca una experiencia inmediata.

Diener, Larsen y Emmons (1985) investigaron otras dimensiones de la experiencia afectiva en relación con el bienestar subjetivo, incluyendo características de la intensidad y frecuencia. Fordyce (1988) desarrolló una medida del componente afectivo, que consiste en solicitar a las personas estimar el porcentaje de tiempo que sienten felicidad, el porcentaje que sienten neutralidad y el porcentaje que no sienten felicidad en un periodo determinado (por ejemplo, el año pasado) que sume el 100%.

De este modo, el bienestar subjetivo ha sido definido a través de dos elementos principales, uno emocional (afectos positivos y negativos) y uno cognoscitivo denominado satisfacción con la vida. En este último el individuo evalúa su calidad de vida respecto a sus propios criterios. Ambos elementos están relacionados, y por ello, los autores los miden conjuntamente (Chamberlain, 1988). Sin embargo, son diferenciables y pueden proporcionar información complementaria cuando se evalúan por separado (Pavot & Diener, 1993).

A pesar de que los aspectos afectivos y cognoscitivos del bienestar subjetivo son igual de importantes, la investigación se ha centrado en los aspectos afectivos con la

depresión (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), los síntomas positivos y negativos (Jerrell & Hrisko, 2013), entre otros. El componente cognoscitivo de la satisfacción con la vida se ha dejado al margen de la investigación en este campo; sin embargo, debido a que constituye un factor que por sí mismo se relaciona con algunas variables predictoras de manera única, es importante evaluarlo por separado (Diener et al., 1985).

#### **6.4.1.2 Mediciones del bienestar subjetivo**

Dado que el bienestar subjetivo se refiere a experiencias afectivas y juicios cognoscitivos, la medida de auto reporte de bienestar subjetivo es indispensable. Diener, Emons, Larsen y Griffin (1985) desarrollaron la Escala de Satisfacción con la vida, la cual llegó a ser un instrumento estándar del bienestar subjetivo en la investigación y ha sido traducida en varios idiomas (Eid & Larsen, 2008).

Para Pavot, Diener, Colvin y Sandvik (1991) la satisfacción con la vida es una evaluación global que el sujeto hace de su vida. Dicha evaluación depende de las comparaciones que la persona haga entre su situación actual de vida y el estándar que considera apropiado, es decir, son juicios subjetivos que la persona hace sobre su propia vida y no un criterio impuesto por otros (Diener et al. 1985). De ahí, la importancia de su evaluación, ya que permite obtener un parámetro de lo que la persona estima sobre su propia vida. La investigación de Diener indica que no existe un único determinante del bienestar subjetivo (Eid & Larsen 2008). Algunas condiciones parecen ser necesarias para tener un alto bienestar (tener salud mental, relaciones sociales positivas) pero estas no son suficientes por sí solas para tener felicidad.

En ese sentido, Wilson (1967) en un famoso estudio que realizó sobre las variables y características personales vinculadas a la felicidad aportó que una persona feliz se muestra como una persona joven, saludable, con una buena educación, bien remunerada, extravertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con alta autoestima, una

gran moral del trabajo, aspiraciones modestas, de uno u otro sexo y con inteligencia de amplio alcance”

Así mismo, los sujetos que tienen un mayor bienestar subjetivo son aquellos en los que predominan esta valoración positiva de sus circunstancias y eventos vitales; mientras que los “infelices” serían los que valoran la mayor parte de estos acontecimientos como perjudiciales.

#### **6.4.1.2 Bienestar y su relación con otras variables**

Desde la publicación de *The Structure of Psychological Well-Being* (Bradburn, 1969), la diferenciación entre los componentes positivo y negativo del bienestar subjetivo ha sido ampliamente utilizada, especialmente, aunque no sólo, en la medición de este constructo bajo una perspectiva afectiva. Como Diener ha destacado, uno de los elementos claves en el estudio de esta área es el énfasis en lo positivo, por lo que no es de extrañar que esta diferenciación tenga una posición tan central. Estos elementos han aparecido contemplados en numerosos estudios. Watson y Tellegen (1985) han sugerido que la diferenciación positiva/negativo representa la principal dimensión de la experiencia afectiva, sobre la que descansa una gran variedad de fenómenos experienciales, que no se reducen sólo al estado de humor o al bienestar personal. Se han hallado diferentes correlatos con estos dos componentes. Harding (1982), por ejemplo, encontró que el afecto negativo se hallaba relacionado significativamente con medidas auto informadas de deterioro de salud, preocupaciones y ansiedad, mientras que el afecto positivo no se relacionaba con éstas. El afecto positivo, por otra parte, se correlacionaba con la participación social mientras que el afecto negativo no. Headey, Holmstrom y Waring (1985), empleando medidas más amplias que las meramente afectivas, observan que la dimensión positiva, que denominaron “bienestar subjetivo”, se predecía mejor atendiendo a variables como satisfacción con la familia, amigos y ocio, extraversión, así como a la disposición de una red social amplia. Frente a esto, la dimensión negativa, etiquetada como malestar subjetivo (*Will-being*), tenía como predictores más potentes el estatus

socioeconómico, la competencia personal y la satisfacción con la salud. Son varios los estudios que se han centrado en las variables de bienestar que se relacionan con estos elementos de tipo afectivo (Costa & McRae, 1980; Costa, McRae & Norris, 1981; DeNeve, & Cooper, 1998; Diener, 1985b, 1998). Las conclusiones de éstos podrían resumirse como sigue: algunas dimensiones de personalidad, tales como la extraversión, se relacionan más intensamente con el componente positivo que con el negativo; mientras que otras como el neuroticismo o el control personal están más vinculadas a este último.

Las variables relativas al apoyo social (cantidad de contacto social, disponibilidad de apoyo o satisfacción con los amigos) tienden a corresponderse con el afecto positivo, pero no con el negativo. Un patrón opuesto al anterior se observa con los acontecimientos negativos (estresores, molestias cotidianas, eventos vitales negativos) y problemas de salud (ansiedad, depresión, pobre salud física) más relacionados con el último (García-Marín, 2002).

#### **6.4.2 Bienestar Psicológico: La perspectiva eudaimónica**

La perspectiva eudaimónica sostiene que la felicidad está formada por un conjunto de variables: autodeterminación, logro de metas, sentido de la vida, actualización de los potenciales personales y autorrealización; esta concepción se asocia al bienestar psicológico, que incluiría el crecimiento personal y la actualización de las capacidades como evidencia de las capacidades como evidencia de funcionamiento psicológico positivo (Keyes, 2006).

Muchos pensadores han criticado a lo largo de la historia que la felicidad sea, en sí misma, el principal criterio de bienestar. De hecho, el propio concepto de felicidad ha sufrido una transformación conceptual que debe ser analizada (Díaz, 2006).

Aristóteles define la felicidad (del griego *Eudaimonía*) en su obra “Ética a Nicómaco”, como los sentimientos que acompañan a un comportamiento en una dirección consistente con el desarrollo del verdadero potencial. Según Aristóteles la verdadera

felicidad se encuentra en la expresión de la virtud. Este término no designa, por tanto, un estado de satisfacción pasajera, sino el conjunto de una vida lograda.

Waterman (1993), fue uno de los primeros autores en caracterizar este tipo de bienestar psicológico. Este autor vincula la concepción eudaimónica del bienestar a lo que él denomina sentimientos de “expresividad personal”. Este tipo de estados los vincula a experiencias de gran implicación con las actividades que la persona realiza, de sentirse vivo y realizado, de ver la actividad que se realiza como algo que nos llena, de una impresión de que lo que hacemos tiene sentido.

Otras formas diferentes de categorizar, distintas a la opinión de Ryff, las encontramos si realizamos una revisión de la bibliografía donde detectamos la existencia de diferentes autores en psicología con una concepción del bienestar basada en el crecimiento y desarrollo personal, que podemos agrupar dentro de tres categorías (Díaz, 2006).

En primer lugar, los teóricos del desarrollo como Erik Erikson y su modelo psico-social de etapas del desarrollo humano (1959), que recogen las necesidades de encontrar sentido a la propia vida, de resolver conflictos pasados y de adquirir un sentido de aceptación sobre lo que uno fue, como fundamentales en la última etapa de la vida o estado adulto tardío (Integridad del Ego frente a Desesperación).

Un segundo grupo de teorías que recoge el funcionamiento positivo como componente fundamental del bienestar está constituido por los psicólogos clínicos centrados en el estudio del crecimiento personal. Sus principales representantes incluyen a Abraham Maslow y sus trabajos sobre autoactualización (*self-actualization*) (1968), Rogers (1961) y sus tesis sobre el funcionamiento humano pleno y, aunque fuera de la esfera clínica, también a Allport (1961) y su concepto de madurez.

Finalmente, es necesario señalar que también han existido perspectivas dentro de las investigaciones sobre salud mental que han adoptado el concepto clásico de bienestar como eudemonía. En este sentido y por su especial relevancia histórica debemos citar los trabajos



de Jahoda (1958). Defendiendo que la ausencia de enfermedad mental no podía ser el principal criterio para la definición de salud, Jahoda propuso uno de los primeros modelos de salud positiva, que defendía la existencia de seis dimensiones: auto-actitudes positivas, crecimiento y auto-actualización, integración de la personalidad, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno. Sin embargo, la autora describe el modelo a nivel teórico, pero no realiza ninguna investigación para comprobar su validez teórica.

Buscando los puntos de convergencia entre todas estas formulaciones, Ryff (1989a, 1989b) sugirió un modelo multidimensional de bienestar psicológico, su modelo fue bautizado como “Modelo Integrado de Desarrollo Personal” (*Integrated Model of Personal Development*) y está compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal. Esta visión más reciente y alternativa sobre el bienestar enfatiza el bienestar en el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, como desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales de la vida, construyendo así una escala de bienestar psicológico (Ryff, 1989) que incluía las siguientes dimensiones:

1) Autoaceptación. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso sienten conscientes de sus propias limitaciones.

2) Relaciones positivas con otras personas. La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar.

3) Autonomía. Para poder sostener su propia individualidad en contextos sociales diversos, las personas deben gozar de autodeterminación y mantener su independencia y autoridad personal. La autonomía se asocia a la resistencia a la presión social y a la autorregulación del comportamiento.

4) Dominio del entorno. La habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Se relaciona con la sensación de control sobre el mundo y de influencia sobre el contexto.

5) Propósito en la vida. Metas y objetivos que permiten dotar la vida de cierto sentido.

6) Crecimiento personal. Interés por desarrollar potencialidades, crecer como persona y llevar al máximo las propias capacidades.

### **6.4.3 Bienestar Social de Keyes**

Los aspectos interpersonales de la salud mental se encuentran en los planteamientos que recoge el bienestar social de Keyes (1998, Ryff & Keyes, 1998), que refiere a la valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad, y está compuesto por cinco dimensiones:

- 1) Integración social. La evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad. Las personas con alto bienestar social se sienten parte de la sociedad, cultivan el sentimiento de pertenencia y tienden lazos sociales con la familia, amigos, vecinos, etc.
- 2) Aceptación social. La presencia de confianza, aceptación y actitudes positivas hacia los otros, como atribución de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.
- 3) Contribución social. Es el sentimiento de utilidad, de que se es un miembro vital de la sociedad, que se tiene algo útil y que ofrecer al mundo. Es sinónimo de provecho, eficacia y aportación al bien común.
- 4) Actualización social. La concepción de que la sociedad y las instituciones que la conforman son entes dinámicos, se mueven en una determinada dirección a fin de conseguir metas y objetivos de los que podemos beneficiarnos -confianza en el

progreso y en el cambio social-. Confianza en el futuro de la sociedad, en su potencial de crecimiento y de desarrollo, en su capacidad para producir bienestar.

- 5) Coherencia social. Es la percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social, e incluye la preocupación por enterarse de lo que ocurre en el mundo. La sensación de que se es capaz de comprender lo que sucede a nuestro alrededor.

Según Keyes (1998), el bienestar social se asocia a varios indicadores de pertenencia a asociaciones cívicas -asociacionismo cívico- y comportamiento prosocial. En especial la integración y la contribución social son altas entre los adultos que trabajan con otros vecinos para resolver problemas. Todas las dimensiones de bienestar social, aunque especialmente la integración social, aumentan conforme lo hace la percepción de seguridad de en el barrio y de confianza entre los vecinos. Asimismo, el bienestar social estaría asociado a la salud cívica y al capital social (Keyes & Shapiro, 2004). Keyes (2005) plantea que, para poder hablar de un funcionamiento positivo en tanto salud mental, se requiere un nivel alto en seis o más de las escalas de bienestar psicológico y social (que son once).

#### **6.4.2.1 Estudios sobre el bienestar psicológico**

Uno de los retos fundamentales de la psicología en el siglo XXI es ampliar su campo de acción y estudiar los mecanismos que previenen y promueven la salud con el fin de potenciar los recursos y calidad de vida de la población sana.

Desde esta perspectiva, el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Existen estudios que han relacionado positivamente el bienestar psicológico y respuestas de enfrentamiento al estrés de un tipo u otro. Otras destacan la relación proporcional entre personalidad y bienestar psicológico. Y bienestar psicológico, objetivos de vida y satisfacción autopercebida. A continuación se presentan algunos de ellos.

Una investigación realizada por González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002), relacionando afrontamiento y bienestar psicológico, tuvo como objetivo estudiar la incidencia de la edad, el género y el nivel de bienestar sobre los estilos y estrategias de afrontamiento, así como la relación entre el constructo de bienestar y el de afrontamiento. Los mismos concluyen que la relación entre afrontamiento y bienestar muestran relaciones significativas intra-género. El estilo y estrategias dirigidos a la resolución del problema se relacionan con un alto bienestar, mientras que el estilo improductivo se relaciona con un bajo bienestar, en ambos géneros. El estilo en relación con los demás mantiene una relación positiva con el bienestar en los varones. Por su parte, en las mujeres se relaciona con la estrategia de búsqueda de apoyo social, ya observado en otros trabajos (Parsons, Frydenberg & Poole, 1996). Estos resultados ponen de manifiesto que, en los adolescentes el bienestar psicológico, más que la edad o el género, establece diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento que utilizan.

Otros trabajos han buscado la relación existente entre afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Una investigación desarrollada por Parson, Frydenberg y Poole (1996) con un grupo de 374 adolescentes de una escuela independiente de la Ciudad de Melbourne, Australia, señala que las estrategias de afrontamiento pueden repercutir en el bienestar psicológico. Añadiendo que el nivel de bienestar psicológico se correlaciona con las estrategias de afrontamiento, de donde se infiere que los adolescentes utilizan distintas estrategias según su nivel de bienestar.

En un estudio realizado por Díaz y Sánchez (2002) se analizan las relaciones entre los estilos de personalidad y la satisfacción en diferentes áreas vitales en un grupo de 215 estudiantes universitarios. Se interpretan dos perfiles de personalidad y se estudian las relaciones entre la satisfacción en diferentes áreas vitales para cada uno de los perfiles desde una perspectiva constructivista. Los resultados indican que la personalidad juega un papel modulador en la autopercepción del bienestar psicológico en las diferentes áreas vitales.

En un estudio realizado con adolescentes españoles y argentinos (Castro & Díaz, 2002) y con un enfoque “centrado en los sujetos”, estableciendo para ello diferentes grupos de adolescentes, considerando las dimensiones de las metas personales conjuntamente. El perfil de objetivos o metas “Coherente” fue caracterizado por una alta percepción de logro o realización de sus metas, moderado logro esperado en el futuro, bajo nivel de dificultades y un alto apoyo y control.

Este perfil diferencial según las dimensiones de las metas es característico de aquellos adolescentes más satisfechos en diferentes áreas vitales (estudios, familia, amigos, compañeros de estudio, salud física y salud psicológica) y bienestar psicológico.

En otro trabajo Díaz y Sánchez (2001), examinan el papel de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. El estudio de las variables relacionadas con el bienestar permite analizar la relación entre diferentes unidades de análisis (estilos y metas). Los resultados indican que la consideración de las unidades mediadoras (metas personales) y las disposiciones (estilos de personalidad) permiten predecir un alto porcentaje de la varianza de la satisfacción. La percepción de apoyo familiar para realizar las metas personales y la orientación al placer muestran una estrecha relación con la satisfacción vital. La dimensión apoyo familiar, en este estudio, constituye una de los elementos más relacionados con el bienestar psicológico. Sentirse apoyado por los demás, disponer de una red social de apoyo y estar integrado en la comunidad más próxima son elementos que repercuten positivamente en la satisfacción vital (Palys & Little, 1983; Emmons, 1986). Ryff y Keyes (1995; p. 100) proponen que “una caracterización más ajustada del bienestar psicológico es definirlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial’. Así, el bienestar psicológico (la concepción eudaimónica del bienestar) tendría que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiriera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo con superarlos y conseguir metas valiosas, centrando su interés en el desarrollo

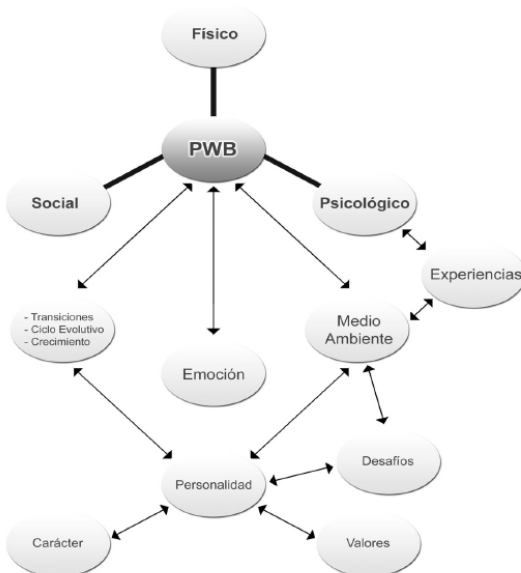
personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir nuestros objetivos.

Desde esta perspectiva se puede entender el bienestar psicológico como un constructo multidimensional cuyos ejes y dimensiones abarcan formas tanto individuales como sociales respecto al sujeto, manera de estar en el mundo, la valoración que hace y significado que otorga a su realidad. A partir, primero de la conformación de su personalidad, edad, género, cultura y ambiente en el cual se ubique, la cual dotará y será mediadora de desafíos y retos nuevos, los cuales en función de la autonomía y dominio del entorno que tenga, enfrentando sus experiencias y estas siendo moldeadas por medio de las emociones y las estrategias de afrontamiento con las que cuente cada individuo y teniendo un buen soporte a nivel de apoyo social, podrán en definitiva permitir un buen bienestar psicológico apoyado de un funcionamiento pleno a nivel físico y social, otorgando a este sujeto una visión de crecimiento, desarrollo y aceptación hacia sí mismo (Ver Figura 7).

Existen estudios sobre bienestar psicológico que indican que se pueden hacer comparaciones entre los niveles de bienestar que tienen las personas que viven en diferentes contextos (Diener & Suh, 2002). La premisa básica es que si se evalúan los diferentes aspectos del bienestar, el grado en que las disfrutan de la vida, se tendrá un índice para comprar el grado en que las personas están satisfechas con su forma de vivir. Pueden tenerse en cuenta los estados emocionales (afecto positivo y afecto negativo) y el componente cognitivo. Los estados emocionales son más lábiles y momentáneos, al tiempo que los afectos positivos y negativos son independientes entre sí. Tener una alta dosis de afectividad positiva no implica tener una baja dosis de afectividad negativa. El componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar y es resultado de la integración de informaciones que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el transcurso de su vida (Castro, Brenilla & Casullo, 2002).

## Figura 7

Conformación de las variables que integran del bienestar psicológico



*Nota:* La figura presenta el Modelo del bienestar psicológico integrado por Ryff & Keyes, (1995).

El logro del bienestar psicológico está ligado a la adaptación. Los estudios de Brickman y Campbell (1971) y de Brickman, Coates y Janoff-Bullman (1978) demuestran que las personas con capacidad de adaptación reaccionan intensamente ante los eventos vitales positivos y negativos pero que, a mediano plazo, tienden a adaptarse y el bienestar psicológico vuelve nuevamente a su línea base. Estas concepciones adhieren a una visión del bienestar ligado a las variables de personalidad y temperamento.

### 6.4.2.2 Medición del Bienestar Psicológico

Para medir las dimensiones teóricas propuestas por su modelo, Ryff ha desarrollado un instrumento conocido como “Escala de Bienestar Psicológico” (*Scales of Psychological Well-Being, SPWB*). El procedimiento empleado para su construcción es sin duda uno de sus puntos fuertes (Van Dierendonck, 2004). La única versión existente en la actualidad

traducida al castellano y con criterios de validez y fiabilidad factorial corresponde al estudio realizado por Díaz (2006). El autor además, intentando superar las limitaciones anteriores incluyó en esta nueva versión menos ítems que la propuesta por Van Dierendock, reduciendo de esta forma el tamaño del instrumento para facilitar su aplicación. Obteniendo así, una importante mejora en el nivel de ajuste del modelo teórico propuesto de seis factores y un sólo factor de segundo orden (Díaz, 2006).

En la siguiente tabla se describen las características de los instrumentos que han sido elaborados para medir el constructo bienestar psicológico, se incluye el autor, el año en que se publicó, el Alpha de la escala, las dimensiones que la integran y la opción de respuesta (Ver Tabla 9).

**Tabla 9**  
*Escalas que miden bienestar psicológico*

Nombre de la escala	Autor y año	Alpha de Cronbach	No. ítems	Dimensiones	Opción de respuesta
Satisfacción con la vida	<i>Diener, 1996</i>	$\alpha=.76$	5	Pretende medir la satisfacción con la vida en general.	Escala tipo Likert que va de 1 (No en absoluto) a 7 (Si, completamente).
Evaluación del bienestar psicológico en adultos	<i>Castro, Brenlla &amp; Casullo, 2002</i>	$\alpha=.70$	20	Pretende medir el bienestar psicológico en adultos. Integra 5 dimensiones: <b>Autonomía</b> $\alpha=.61$ (capacidad de actuar de modo independiente), <b>Control de situaciones</b> $\alpha=.46$ (sensación de control y autocompetencia), <b>Vínculos psicosociales</b> $\alpha=.49$ (calidad de las relaciones personales), <b>Proyectos</b> $\alpha=.59$ (metas y propósitos en la vida) y <b>Aceptación de sí mismo</b> $\alpha=.46$ (sentimiento de estar con uno mismo).	Escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta 1(En desacuerdo), 2 (Ni de acuerdo ni en desacuerdo) y 3 (De acuerdo).
Bienestar social de keyes	Blanco & Díaz, 2005		33	Expone criterios públicos e interpersonales de evaluación de un buen funcionamiento psicológico. Evalúa la percepción que las personas tienen sobre cinco aspectos del entorno social que facilitan su bienestar psicológico:  Integración social $\alpha=.67$ , Aceptación social $\alpha=.79$ , Contribución social	Escala tipo Likert que va de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo)



Bienestar psicológico de Ryff	Díaz et al., 2006	Análisis factorial confirmatorio $X^2(345)=615.76$ , $p<.001$ , CFI=.95, NNFI=.94, SRMR=.05,RMS EA=.04	39	$\alpha=.80$ , Actualización social $\alpha=.63$ y Coherencia social $\alpha=.53$	Expone criterios privados de evaluación de un buen funcionamiento psicológico. Mide 6 dimensiones o atributos positivos del bienestar psicológico: Autoaceptación $\alpha=.78$ , Relaciones positivas, $\alpha=.83$ , Autonomía $\alpha=.69$ , Dominio del entorno $\alpha=.69$ , Crecimiento personal $\alpha=.68$ , Propósito en la vida $\alpha=.78$	Escala tipo Likert que va de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 6 (Totalmente de acuerdo)
-------------------------------	-------------------	---	----	---	---	---

## 6.5 Indicadores de bienestar

Algunas de los indicadores que ejercen influencia en el bienestar son la edad, el género, la religión, la clase social, los cuales se desglosan y describen a continuación de qué manera se relacionan.

### 6.5.1 Bienestar y la Edad

Con respecto a la edad, Ryff (1989) encontró que las puntuaciones en dominio del entorno aumentaban entre los años medios (30-64 años) y mayores (65 o más) con respecto a jóvenes (18-29 años), y también la autonomía de jóvenes adultos a medios. Por el contrario, disminuían las evaluaciones en propósito en la vida y crecimiento personal en las personas mayores, sin diferencias entre jóvenes y adultos medios.

Linfors, Berntsson y Lundberg (2006) encontraron que la edad se asociaba positivamente a diferencias en autoaceptación: a más edad, niveles más altos, los niveles de autonomía, dominio del entorno, también aumentan con la edad (Ryff & Singer, 2008), mientras que crecimiento personal y propósito en la vida decrecían, y autoaceptación y relaciones positivas (la última solo para las mujeres) mostraban pequeñas variaciones. Pese a los estudios realizados, las relaciones entre bienestar psicológico y la edad no están del todo claras, y se sugiere la conveniencia de sumar evidencias empíricas a las ya existentes (García-Alandete, 2013).

### **6.5.2 Bienestar y Género**

En relación con el género se ha encontrado que las mujeres presentan puntuaciones más altas que sus pares hombres en las dimensiones dominio del entorno y propósito en la vida de bienestar psicológico y en las dimensiones integración social, contribución social y actualización social de bienestar social. Las mujeres, más que los hombres, sienten que pueden elegir o crear entornos favorables para ellas, que pueden controlar o influenciar su contexto y que tienen metas y una dirección en su vida. Asimismo, también evalúan de forma más positiva la calidad de las relaciones que mantienen con la sociedad y la comunidad, se sienten miembros útiles y confían en el futuro de esta. Estos resultados muestran una mayor autoeficacia percibida por las mujeres en términos de competencia social (Zubieta & Delfino, 2010).

Por su parte, Ryff (1989,1991) encontró que las mujeres (de todas las edades) tenían niveles más altos que los hombres en relaciones positivas y en crecimiento personal., mientras que en otro estudio (Ryff & Keyes, 1995) hallaron que las mujeres tenían significativamente niveles más altos en relaciones positividad, propósito en la vida y en autonomía. Lindfors et al. (2006) hallaron que las mujeres tenían significativamente niveles más altos en propósito en la vida y en relaciones positivas, y los hombres en dominio del entorno.

### **6.5.3 Bienestar y Religión**

Respecto a la religión, quienes se definen como practicantes de alguna religión presentan niveles más altos de contribución social en el bienestar social, sintiéndose miembros importantes de la sociedad, con algo positivo para ofrecerle y que sus actividades personales son valoradas. Los beneficios de la práctica religiosa en la calidad de vida, reporta al bienestar a través de las redes de apoyo y contención que proveen a los individuos (Barrientos, 2004).

#### **6.5.4 Bienestar y Clase Social**

Con relación a la clase social, en los estudios realizados, las personas que se auto posicionan o se perciben de clase media alta, en comparación con los que dicen ser de clase media o media baja, tienen niveles más altos en autoaceptación, dominio del entorno y contribución social del bienestar social. Se sienten bien consigo mismos, perciben que controlan el mundo y que pueden influenciar sobre el contexto y que tienen algo útil que ofrecer al mundo, que pueden aportar al bien común. Esto es coherente en términos de que ciertas seguridades básicas satisfechas o un nivel de materialista superado, aun en términos de percepción, permite al individuo sentirse perteneciendo a una comunidad mayor que le reporta sentido de autoeficacia y mayor locus de control interno.

La satisfacción con la vida se asocia a la integración social, la contribución social y la actualización social (Blanco & Díaz, 2005). Asimismo, la satisfacción con la vida se incrementa cuando lo hace la autoaceptación, el dominio del entorno y el propósito en la vida.

#### **6.6 Datos de bienestar en México**

Recordemos que el bienestar integra a la salud física y mental, así como las condiciones medio ambientales y culturales que favorecen el desarrollo de las personas. De acuerdo con el INEGI (2021) el promedio de salud auto reportada en los mexicanos es del 8.3, y el promedio de satisfacción con la vida es de 8.4 . De acuerdo índice mundial de felicidad, en el año 2022 México ocupa el lugar número 46 de 150 países del mundo, con un índice de 6.128. Finlandia ocupa el primer lugar.

Ahora que ya se ha presentado toda la literatura con relación a esta investigación, el siguiente apartado presenta la metodología empleada para llevar a cabo los estudios pertinentes para estudiar el modelo de salud mental en mujeres propuesto.

## VI. Método General

*“El mundo de hombre contemporáneo se funda sobre los resultados de la ciencia: el dato reemplaza al mito, la teoría a la fantasía, la predicción a la profecía”*

**Mario Bunge**

### Planteamiento de Problema

En los últimos años el estudio de la salud mental en mujeres ha tenido un notable desarrollo, además de tener importantes implicaciones en la salud física y emocional. La búsqueda de la salud mental ha servido como guía para definir políticas públicas tanto en población en general como en las mujeres con diferentes problemas de salud (Ortega & Cuadrado, 2011) tales como trastornos del estado de ánimo como ansiedad o depresión (Chávez-Mendoza & Tena-Suck, 2018).

La buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico. La OMS trabaja para mejorar la salud mental de las personas y de la sociedad en conjunto y ello incluye fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender a las personas con trastornos mentales.

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante

estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno.

El bienestar es un concepto complejo de definir, y su investigación se centra en dos perspectivas, la aproximación hedónica que se centra en la felicidad y define el bienestar en términos de logro de placer y evitación del dolor, y la aproximación eudaimónica que se centra en dar realización a los potenciales humanos más valiosos (García, 2002; Hori, 2010; Muñoz, 2007; Ryan & Deci, 2001). Ryff (1989) definió el bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial. De este modo, la forma de ver la vida adquiere un significado para uno mismo con ciertos esfuerzos de superación y con la consecución de metas valiosas, quien posee la capacidad para interactuar en forma armoniosa con su entorno.

El bienestar psicológico muestra una relación positiva con la salud general, con la negociación emocional y cognitiva (Díaz, Estevez, Momene & Linares, 2018). Dentro de las relaciones negativas del bienestar se encuentran bajos niveles de claridad y regulación emocional, bajos niveles de satisfacción con la vida y altos niveles de ansiedad y depresión (Gómez-Romero, Limonero, Trallero, Montes-Hidalgo & Tomas-Sábado, 2018).

Con este estudio se pretende indagar en la conceptualización que se da al bienestar en población mexicana y con ello conocer cuáles son las normas y creencias de la felicidad que rigen la vida de las mujeres que influyen en su salud mental, dado que el bienestar psicológico y subjetivo y su percepción depende del contexto en el que una persona se desarrolle, es necesario la creación de un instrumento válido y apropiado psicométricamente para la población mexicana que integre cómo una persona debe generar bienestar en su vida.

Los estudios sobre el bienestar o felicidad permiten consolidar bases científicas para la creación de políticas públicas en salud, específicamente para trabajar la salud mental en grupos vulnerables. Permite aportar tratamiento a problemas emocionales con el fin de

prevenir problemas sociales como trastornos del estado de ánimo, problemas de violencia y salud física. Brindar directrices para intervenciones psicológicas dirigidas a la promoción del bienestar y salud mental positiva en la mujer para prevenir las enfermedades de tipo médico que resultan de problemas de salud mental como la ansiedad y depresión, dificultades en regulación emocional y distorsiones cognoscitivas. Las intervenciones que buscan promover el bienestar tienen un impacto positivo en las relaciones interpersonales de las mujeres (hijos, pareja, esposo, familia) (Chávez-Mendoza & Tena-Suck, 2018).

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

Los trastornos mentales no se presentan de igual manera ni en la misma magnitud entre mujeres y hombres, y se espera que la prevalencia aumente debido al incremento de factores de riesgo como la pobreza, la violencia, el abuso de drogas y el envejecimiento de las poblaciones, entre otros. En este marco, algunas diferencias entre mujeres y hombres, y la manera en que los trastornos mentales afectan a los individuos, a las familias y a la sociedad en general. Se hace hincapié en que los problemas de salud mental deben abordarse desde una perspectiva de género ya que se ve afectada por las condiciones de vida, las identidades y las formas de relación entre los individuos.

El estudio de la ansiedad y la depresión como problemas de salud mental involucra elementos cognitivos y afectivos. La depresión es el problema de salud mental más prevalente a nivel mundial (Jablensky, 1987) y el tercero en México, se asocia al decremento de años saludables, pérdida de salud física, productividad y calidad de vida

(Organización Mundial de la Salud, 2005). De acuerdo con las estadísticas, el 8.8% de las personas ha presentado un cuadro de depresión (la mitad han sido severos), en cuanto al sexo hay una proporción de 1.5 veces más frecuente en mujeres que en hombres, el embarazo y el post parto son periodos críticos en donde se incrementa la presencia de este trastorno en las mujeres.

En aspectos contextuales, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2017) presentó que algunas condiciones que pueden tener impacto en el bienestar psicológico de las personas son la pobreza extrema o moderada, aislamiento o acceso limitado a servicios médicos, niveles altos o muy altos de marginación, ingresos económicos bajos o nulos, analfabetismo o bajos niveles de escolaridad, desnutrición generados por su clase social, por identidad étnica o por desigualdad de género.

La aceptación de un modelo de enfermedad para comprender los trastornos mentales graves puede comprometer el interés rehabilitador, el análisis de las necesidades, las demandas y las expectativas que, en este caso, las mujeres tienen, de las personas a su alrededor y de la sociedad en general. Aunque con frecuencia se defiende el modelo médico, hay evidencias de que un modelo biopsicosocial explicativo puede ser más favorecedor para el tratamiento de los trastornos de la salud mental. La investigación y prácticas clínicas en áreas como la depresión o los trastornos de ansiedad se beneficiarían mucho de los enfoques conceptuales y prácticos que el tratamiento e intervención de los trastornos mentales ha ido haciendo.

Para algunos autores, una mirada biologicista resulta incompleta, esta visión de las personas está a merced de fuerzas internas (biológicas, pero también psicológicas), que incluso puede ser deshumanizador pensar que la persona carece de intencionalidad en su conducta, y niega el carácter social (Vázquez & Hernáñez, 2008).

Para tener una mayor comprensión de la salud mental positiva y negativa, se incorporarán variables que completen el fenómeno, se cree que estas creencias pueden estar

dados desde lo aprendido por la cultura y por la sociedad. Díaz Guerrero (2003) presenta una teoría de las premisas histórico culturales que modelan el comportamiento de los mexicanos, por lo que se crea para este estudio la variable de normas y creencias de la felicidad, de modo que se pueda contrastar con las variables cognitivas, emocionales y de vulnerabilidad que propone el modelo cognitivo que inciden en la salud mental positiva y en la salud mental negativa o psicopatología como la ansiedad y la depresión.

Se piensa que las creencias en torno a cómo vivir la vida, cómo alcanzar la felicidad y la idea de que debemos perseguir la felicidad afectará de manera negativa la salud cuando se presentan creencias irracionales sobre cómo vivir. Por lo que resulta esencial en esta investigación conocer cuáles podrían ser esas normas y creencias de la felicidad que rigen el comportamiento de las mujeres para vivir felices, y generar bienestar físico y emocional. De acuerdo con lo planteado surge la siguiente pregunta de investigación:

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es el efecto de la cultura (*normas y creencias de la felicidad*) en la *salud mental positiva (bienestar psicológico y salud mental positiva) y negativa (ansiedad y depresión) de mujeres mediado por variables individuales (regulación emocional, creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad social)*?

### **Objetivo general**

Predecir el efecto de la cultura (*normas y creencias de la felicidad*) en la salud mental positiva (*bienestar psicológico y salud mental positiva*) y negativa (*ansiedad y depresión*) de mujeres mediado por variables individuales (*regulación emocional, creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad social*).

### **Estudios de la investigación**

Para alcanzar el propósito fue necesaria la realización de **dos estudios**.

En el **Estudio 1** se conceptuarán y desarrollarán los estudios exploratorios pertinentes y las propiedades psicométricas para dos de las variables del modelo. En la *fase 1* se

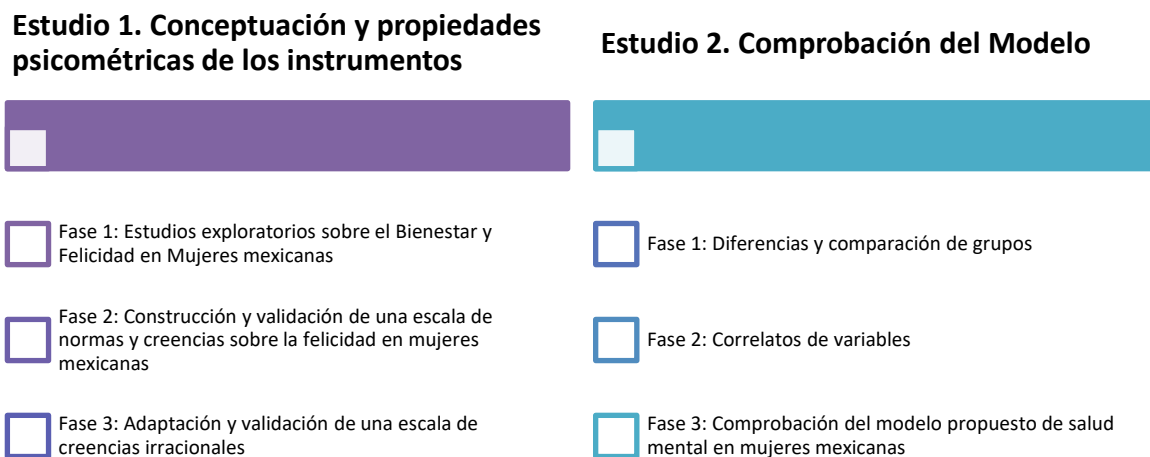


realizarán los estudios exploratorios para conocer el significado psicológico de bienestar y felicidad, en la *fase 2*, de acuerdo con los resultados de la fase anterior, se formarán dimensiones que permitan elaborar una escala de normas y creencias de la felicidad en mujeres” y en la *fase 3* se realizará la validación del instrumento de creencias irracionales en mujeres mexicanas.

En el **Estudio 2**, durante la *fase 1* se llevará a cabo la relación de variables y en la *fase 2* la comparación de grupos y en la *fase 3* la comprobación del modelo.

### Figura 8

*Estudios y fases llevados a cabo en la presente investigación*

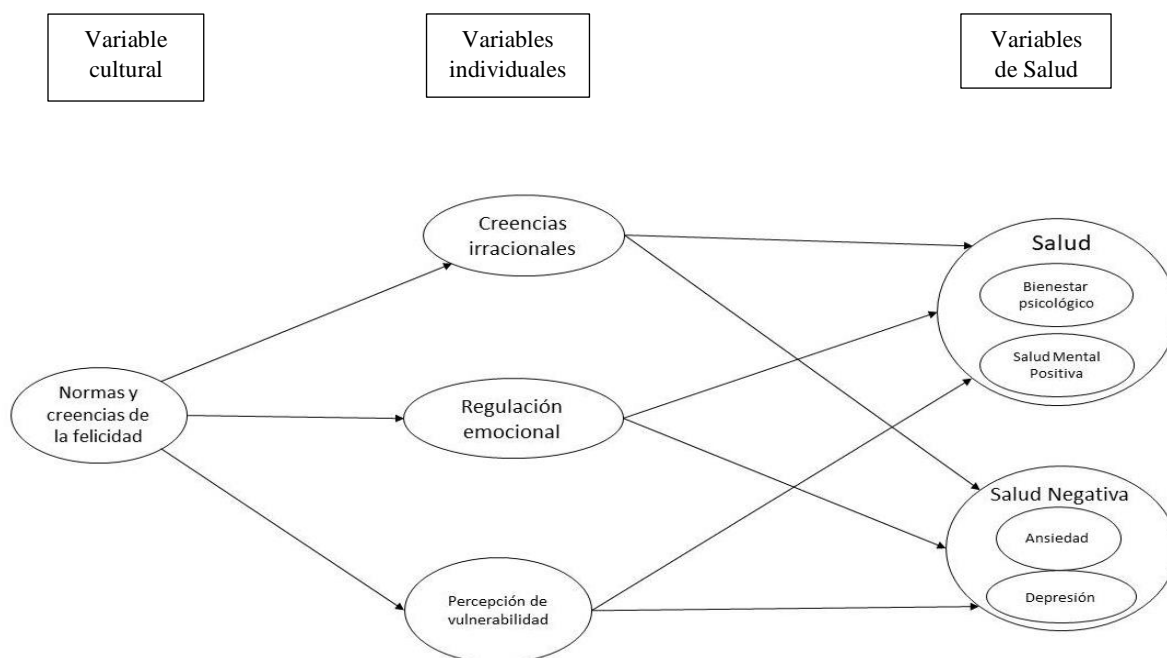


## Modelo propuesto

El modelo propuesto se presenta integrando variables de la cultura (normas y creencias de la felicidad) sobre el bienestar psicológico mediados por variables individuales (regulación emocional, creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad social) y de salud (salud mental positiva, ansiedad y depresión) en mujeres jóvenes (Ver Figura 9).

**Figura 9**

*Modelo de investigación propuesto*



*Nota:* Se presentan las variables culturales, variables individuales y variables de salud que podrían estar teniendo impacto en la salud mental de mujeres.

## Estudio 1. Conceptuación y propiedades psicométricas de los instrumentos

### Fase 1. Conceptuación teórico-empírica de normas y creencias de la felicidad

Con el tiempo, la felicidad ha sido usada como sinónimo de “bienestar” (*Well-being*) o de satisfacción con la vida”. En los estudios del bienestar y de la felicidad se han tenido dificultades para conceptualizar el constructo. La investigación empírica contemporánea está orientada a encontrar si la felicidad es un estado o un rasgo, cuál es la relación que existe entre felicidad y factores biológicos (genéticos), variables culturales, de edad, género, espiritualidad, sentido de la vida, y otras (Ardila, 2010)

Existe una tendencia a usar de manera indistinta los términos felicidad y bienestar, por lo que resulta importante mostrar la diferencia entre ambas perspectivas de estudio de los conceptos. Para cubrir con los objetivos de esta investigación es importante contar con una definición cultural de la felicidad. De acuerdo con Ben-Shajar (2013) existe una hipótesis en las personas, creen que los que son verdaderamente felices son, en cierto modo, inmunes a la tristeza, miedo o ansiedad o a experimentar algún fracaso o contratiempo en su vida. La generalización de esta idea a lo largo de generaciones, continentes y culturas parece indicar que se tiene la creencia de que cuando se tiene perfección en todo se alcanzará la felicidad. Sin embargo, en la perfección hay cierta dosis de irracionalidad al mantener expectativas muy altas y rechazo a las emociones negativas, sin embargo, el perfeccionismo puede llevar a rechazar el éxito, lo que explica cómo la gente que parece tenerlo “todo” pero que, sin embargo, es infeliz. Lo que se observa, es que en torno a la felicidad existen una serie de normas y creencias entre las personas que indican cómo ser feliz, aprendidas y reforzadas social y culturalmente. Las normas indican cómo debe ser el comportamiento mientras que las creencias enmarcan el pensamiento, en este sentido, Díaz-Guerrero (1955, 1967, 1972, 1977) ha postulado que la cultura en la cual crecen los individuos provee los fundamentos, la estructura y las normas del comportamiento aceptable y deseable, por lo que vivir una vida feliz, y ser una persona feliz no escapa de los mandatos socioculturales. Esta sociocultura se define como un

sistema de premisas interrelacionadas (normas, roles, etc.) que gobierna los sentimientos e ideas y que estipula la jerarquía de las relaciones interpersonales. Díaz-Guerrero (1963) indicó que las premisas socioculturales guían y son válidas dentro de la familia, el grupo, la sociedad y las superestructuras institucionales. Además, estas normas dirigen cosmovisiones responsables del desarrollo de la personalidad, las principales metas de la vida, la forma de enfrentar la vida, la percepción de la humanidad, asuntos de sexo, masculinidad y feminidad, la economía y la muerte.

El punto de partida de este análisis es la pregunta: ¿qué es la felicidad? ¿cómo buscamos alcanzar la felicidad? En realidad, todos sabemos lo que es la felicidad; sin embargo, el problema aparece cuando en la búsqueda de una definición cabal tropezamos con múltiples dilemas, no siendo fácil establecer su contenido esencial. Esta dificultad a conducido a que en la literatura psicológica actual se utilice como sinónimos de felicidad las frases en inglés *subjective well-being*, SWB (bienestar subjetivo o estar subjetivamente bien), *psychological well-being* (bienestar psicológico) y *satisfaction with life* (satisfacción con la vida) (Diener, 1984, 1999, 2000; Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Myers & Diener, 1995). “El vocablo felicidad es semánticamente mucho más complejo y rico en contenido que el vocablo bienestar, expresa por si solo los componentes básicos de la vida feliz” (Alarcón, 2006, p.96)” (Alarcón, 2006).

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo se define teórica y empíricamente el bienestar y la felicidad en una muestra de mujeres jóvenes?

### **Objetivo General**

Obtener una conceptualización culturalmente válida del constructo para su posterior utilización en la elaboración de una escala de norma y creencias de la felicidad que integre el bienestar subjetivo y bienestar psicológico de mujeres jóvenes.

## Objetivo Particulares

1. Obtener una definición clara y precisa de lo que significa “bienestar” y “felicidad” en una muestra de mujeres jóvenes.
2. Corroborar las dimensiones del bienestar subjetivo y psicológico en mujeres jóvenes.
3. Identificar los criterios de categorización del bienestar y de la felicidad.

## Definición de variables

### *Definición conceptual*

*Felicidad* es un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta subjetivamente un individuo en posesión de un bien deseado (Alarcón, 2006).

*Bienestar* es una evaluación general y positiva del individuo acerca de su vida en un momento particular; donde es necesaria una conciencia por parte del sujeto como forma de acceder a ella (Diener, 1984)

### *Definición operacional*

Las definidoras que resulten de la técnica de recolección de *Redes Semánticas Naturales Modificadas* (Reyes-Lagunes, 1993).

## Muestra

Para cubrir el objetivo de la definición de felicidad y bienestar se contó con la participación de 100 mujeres entre 18 y 45 años de edad, con una media de  $X=29.2$  años con una moda de escolaridad en nivel preparatoria máximo, residentes de la zona oriente del Estado de México. El rango de edad se determinó obedeciendo la edad que corresponde a la etapa de desarrollo de las personas en adultez joven y adultez madura y maduras (Craig & Baucum, 2009).

## Muestreo

El muestreo fue no probabilístico e intencional (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Tipo de estudio**

Exploratorio Transversal de campo (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Diseño**

Una muestra (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Criterio de inclusión**

Mujeres residentes de la zona oriente del Estado de México que cumplan con los criterios de edad.

### **Criterio de eliminación**

Las personas que no sepan leer y escribir o que presenten limitaciones físicas para participar en el estudio y aquellas que no contesten los cuestionarios completos.

### **Criterio de exclusión**

Mujeres que se encuentren en un tratamiento psicológico.

### **Instrumentos**

Se utilizó la *Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas* (Reyes-Lagunes, 1993) para conocer el significado de bienestar subjetivo y bienestar psicológico en la población de estudio, se presentó un cuadernillo tamaño esquila en donde se utilizaron como palabras estímulo bienestar y felicidad intercalando dos estímulos neutros entre los estímulos principales. Al final de se integrarán datos sociodemográficos en donde se recolectó la edad, escolaridad, nivel de escolaridad, estado civil, condición económica, cuidado familiar y empleo.

### **Procedimiento**

Se recurrió a escuelas públicas y privadas para solicitar a las autoridades el apoyo para levantar datos, a cambio se les ofreció impartir un taller gratuito de acuerdo a las necesidades de la escuela. Las autoridades convocaron a las mujeres a una junta escolar y ahí fue donde se les solicitó su participación, se les explicó que se estaba realizando un

estudio como parte de un proyecto doctoral, quien accedió a colaborar se quedó a responder el cuestionario y quien no estaba dispuesta se podía retirar. Se les informó que sus respuestas eran totalmente anónimas y confidenciales y que sus respuestas serían utilizadas en conjunto y no de manera individual cumpliendo objetivos estadísticos y de investigación. Se les entregó un cuadernillo tamaño esquila y se les dio el tiempo necesario para responder. Se verificó que todas las participantes supieran leer y escribir. Se pidió a las participantes que escribieran diez palabras sueltas que consideraran que mejor describían a la palabra estímulo. Posteriormente se les pidió que jerarquizaran la lista de acuerdo con nivel de importancia que cada palabra tiene para definir dicho estímulo, siendo 1 la que mejor le define y así hasta 10 para la que menos le define. Al término se revisó que completaran todas las respuestas y se les agradeció su participación. A la semana se impartió un taller de crianza positiva a las madres de la escuela.

### **Análisis de datos**

Para analizar las *redes semánticas* se realizó el vaciado de los datos en el programa Excel de la paquetería de Office 2010, en donde se creó una base de datos por la palabra estímulo bienestar y felicidad. De acuerdo con el procedimiento señalado para la técnica por Reyes-Lagunes (1993) se capturaron las palabras que las participantes escribieron y la jerarquía en la que ubicaron, se procedió a realizar los pasos pertinentes para conocer el tamaño de la red para las redes semánticas del bienestar, se buscó el índice de consenso grupal y se determinó el peso semántico y el núcleo de la red de las definidoras.

### **Resultados**

Para conocer el significado de felicidad se utilizó la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993) teniendo como constructo “felicidad”. Se obtuvo el peso semántico a partir de la frecuencia y de la jerarquización otorgada a cada una de las definidoras.

En la Tabla 10 se presentan las 10 definidoras de felicidad con el peso semántico más alto para las mujeres.

**Tabla 10**

*Definidoras arrojadas a partir de la técnica de redes semánticas con el estímulo “felicidad” en mujeres.*

Definidoras	Peso semántico
Amor	388
Alegría	373
Familia	303
Sonreír	172
Salud	164
Tranquilidad	130
Emoción	126
Amigos	108
Bienestar	108
Trabajar	93

A partir de la tabla 10 se observa que las mujeres asocian con “amor”, “alegría”, “familia”, “sonreír”, “salud”, “tranquilidad”, “emoción”, “amigos”, “bienestar” y “trabajar” la felicidad.

En la Tabla 11 se muestran las 10 definidoras de bienestar con el peso semántico más alto para las mujeres.

**Tabla 11**

*Definidoras arrojadas a partir de la técnica de redes semánticas con el estímulo “bienestar” en mujeres.*

Definidoras	Peso semántico
Salud	563
Tranquilidad	242
Felicidad	232
Familia	227
Paz	168
Amor	157
Estabilidad	156
Trabajo	144
Economía	116
Dinero	84

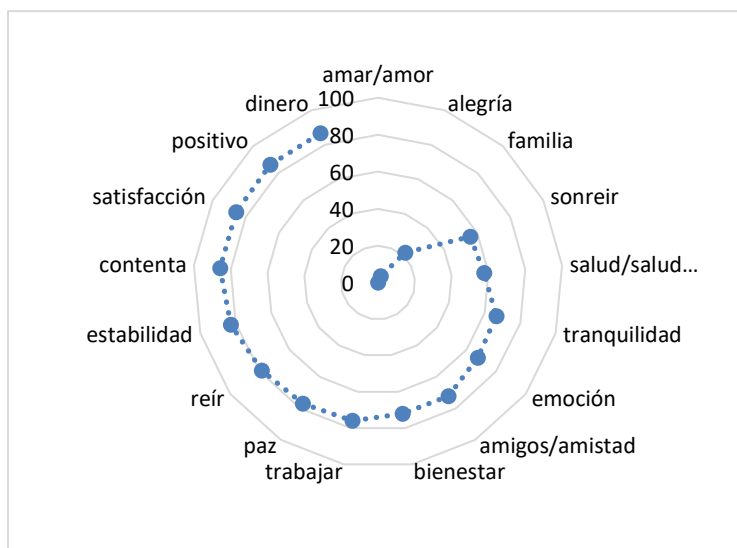


A partir de la Tabla 11 se observa que las mujeres asocian “salud”, “tranquilidad”, “felicidad”, “familia”, “paz”, “amor”, “estabilidad”, “trabajo”, “economía” y “dinero” al bienestar.

El resto de las definidoras para cada estímulo puede verse en las Figuras 10 y 11, para felicidad y bienestar respectivamente.

### Figura 10

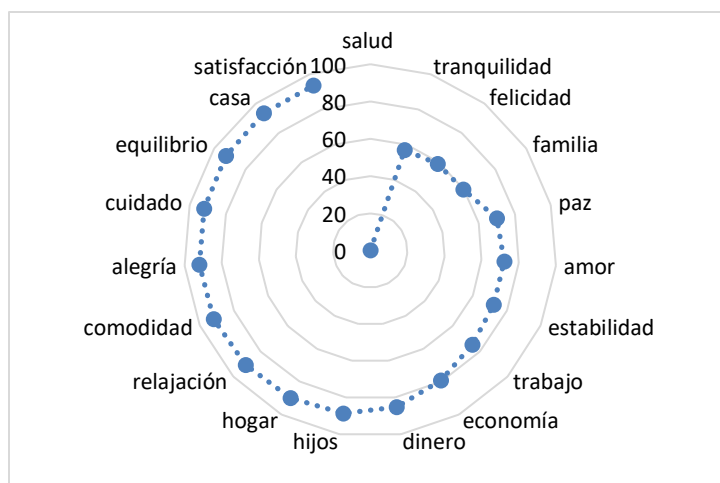
*Redes Semánticas para la palabra estímulo “Felicidad”.*



*Nota:* Se muestran las definidoras para la palabra estímulo felicidad, siendo equivalente a amar, alegría, familia, sonreír, salud.

**Figura 11**

*Redes Semánticas para la palabra estímulo “Bienestar”.*



*Nota:* Se muestran las definidoras para la palabra estímulo bienestar, siendo equivalente a salud, tranquilidad, felicidad, familia, paz y amor.

## Discusión

Las definidoras obtenidas con la técnica de redes semánticas nos indicaron que la felicidad se asocia con amar, sentir alegría, estar con la familia, poder sonreír, tener salud, sentir tranquilidad, es una emoción, se siente al estar con amigos, se siente al tener bienestar y poder trabajar, lo que concuerda con la definición que dio Diener (1984), el autor definió la felicidad como la realización individual de la vida, cognitiva y sensualmente. Argyle (1987) también se refirió a la felicidad como una emoción positiva frecuente, como la alegría, un alto nivel de satisfacción promedio durante un período dado y la ausencia de sentimientos negativos, como depresión y ansiedad. Buscamos la felicidad a través de las “cosas” que nos hacen felices; no obstante, si la felicidad es satisfacción con

la vida, “dependerá de la brecha que haya entre lo que se desea y lo que se posee”, como bien observa Csikszentmihalyi (1998) (Alarcón, 2014).

Se puede observar que felicidad y bienestar no es lo mismo para las personas, el tener bienestar es algo duradero, y tener bienestar es tener salud, sentir tranquilidad, y entonces sentir felicidad por eso, estar con la familia, estar en paz sentir amor, tener estabilidad, trabajo, economía y dinero, es decir, ya aparecen elementos del bienestar subjetivo, que son más fáciles de identificar para las personas, y entonces tener la capacidad para alcanzar cualquier propósito, que está dado por la maximización del bienestar psicológico. Al pensar en bienestar inmediatamente se piensa en tener salud y eso traerá felicidad, pero estar feliz implica en aspectos más lejanos pensar en la salud o en el bienestar.

El estudio exploratorio realizado que usó la técnica de las redes semánticas naturales arrojó dimensiones que integran los constructos de bienestar y felicidad. La felicidad fue definida como amor, alegría, familia, sonreír, salud, tranquilidad, emoción, amigos, bienestar, trabajar. Podemos notar que cuando se habla de felicidad se piensa en experimentar emociones positivas como el amor, alegría y tranquilidad, entonces para ser feliz se deben sentir esas emociones. La felicidad es la norma en la cultura americana (D´Andrade, 1984, como se cita en Sánchez-Aragón, et al, 2010), la norma de felicidad está fundada en significados y prácticas culturales específicas. La activación de la felicidad indica que se ha cumplido con tareas culturales en las que se destaca, cumplir metas personales y materiales como ser único (Hochchild, 1995, como se cita en Mesquita & Albert, 2007)<sup>1</sup>. Tener salud y bienestar permite ser feliz, y parece que pasar tiempo con la familia y amigos, así como tener trabajo proporcionan experiencias que generan felicidad.

---

<sup>1</sup> Este capítulo se publicó en inglés como Mesquita, B. & Albert, D. (2007). The cultural regulation of emotions. In J.J. Gross (Ed.), *The handbook of emotion regulation* (pp. 486-503). New York: Guilford Press. Publicado con permiso de los autores en Sánchez- Aragón, et. al. (2010).

De acuerdo con estos resultados, se podría explicar cómo es que cuando se tienen experiencias negativas la felicidad se ve mermada, pues se tiene la creencia que para ser feliz no se pueden experimentar emociones negativas, lo que concuerda con lo planteado por Diener (1984) que el bienestar subjetivo está en búsqueda de los placeres y por Lyubomirsky (2008) cuando habla de los mitos de la felicidad. El término bienestar es asociado primero a temas de salud, tranquilidad, felicidad, familia, paz, amor, estabilidad, trabajo, economía, dinero. Los constructos de felicidad y bienestar son usados en ocasiones de manera indistinta (Buss, 2000), y con estos resultados se confirma, que ambos términos se definen entre sí. Con este estudio se identifican que las dimensiones a considerar para la elaboración de ítems para una escala que considera la felicidad y el bienestar son la familia, pareja, amigos, trabajo, salud, felicidad.

Para profundizar en la conceptualización que las mujeres tienen de felicidad e identificar las normas y creencias de la felicidad se realizó un grupo focal. La técnica de grupos focales es un espacio de opinión que permite obtener información acerca del sentir, pensar y vivir de los individuos, para conocer actitudes, experiencias y creencias de los participantes provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos relativamente en un tiempo corto (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2013)

## **Definición de variables**

### **Definición conceptual**

*Bienestar subjetivo* se define como “una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida” (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, p. 277).

*Bienestar psicológico* como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, que la vida adquiera un significado para uno mismo con ciertos esfuerzos de superación y con la consecución de metas valiosas, quien posee la capacidad para interactuar en forma armoniosa con su entorno (Ryff, 1989).

### Definición operacional

Las dimensiones que resulten del grupo focal y del cuestionario con preguntas abiertas elaboradas a partir de las dimensiones que Diener et al. (1999) propone para bienestar subjetivo y Ryff (1989) para bienestar psicológico.

### Participantes

Se contó con la participación de 15 mujeres con edades entre 22 y 36 años de edad con una media de edad de 26 años, con una escolaridad promedio de preparatoria como nivel máximo de estudios, residentes de la zona oriente del Estado de México, todas madres de familia de niños de preescolar. El muestreo fue por convocatoria de participación voluntaria.

**Tipo de estudio:** Exploratorio Transversal de campo (Kerlinger & Lee, 2000).

**Diseño:** Una muestra (Kerlinger & Lee, 2000).

**Criterio de inclusión:** Mujeres residentes de la zona oriente del Estado de México que cumplan con los criterios de edad.

**Criterio de eliminación:** Las personas que no sepan leer y escribir o que presenten limitaciones físicas para participar en el estudio y aquellas que no contesten los cuestionarios completos.

**Criterio de exclusión:** Mujeres que se encuentren en un tratamiento psicológico.

### Instrumentos

Se diseñaron 17 preguntas de acuerdo con las 3 dimensiones planteadas por Diener et al., (1999) para bienestar subjetivo y Ryff (1989) para bienestar psicológico. ¿Para ustedes que es felicidad? ¿Quién nos enseña a ser felices? ¿Cómo sabemos que estamos felices? ¿Cómo es que te sientes, como podemos expresar ese sentimiento o esa emoción? ¿Quién es más feliz? ¿Qué deben hacer los hombres para ser felices? ¿Qué cosas hacemos

para ser felices? ¿Que deben entonces las mujeres hacer para ser felices? ¿Qué es lo que nos han dicho que necesitamos para ser felices? ¿Qué han hecho ustedes para alcanzar la felicidad? ¿Qué cosas o que situaciones han limitado su felicidad, ya sea momentáneamente o por más tiempo? ¿Qué herramientas ustedes han utilizado para afrontar estas dificultades de la vida? ¿Cuál es su propósito en la vida? ¿Cuáles son sus mayores éxitos, que éxitos han tenido? ¿Qué es lo que te hace falta alcanzar? ¿Qué tanto hemos pensado en lo material como un aspecto de la felicidad? ¿Es lo mismo bienestar que felicidad?

### **Procedimiento**

Se solicitó el permiso a un preescolar ubicado en la zona Oriente del Estado de México, se le explicó que se estaba realizando una investigación acerca de la salud en mujeres, por lo que se pedía trabajar con las mamás de su institución. El preescolar convocó a las mamás y se extendió la invitación a mujeres familiares. Se les citó un día a una hora específica, a las que acudieron a la cita, se les informó acerca del estudio y se les mencionó que las respuestas que dieran serían completamente anónimas y confidenciales, se les solicitó autorización para realizar la grabación del audio de la entrevista para poder realizar la transcripción, con la promesa de que el audio sería borrado pasados 3 meses al término del estudio. el grupo accedió, se les explicó que se iban a realizar un debate grupal y que cada una podía expresar lo que sintiera o pensara, que no había respuestas buenas o malas, toda la información era valiosa. Deberían ir respondiendo por turnos y tenían derecho a no responder o inclusive abandonar el grupo si se sentían a incomodar, el grupo de mujeres aceptó las reglas. La moderadora inició con la realización de las preguntas y el grupo fue expresando sus ideas. Se grabó la entrevista cuya duración fue de 1 hora 23 minutos con la aplicación de para Android “Smart recorder” by SmartMob versión 1.9.5. Al término de la sesión se les pasó una hoja de papel que les solicitaba algunos datos sociodemográficos.

## Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido temático (Abela, 2002) que consistió en determinar las frecuencias de los contenidos principales de cada respuesta para formar categorías que se sustenten en la revisión de las perspectivas teóricas adoptadas (Fernández Chaves, 2002). Para el tratamiento de la información se utilizó el software ATLAS.TI versión 8.2.

Con el objetivo de conocer la incidencia de algunas otras variables, en los sociodemográficos se preguntaron fueron edad, estado civil, nivel de estudios terminados, si trabajaban y en que ocupación, si presentaban alguna discapacidad o enfermedad, si realizaban alguna actividad física, si practicaban alguna religión, qué actividad o actividades realizaban para distraerse, si tenían hijos, relación con sus hijos, si tenían pareja, principales problemas con su pareja, satisfacción en su relación de pareja, satisfacción con sus padres, cuantos amigos tenía, tiempo en que se frecuentaban, servicios con los que contaba en casa, ingreso mensual promedio en la familia, servicio médico.

Se preguntó *¿qué es felicidad?* Algunos ejemplos mencionados por las mujeres fueron: “Estar bien con uno mismo”. “Es aprender a disfrutar todo, ósea el bañarme a mí me hace feliz, sentarme a comer con mis hijos a comer me hace feliz, sentirme a trabajar me hace feliz, es como disfrutar cada actividad que hago, tenerlo en cuenta que eso nos alegra o nos hace feliz”.

## Fase 2. Construcción y Validación de una escala de Normas y Creencias de la Felicidad en mujeres mexicanas

Los estudios sobre la felicidad se han incrementado en las últimas décadas, principalmente ha sido estudiado por la Psicología Positiva (Alarcón, 2006). Desde hace muchos años existe un creciente interés por el estudio de la felicidad, el bienestar y el potencial humano (Ben-Shajar, 2013; Seligman, 2006). Sin embargo, los estudios sobre la felicidad han sido un tema de discusión filosófica (Veenhoven, 2005), motivo por el cual la definición de este término presenta problemas de medición empírica y por lo tanto de comprobación en torno a ella.

La felicidad se ha definido como la evaluación positiva de un aspecto de su vida que produce gozo o de la evaluación general de su vida (“qué tan feliz soy”). Algunas de las definiciones que los autores han planteado son: Aristóteles (s/f, 2001) la llamaba Eudaemonía, la considera como un estado deseable al que sólo se puede aspirar si se lleva una vida virtuosa o deseable; Diener (1984) la define como una evaluación general y positiva del individuo acerca de su vida en un momento particular; donde es necesaria una conciencia por parte del sujeto como forma de acceder a ella. Csikszentmihalyi (2003) plantea que la felicidad es equivalente al término *fluir*, es decir el estado en el que uno se ve envuelto totalmente en una actividad que requiere la concentración completa, pero que es un disfrute total y único, ya que no causa trabajo ni esfuerzo dado que fluye de manera natural. Para Veenhoven (2000) es la apreciación general positiva o goce subjetivo de la vida en todo su conjunto (la vida como un todo), mientras que Seligman (2006) plantea que es un conjunto de emociones positivas con actividades positivas. Para Alarcón (2006), la felicidad es un estado afectivo de satisfacción plena que experimenta el individuo en posesión de un bien anhelado. Por su parte, para Ben-Shahar (2013) es la experiencia general de placer y significado personal. Así, la felicidad puede ser entendida como una evaluación que las personas hacen acerca de su percepción sobre cómo perciben su manera de disfrutar la vida, esta percepción está influenciada por las emociones y pensamientos que



tengan en el momento de realizar esa evaluación en función de los bienes materiales y psicológicos que se poseen o se desean adquirir. Sin embargo, estas definiciones no hacen explícita la influencia social que la cultura ejerce para realizar esta evaluación, y si esta es positiva o negativa con respecto a cómo se vive. En esta investigación se toman como base las definiciones de Diener (1984) y Veenhoven (2000).

La investigación psicológica de la felicidad tiene dos enfoques: la postura hedónica o bienestar subjetivo (subjective well-being) (Diener, 1984) y la postura eudaimónica o bienestar psicológico (Ryff, 1989). El primero integra los afectos positivos y negativos y una evaluación global de la vida, y el segundo hace referencia a los aspectos subjetivos de las experiencias, que potencian la capacidad humana.

Lyubomirsky (2008) ha explorado los procesos cognitivos y motivacionales que distinguen a las personas que muestran niveles de felicidad excepcionalmente altos y bajos. Estos procesos incluyen la comparación social (cómo las personas se comparan a sí mismas con sus pares), la reducción de la disonancia (cómo las personas justifican las decisiones triviales e importantes en sus vidas), la autoevaluación (cómo las personas se juzgan a sí mismas), la percepción de la persona (cómo piensan las personas sobre los demás) y morada o rumia. Ha descubierto que las personas verdaderamente felices interpretan los acontecimientos de la vida y las situaciones cotidianas de manera que parecen mantener su felicidad, así, las personas felices tienen éxito a través de múltiples dominios de la vida, incluyendo el matrimonio, la amistad, los ingresos, el desempeño del trabajo y la salud (Lyubomirsky, King & Diener, 2005), mientras que las personas infelices interpretan las experiencias de maneras que parecen reforzar la infelicidad (Kennon, Sheldon & Lyubomirsky, 2019; Lyubomirsky, et al., 2005; Lyubomirsky & Tucker, 1998).

Un error es pensar que ser feliz implica la ausencia de problemas o dificultades en la vida (Ben-Shajar, 2013). Resulta de suma importancia la actitud con la que las personas enfrentan la vida y sus problemas. Cómo se percibe y valora a sí misma, cómo interpreta y

valora su realidad y su vida, por lo que sus creencias en torno a cómo vivir y relacionarse, definirán su felicidad y su modo de disfrutar de la vida y así mismo, “todo dependerá del cristal con que se mire” (Domínguez-Fernández, 2009). Así, la relación entre éxito y felicidad existe y ocurre no sólo porque el éxito hace la felicidad, sino que también porque el afecto positivo engendra éxito (Lyubomirsky, et al., 2005).

Veenhoven (2005) afirma que la felicidad y lo que se entiende por ésta, cambia de cultura a cultura. La cultura provee al individuo los fundamentos, estructura y normas aceptables y deseables de conducta, por lo que aportará un sistema de pensamientos e ideas, normas y creencias, roles, que deberán llevarse a cabo para la interacción de las personas, es decir, dónde, cuándo, con quién y cómo. Díaz-Guerrero y Peck (1963) consideran que estas normas socioculturales son una guía de comportamiento dentro de la familia, el grupo, la sociedad y en las súper estructuras institucionales y afectan al desarrollo de la personalidad, las metas de vida, el estilo de enfrentamiento, la percepción de la humanidad, la emisión del sexo, masculinidad, feminidad, y la forma en que se percibe la vida. Debe quedar claro que la forma cómo nos comportamos, nuestro desarrollo, nuestros pensamientos, actitudes, creencias, valores y, en general, nuestra persona, depende de nuestros procesos de socialización, cuyas diferencias entre nichos ecológicos, herencias culturales, predisposiciones biológicas y experiencias darán variabilidad al comportamiento social (Díaz-Loving, 2008).

Díaz-Guerrero (2003) ha identificado las normas y creencias que de manera general pueden explicar el comportamiento de los mexicanos y destaca dos proposiciones, el poder y la supremacía del padre, y el amor y el sacrificio absoluto innecesario de la madre. Se considera que la sociedad mexicana está cimentada en una estructura jerárquica basada en el respeto hacia otros, en especial padres y parientes (Díaz-Guerrero & Peck, 1963). La internalización de estas premisas produce abnegación, rasgo cardinal de la cultura mexicana sostenido como verdadero (Díaz-Guerrero, 1993), tanto para hombres como para mujeres, quienes creen que es más importante la satisfacción de las necesidades de los otros antes

que las de ellos mismos, prefiriendo como estilo de enfrentamiento ante esta situación es la auto modificación, en la cual las personas ponen las necesidades de otros antes que las suyas. A su vez, derivada del poder y la obediencia, se produce una clara jerarquía vertical en la cultura, evidente en la forma de ejercer la autoridad (“un hijo debe siempre obedecer y respetar a sus padres”) en la familia (Díaz-Guerrero & Peck, 1963). Dependiendo del grado en que cada sujeto adopta y cree en los dictados culturales, los seres humanos desarrollan su forma de enfrentar al mundo, ambulan llamando la filosofía de vida, mediante la percepción o visión del mundo que las personas ejercen un estilo de enfrentamiento para manejar el estrés como reacción a su entorno sociocultural.

En un estudio realizado por Rojas (2005) encontró que en México los dominios de vida familiares (e.g., la relación de pareja, la relación con los hijos y la relación con el resto de la familia), son puntos fundamentales para la satisfacción, la salud y felicidad en los mexicanos. Anguas-Plata (2001), ha analizado el significado del constructo bienestar subjetivo (SWB), tomado como sinónimo de felicidad (Diener, 1994), encuentra que la estructura elemental del bienestar subjetivo no difiere entre la cultura individualista norteamericana y la colectivista mexicana.

Con respecto a los correlatos de la felicidad, se ha encontrado que la interacción con otros (pareja y amigos) corrobora que los lazos sociales cercanos o íntimos son elementos centrales para aumentar la felicidad en las personas (Veenhoven, 2005). Estudios relacionados a la edad, muestran que no existe un período durante el cual la gente sea más feliz o más infeliz, sin embargo, el fondo emocional si cambia, ya que lo que hace feliz o infeliz a las personas cambia con la edad (Myers & Diener, 1995). En cuanto al género, indican que aunque las mujeres manifiestan una felicidad ligeramente mayor que los hombres cuando solo se evalúan las emociones positivas (Wood, Rhodes & Whelan, 1989), el resultado neto es un equilibrio hedónico aproximadamente igual para mujeres y hombres.

En cuanto a la medición del constructo de felicidad, han sido desarrollados algunos instrumentos: *Life as a Whole Index* (Andrews & Whitney, 1976) que mide la felicidad global con un solo reactivo; *The Self-Rating of Happinesses* (Abdel-Khalek, 2006), que mide la felicidad con un solo reactivo; el Inventario de Felicidad de Oxford (OHI, Argyle, Martin & Crossland, 1989), evalúa la felicidad personal en 29 ítems; *The Short Depression Happiness Scale* (SDHS) (Joseph, Linley, Harwood, Lewis & McCollam, 2004), mide la depresión-felicidad en 25 ítems; la Escala de Satisfacción de Lima (Alarcón, 2006), que es una medida de felicidad personal con 27 reactivos distribuidos en cuatro factores; *Satisfaction with life scale* (Diener, Emmons, Larsen & Griffi, 1985) que es una evaluación de la felicidad mediante la propuesta del bienestar subjetivo a través de cinco ítems; la Escala multidimensional para la medición del bienestar subjetivo de Anguas-Plata y Reyes-Lagunes (Anguas, 2000, 2005), que mide la felicidad a través de bienestar subjetivo con un total de 80 reactivos; Escala de Bienestar Psicológico (Carullo, 2001), que evalúa la felicidad mediante el bienestar psicológico con 13 reactivo; *Quality of Life Scale* (WHOQOL) creada por la OMS (1995) que mide la felicidad como parte de la calidad de vida con un total de 100 ítems y el Cuestionario de Calidad de vida (Garduño & De la Garza, 2005). La mayoría de las escalas mide aspectos de bienestar afectivo y bienestar cognitivo personal, sin embargo, no es clara la influencia cultural que indica cómo ser feliz y qué expresiones pueden usarse cuando se siente felicidad, la cual puede dar cuenta si se conocen las normas y creencias de determinada cultura, en este caso de la felicidad.

Desde esta perspectiva, se pretende elaborar un instrumento que identifique y mida las normas y creencias culturales que inciden en la evaluación que las mujeres dan sobre su propia felicidad (Veenhoven, 2000).

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de una escala de Normas y Creencias de la Felicidad en mujeres mexicanas?

## Objetivo General

Analizar psicométricamente la escala que mida las Normas y Creencias de la Felicidad en las mujeres mexicanas culturalmente relevante, válida y confiable.

## Objetivos particulares

1. Diseñar una escala que evalúe las Normas y Creencias de la Felicidad en las mujeres de acuerdo con las dimensiones de la *Fase I*.
2. Validar la escala de Normas y Creencias de la Felicidad en las mujeres
3. Obtener las propiedades psicométricas de la escala de Normas y Creencias de la Felicidad en las mujeres.

## Muestra y muestreo

Se contó con la participación de 694 mujeres. El 50% de la muestra fue asignada aleatoriamente al análisis factorial exploratorio (AFE) de la escala, y el otro 50% se usó para el análisis factorial confirmatorio (AFC). El rango de edad osciló entre los 18 a 65 años, la media de edad fue de 34.7 años mediante un muestreo no probabilístico accidental (Kerlinger & Lee, 2000). El estado civil y la condición de maternidad reportada fue que el 27.2 % eran mujeres solteras sin hijos, el 6.6 % eran madres solteras, 2.6 % eran casadas sin hijos, 23.1 % eran casadas con hijos, 6.6 % estaban en unión libre sin hijos, 17.6 % estaban en unión libre con hijos, 0.4 % eran divorciadas sin hijos, 5.5 % divorciadas con hijos, 0.4 % separadas sin hijos, 7.9 % separadas con hijos y el 2 % eran viudas con hijos, es decir, el 63 % tenían hijos y 37 % no tenían hijos. El nivel de estudios máximo reportado fue el 1.3 % primaria, 12.2 % secundaria, 10.1 % carrera técnica, 28.1 % bachillerato o preparatoria, 39 % universidad y el 9.2 % tenía estudios de posgrado. Con referencia a reportar tener trabajo, el 62.1 % sí tenían trabajo y el 37.9 % no tenían trabajo. Es importante mencionar que la mitad de la muestra se utilizó para el análisis factorial exploratorio y la otra mitad para el análisis factorial confirmatorio.

### **Tipo de estudio**

Exploratorio Transversal de campo (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Diseño**

Una muestra (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Criterio de inclusión**

Mujeres estudiantes de nivel secundaria.

### **Criterio de eliminación**

Las mujeres que no sepan leer y escribir o que presenten limitaciones físicas para participar en el estudio y aquellas que no contesten los cuestionarios completos.

### **Criterio de exclusión**

Mujeres que se encuentren en un tratamiento psicológico

### **Instrumento**

*Escala de Normas y creencias de la felicidad con 26 ítems resultante de la fase anterior de este estudio* (Rueda et al. 2022), con un formato de respuesta tipo Likert que va de 1 totalmente en desacuerdo a 5 totalmente de acuerdo. Las dimensiones fueron propuestas en función de la definición de Diener (1984) y Ryff (1989), adaptadas al contexto de la mujer en México, por lo que la escala quedó conformada por 6 dimensiones: 1) *Normas de la maternidad* (Desarrollo que debe tener una madre y su interacción con los hijos: “Una mujer que llevó un hijo en su vientre debe sentirse feliz”), 2) *Normas de capacidad de logro* (Desarrollo de una mujer en actividades de crecimiento personal: “Una mujer debe sentirse feliz por terminar sus estudios”), 3) *Creencias de la familia* (Desarrollo de una mujer con relación a su familia: “Mi única prioridad es mi familia”), 4) *Creencias de infelicidad* (Creencia de aspectos de la vida que limitan la felicidad: “Me siento infeliz si algo me sale mal”), 5) *Creencias de género* (Creencia de la diferencia por sexo en felicidad: “Una mujer es menos feliz que un hombre”), y 6)

*Creencias de la felicidad* (Creencias de aspectos de la vida que favorecen la felicidad; “ Las personas felices tienen alta autoestima”).

## Procedimiento

El instrumento fue elaborado en un formato digital, el cual fue compartido mediante un link por medio de redes sociales. El instrumento se difundió con ayuda de Facebook Ads y mediante publicidad pagada (Kosinski, et al. 2015). Las características que se seleccionaron para mostrar la publicación fueron: ser mujer y vivir en radio de 17 km de la Ciudad de México. En la publicación se invitaba a formar parte de un estudio sobre salud mental en mujeres llevado a cabo por la Facultad de Psicología de la UNAM. El formulario contaba con un apartado de consentimiento informado y se indicaba que las respuestas serían anónimas y confidenciales. Al termino de responder, se les agradecía su participación, se les mostraban los datos de atención psicológica gratuita online de la UNAM y se les pedía apoyo para compartir la encuesta con más mujeres. El estudio se sujetó a las normas éticas de la American Psychological Association (APA). Las mujeres participaron de forma voluntaria y sin recompensa de por medio.

## Análisis de datos

Se analizaron los datos mediante el software R 4.1.0 y con la librería “psych” (Revelle, 2019) para obtener los índices de consistencia interna y para el análisis factorial exploratorio, mientras que para el análisis factorial confirmatorio se usó la librería Lavaan (Rosseel, 2012).

## Resultados

Se eliminaron los reactivos que correlacionaron por debajo de .3 con el coeficiente total de la prueba (los reactivos 3, 6, 8, 14, 20 y 23). Con los reactivos resultantes se procedió a realizar la prueba de esfericidad de Bartlett (donde se esperan un valor de chi-cuadrada alto y significativo) y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (donde se espera valores

cercanos a 1). Para el teste de Bartlett los resultados fueron: Bartlett's K-squared = 369.79,  $df = 19$ ,  $p\text{-value} < 2.2e-16$ . Mientras que para el KMO el valor de 0.85. Estas pruebas confirmaron la idoneidad de aplicar un AFE. Mediante la librería Parameters (Lüdecke et al., 2020) se probaron 18 métodos diferentes (entre los que se encuentran el método Bartlett, Parallel Analysis, Kaiser criterion, Bentler, entre otros) para determinar cuántos factores eran los sugeridos para extraer de la escala resultante, la mayoría sugirieron que cuatro factores eran los adecuados para en análisis factorial exploratorio.

Posteriormente se realizó el AFE por Método de Máxima Verosimilitud con Rotación Oblimin, correlaciones policóricas y se extrajeron cuatro dimensiones. Se eliminaron los reactivos 2, 12, 18 y 21 por no cargar en sus dimensiones teóricas correspondientes y que no eran descriptivos de la dimensión en la que se encontraban (Ver Tabla 12).

**Tabla 12**

*Cargas factoriales del Análisis Factorial  
Exploratorio de la Escala de Normas y  
Creencias de la Felicidad en mujeres  
mexicanas*

Ítems	Dimensión			
	1	2	3	4
NCF1	.91			
NCF7	.83			
NCF13	.71			
<b>NCF2</b>	.64			
NCF9	.59			
NCF19	.37			
<b>NCF12</b>	.22	.20		
NCF11		.97		
NCF5		.85		



NCF17	.57		
NCF25		.84	
NCF24		.76	
NCF26		.46	
NCF15		.45	
NCF16			.69
NCF22			.63
NCF10			.61
NCF4			.59
<b>NCF21</b>		.27	.29
<b>NCF18</b>	.23	.19	.26

*Nota:* los reactivos marcados en negrita son los que fueron eliminados por no cargar en la dimensión teórica que correspondía.

A continuación, se presentan las cuatro dimensiones finales resultantes del AFE de la escala de Normas y Creencias de la Felicidad en Mujeres Mexicanas. Pueden observarse alfas que van de .70 a .86 para las dimensiones. Para observar propiedades psicométricas Ver Tabla 13.

**Tabla 13**

*Cargas factoriales del Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Normas y Creencias de la Felicidad en mujeres mexicanas*

	Factor				Alfa si se elimina elemento
	1	2	3	4	
<b>Normas de la maternidad</b>					<b>.86</b>
7.Una mujer debe sentirse feliz cuando está con sus hijos	.863				.80
1.Una mujer que llevó un hijo en su vientre debe sentirse feliz	.845				.83
13.Una buena madre debe sentirse feliz por ser madre	.717				.81
9.Los hijos son la mayor felicidad	.621				.82
19.Una buena madre debe hacer felices a sus hijos	.387				.86

<b>Creencias de la familia</b>						<b>.70</b>
25.Mi única prioridad es mi familia		.824				.54
24.Mi familia debe ser mi mayor éxito		.739				.57
26.Una persona debe ocuparse más de su familia que de su trabajo		.416				.71
15.Sonríó más cuando estoy en familia		.405				.71
<b>Creencias de género</b>						<b>.79</b>
11.Un hombre es más feliz que una mujer		.975				.61
5.Una mujer es menos feliz que un hombre		.771				.69
17.Los hombres tienen más autoestima que las mujeres		.453				.85
<b>Creencias de infelicidad</b>						<b>.70</b>
16.La felicidad se me ha ido por ocuparme de cosas que no valen la pena				.682		.60
10.Me siento una persona incompleta				.604		.62
22.Me pone mal no tener quien me apoye en la vida				.581		.64
4.Me siento infeliz si algo me sale mal				.542		.67
	McDonald's Omega ( $\omega$ )	.859	.723	.816	.700	
	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )=	.86 [.84-.87]	.70 [.67-.74]	.79 [.77-.82]	.70 [.66-.73]	
	No. Ítems=	5	4	3	4	
	Varianza explicada=	21,76%	17,66%	6,37%	4,20%	
	Escala global $\omega$ =	.824				
	Escala global $\alpha$ =	.871				
	Varianza explicada=	50,00%				
	Chi-cuadrada=	118.508				
	<i>gl</i> =	62				
	<i>Sig</i> =	.001				

La Tabla 14 muestra los datos de correlación ítem-total de la escala, la correlación ítem-total si los ítems estuvieran estandarizados, la correlación ítem-total corregida por superposición de ítems y la media y desviación estándar por ítems.

**Tabla 14**  
*Correlación ítem-total, media y desviación estándar de la escala*

Ítem	Correlación Ítem-total	Correlación ítem total si los ítems estuvieran estandarizados	Correlación ítem-total corregida por superposición de ítems.	Media	SD
7.Una mujer debe sentirse feliz cuando está con sus hijos	.85	.85	.81	2.3	1.3
1.Una mujer que llevó un hijo en su vientre debe sentirse feliz	.80	.79	.74	2.4	1.4
13.Una buena madre debe sentirse	.83	.83	.78	2.2	1.4

feliz por ser madre						
9.Los hijos son la mayor felicidad	.81	.81	.74	2.1	1.4	
19.Una buena madre debe hacer felices a sus hijos	.69	.69	.57	2.3	1.3	
25.Mi única prioridad es mi familia	.82	.81	.78	1.7	1.3	
24.Mi familia debe ser mi mayor éxito	.80	.79	.74	2.1	1.3	
26.Una persona debe ocuparse más de su familia que de su trabajo	.63	.65	.43	1.8	1.2	
15.Sonríe más cuando estoy en familia	.64	.65	.43	2.6	1.2	
11.Un hombre es más feliz que una mujer	.89	.89	.85	.70	1.1	
5.Una mujer es menos feliz que un hombre	.85	.86	.78	.66	1.1	
17.Los hombres tienen más autoestima que las mujeres	.80	.78	.57	1.02	1.3	
16.La felicidad se me ha ido por ocuparme de cosas que no valen la pena	.77	.76	.64	1.8	1.5	
10.Me siento una persona incompleta	.74	.74	.60	1.4	1.5	
22.Me pone mal no tener quien me apoye en la vida	.71	.71	.56	1.8	1.4	
4.Me siento infeliz si algo me sale mal	.67	.69	.51	2.4	1.3	

La Tabla 15 muestra los datos total-ítem de la escala resultante.

**Tabla 15**

*Estadísticos del AFE del total-elemento de la escala de normas y creencias*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	McDonald's Omega si se elimina el elemento
1. Una mujer que llevó un hijo en su vientre debe sentirse feliz	26.94	104.483	.451	.532	.805	.811
4.Me siento infeliz si algo me sale mal	27.00	110.472	.258	.228	.817	.826
5.Una mujer es menos feliz que un hombre	28.73	109.191	.379	.560	.809	.820
7.Una mujer debe sentirse feliz cuando está con sus hijos	27.05	102.419	.561	.589	.797	.804

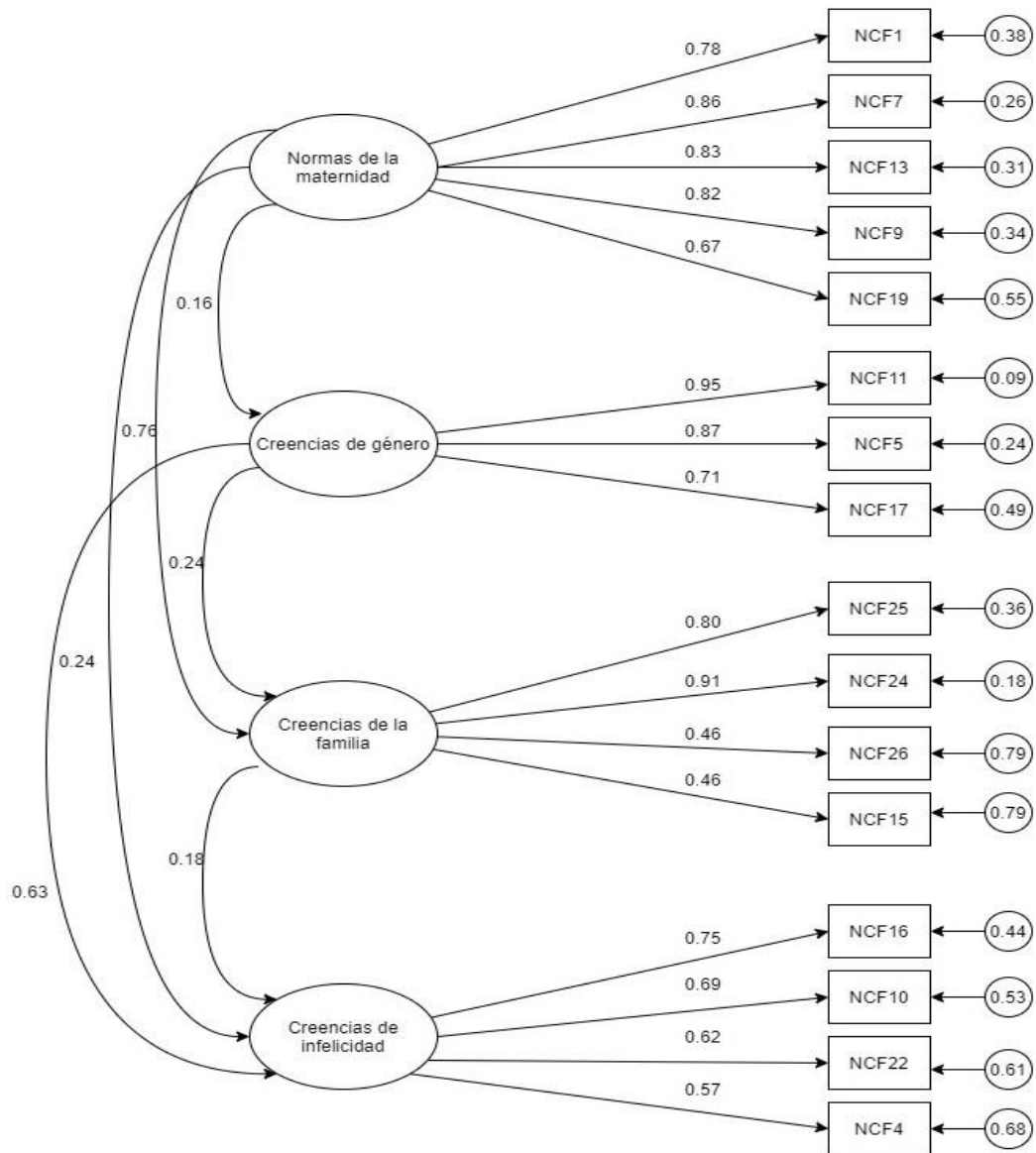
9.Los hijos son la mayor felicidad	27.32	102.314	.528	.530	.799	.805
10.Me siento una persona incompleta	27.99	107.760	.309	.293	.815	.802
11.Un hombre es más feliz que una mujer	28.69	108.042	.430	.609	.807	.817
13.Una buena madre debe sentirse feliz por ser madre	27.22	101.865	.538	.540	.799	.805
15.Sonrío más cuando estoy en familia	26.77	109.927	.305	.171	.814	.822
16.La felicidad se me ha ido por ocuparme de cosas que no valen la pena	27.54	107.126	.332	.332	.813	.822
17.Los hombres tienen más autoestima que las mujeres	28.37	108.462	.346	.351	.811	.821
19.Una buena madre debe hacer felices a sus hijos	27.08	103.820	.509	.370	.801	.809
22. Me pone mal no tener quien me apoye en la vida	27.61	107.855	.323	.260	.813	.823
24. Mi familia debe ser mi mayor éxito	27.30	103.014	.549	.573	.798	.805
25.Mi única prioridad es mi familia	27.65	102.916	.551	.502	.798	.806
26.Una persona debe ocuparse más de su familia que de su trabajo	27.60	108.293	.377	.201	.809	.818

Por último, se procedió a realizar el análisis factorial confirmatorio (AFC) mediante máxima verosimilitud con una estructura de cuatro dimensiones, y se calcularon los índices de bondad de ajuste (SRMR, RMSA, GFI, CFI y NFI). Con base en Hu y Bentler (1995), se consideran aceptables valores menores de .10 para el SRMR y el RMSA y valores mayores a .90 para el GFI, CFI y NFI. El AFC mostró índices de RMR en límites marginales, mientras que para RMSEA presenta índices de ajuste adecuados para la estructura de cuatro dimensiones. Se esperaba que los grados de libertad no rebasaran un puntaje de 4,

obteniendo un 2.3, por lo que se han obtenido índices de ajuste adecuados para la escala. En la Figura 2 se puede observar la estructura sometida a prueba de la escala, así como las cargas factoriales y las correlaciones entre las dimensiones. Los índices de ajuste obtenidos fueron una  $\chi^2=263.428$ ,  $gl= 113$ ,  $\chi^2/ gl = 2.33$ ,  $RMR=.051$ ,  $RMSEA=.049$ ,  $GFI =.992$ ,  $CFI=.992$ ,  $NFI=.987$ . La Figura 12 muestra el Modelo del AFC para la escala de Normas y Creencias de la Felicidad en Mujeres Mexicanas.

**Figura 12**

*Modelo de Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Normas y Creencias de la Felicidad en mujeres mexicanas*



*Nota: Resultado del Análisis Factorial Confirmatorio del Instrumento para medir Normas y Creencias de la Felicidad en Mujeres mexicanas.*

## Discusión

Este estudio tuvo como propósito construir un instrumento de medición que identificara las Normas y Creencias de la Felicidad en Mujeres mexicanas y analizar las propiedades psicométricas de la misma, por lo que fue esencial profundizar en el significado psicológico del constructo felicidad para la población de mujeres mexicanas y posterior la construcción del instrumento. El interés por conocer las normas y creencias de la felicidad en la cultura mexicana radica en que la expresión de las emociones responde al contexto cultural en el que se expresa, en algunos lugares, la felicidad es condenada porque piensan que actuar de manera feliz lleva al abandono de los deberes, mientras que, en culturas asiáticas las emociones deben ser cultivadas como medio para la armonía de las relaciones humanas, y se cree que la felicidad no cumple la meta, pues puede provocar celos en las personas (Edwards, 1996, como se cita en Sánchez-Aragón, 2010). La felicidad es la norma en la cultura americana (D'Andrade, 1984, como se cita en Sánchez-Aragón, et al, 2010), la norma de felicidad está fundada en significados y prácticas culturales específicas. La activación de la felicidad indica que se ha cumplido con tareas culturales en las que se destaca, cumplir metas personales y materiales, como ser único y contar con bienestar (Hochschild, 1995, como se cita en Mesquita y Albert, 2007)<sup>2</sup>. En las mujeres mexicanas de este estudio, experimentar amor, alegría, familia, sonreír, salud, tranquilidad, emoción, amigos, bienestar y trabajar dan cuenta de cuando está siendo feliz, mientras que se tiene bienestar cuando se experimenta salud, tranquilidad, felicidad, familia, paz, amor, estabilidad, trabajo, economía y dinero. Los constructos de felicidad y bienestar son usados en ocasiones de manera indistinta (Buss, 2000), los resultados de las definidoras

---

<sup>2</sup> Este capítulo se publicó en inglés como Mesquita, B. & Albert, D. (2007). The cultural regulation of emotions. In J.J. Gross (Ed.), *The handbook of emotion regulation* (pp. 486-503). New York: Guilford Press. Publicado con permiso de los autores en Sánchez- Aragón, et. al. (2010).

presentadas en este estudio muestran similitud en los elementos que las mujeres consideran que componen a la felicidad y al bienestar.

De acuerdo con la literatura sobre los estudios de la felicidad, se ha planteado que las experiencias negativas disminuyen la percepción de felicidad que tienen las personas, y analizando las definidoras que las mujeres presentan destacan aspectos positivos, pues se tiene la creencia que para ser feliz no se pueden experimentar emociones negativas, lo que concuerda con lo planteado por Diener (1984), o con Ben-Shajar (2013) cuando menciona que existe la creencia de que la felicidad es la ausencia de problemas, es decir, que el bienestar subjetivo está en búsqueda de los placeres, y por Lyumbomirsky (2008) cuando habla de los mitos de la felicidad..

Este estudio permitió generar ítems para las dimensiones de aspectos de familia, pareja, amigos, trabajo, salud, felicidad y la contraparte que es la infelicidad. Se tenían originalmente seis dimensiones teóricas: normas de la maternidad, normas de capacidad de logro, creencias de familia, creencias de infelicidad, creencias de felicidad, creencias de género. El análisis factorial exploratorio realizado mostró que algunos reactivos no cargaban adecuadamente en las dimensiones para los que fueron contruidos, perdiendo las dimensiones de normas de capacidad de logro y creencias de felicidad. La dimensión normas de capacidad de logro se perdió por la baja consistencia que presentaban los ítems, mientras que las creencias de la felicidad eran ítems demasiado generales que se perdía que medían felicidad. Se esperaba que la confiabilidad de la escala fuera adecuada, es decir, con valores alpha superiores a .6, la cual hace referencia a la consistencia interna de la escala (Hogan, 2015). El alfa total de la escala fue de .82, lo que permite saber que es una escala con adecuada consistencia interna.

Esta escala considera las principales ideas que determinan la felicidad de las mujeres. La primera dimensión hace referencia a las *normas de la maternidad*, la cual tiene sentido debido a que una de las esferas de desarrollo de la mujer es la maternidad, por lo



que los hijos, la interacción con ellos y su desenvolvimiento en el rol de madre influirá en las áreas en las que la mujer expresa su felicidad (Gimeno, 2021). En la cultura mexicana el papel de la madre es un elemento esencial en la familia (Díaz-Guerrero, 2003). Los resultados del presente estudio muestran evidencia a favor para suponer que la maternidad es para la mujer mexicana un elemento esencial en la felicidad experimentada, sin embargo, es necesario investigar si afecta de manera positiva o negativa. La segunda dimensión son las *creencias de familia*, bajo la premisa de que la familia es lo más importante. En la cultura mexicana se pone énfasis al amor y respeto que se debe tener hacia los padres y la familia (Díaz-Guerrero, 2003). La cultura mexicana presenta una cultura colectivista, sobrepone el grupo por encima del individuo, para ser feliz, debes estar bien con el grupo, es así que, para sentirse feliz, las relaciones interpersonales estrechas son importantes (Díaz-Guerrero, 1972). La tercera creencia hace referencia a las *creencias de género*. Esta dimensión indica que existen diferencias entre hombres y mujeres, por lo que esta dimensión demuestra la percepción que se tiene sobre que los hombres son más felices ya que no se encargan de las mismas responsabilidades de una mujer, pensándose que la doble carga laboral es una limitante en la experimentación de la felicidad. Por último, la cuarta dimensión hace referencia a las *creencias de infelicidad*, que indica características de cosas que impiden alcanzar la felicidad; existe en las personas una predisposición a la negatividad, lo que indica que lo malo es más fuerte que lo bueno, por lo que las personas reaccionan más rápido a las cosas malas que a las cosas equivalentes (Haidt, 2006). Los estudios realizados por Lyubomirsky en compañía de otros autores (Kennon, Sheldon & Lyubomirsky, 2019; Lyubomirsky, et al., 2005; Lyubomirsky & Tucker, 1998) han descubierto que las personas verdaderamente felices interpretan los acontecimientos de la vida y las situaciones cotidianas de manera que parecen mantener su felicidad, mientras que las personas infelices interpretan las experiencias de maneras que parecen reforzar la infelicidad. Ben-Shajar (2013) ya planteaba que un camino erróneo a la felicidad es la perfección, sin embargo, existe la creencia entre las personas, de que una vida perfecta

llevará a la felicidad. En próximos estudios sería recomendable correlacionar las normas y creencias de la felicidad con variables como estilos de afrontamiento o características de personalidad perfeccionista para probar si existe relación entre estas variables, o de qué manera las normas y creencias pueden contribuir a tener una visión positiva o negativa según las circunstancias o estilo de afrontamiento de las mujeres.

Así, a modo de conclusión, la presente investigación aporta una nueva medida de felicidad con relación a las normas y creencias que están presentes en la felicidad de mujeres válida y confiable, lo que permite generar estudios sobre felicidad en la cultura mexicana. En áreas aplicadas, permite conocer qué creencias de la felicidad están en su mayoría manifiestas en las mujeres, y que probablemente pueda relacionarse con otras variables como ansiedad o depresión. Una limitación para este estudio fue la recolección online de datos durante contingencia mundial por la pandemia de COVID-19, lo que no permite tener la certeza de quien responde, se sugiere realizar la recolección de datos de manera presencial, también se sugiere ampliar la muestra y considerar diferentes estratos culturales de manera que se conozca si estas normas y creencias se puede generalizar a la población total de mujeres mexicanas, o si se integran nuevas normas y creencias y/o desaparecen las encontradas en este estudio. Otra recomendación es medir las normas y creencias en una población no solamente de mujeres, sino también con hombres y mujeres. Para estudios futuros de la felicidad se sugiere también realizar estudios psicométricos con otras aproximaciones estadísticas como redes bayesianas, pueden ser de utilidad para seguir conociendo el constructo (Mair, 2018).

### Fase 3. Adaptación y Validación de una Escala de Creencias Irracionales en mexicanos

Las actitudes y creencias personales se expresan a través de pensamientos que reflejan el contenido de esquemas cognitivos relativamente estables. Cuando estos esquemas se presentan disfuncionales conforman factores de vulnerabilidad psicopatológica frente a eventos potencialmente estresores de la vida cotidiana, y que pueden surgir y manifestarse en síntomas clínicos de un trastorno mental (Ruiz-Rodríguez y Fusté-Escolano, 2015). La adecuada evaluación de las creencias y sobre todo de las creencias disfuncionales que pueden dar origen a problemas de salud mental, cobra especial relevancia en la prevención e incluso en la promoción de actitudes más funcionales o saludables, nombrar algo como disfuncional o no, depende del contexto en donde se desarrolla el individuo. Los seres humanos evolucionan y se desarrollan entre una serie de similitudes y diferencias de su genética, su nicho ecológico, su herencia cultural y su historia conductual (Díaz-Guerrero, 1972; Díaz-Loving, 2011). La cultura, creada por los seres humanos, establece normas aceptables y deseables de conducta, tradiciones y expectativas que guían la percepción, interpretación y acción, y se transmite a través de patrones de socialización, endoculturación y aculturación (Berry et al., 1992), los cuales interactúan de manera constante con las necesidades bio-psíquicas del individuo (Díaz-Guerrero, 1994; Díaz-Loving, 2011) y el medio ambiente del grupo (Triandis, 1994), y como resultado conforma los esquemas de su realidad social (Matsumoto & Juang, 2013).

Las creencias son parte fundamental del estudio de las culturas (Díaz-Loving et al., 2015), ya que son el componente cognoscitivo de la cultura subjetiva, además de que facultan a las personas para poder llevar a cabo roles y clasificaciones necesarios para su estabilidad y toma de decisiones en el medio social (Cruz del Castillo et al, 2017). Son precedentes de las actitudes, las intenciones y la conducta, y permiten evaluar los comportamientos apropiados dentro de un contexto cultural determinado (Díaz-Guerrero, 1994; Triandis, 1994) pues se relaciona de manera estrecha con otros elementos culturales

como las intenciones o las normas. Las creencias son la plataforma de las evaluaciones que efectúan los individuos con fines adaptativos (Matsumoto, 2001; Matsumoto & Juang, 2013).

Ellis (1958; 1962; 1997; 2003), ha estudiado las creencias a lo largo de varias décadas, por su importante papel en el comportamiento de las personas y su influencia en la salud mental, este investigador consideró a las creencias como agentes causales del comportamiento humano que pueden dar origen incluso al desarrollo de trastornos emocionales y/o conductuales, tales como ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración que parten de emociones y pensamientos no adecuados o de experiencias desagradables. Para explicar el funcionamiento de las creencias en el ser humano, Ellis propuso un modelo de Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) que analiza las perturbaciones emocionales en términos del modelo A-B-C de Ellis. Donde A representa la adversidad o el evento activador. B representa las propias creencias (*beliefs*) evaluadas de A. C es la consecuencia emocional generada por A y B.

Con el objetivo de conocer cómo estas creencias irracionales propuestas por Ellis se ajustan al contexto de la cultura mexicana se pretende validar uno de los primeros cuestionarios elaborados en este tema, el *Irrational Believe Test (IBT)* de Jones (1968) cuyo contenido teórico representa la teoría de creencias irracionales propuesta por Ellis (1958; 1962). El IBT un instrumento de autoinforme que evalúa la racionalidad-irracionalidad disposicional con respecto a 10 creencias. Con respecto a los antecedentes de este instrumento, los estudios muestran que ha sido el instrumento más empleado en la Terapia Racional Emotiva para identificar el tipo de creencias que las personas presentan y cómo afectan su entorno y la manera en que interactúan con él. De este modo, ha sido retomado y adaptado a lo largo de los años para conocer las diferentes formas de pensamiento irracional que el ser humano puede tener en diferentes entornos, todos estos estudios tienen como base teórica las mismas creencias irracionales, desadaptativas o disfuncionales que un ser humano puede presentar.

Calvete y Cardeñoso (1999) realizaron una adaptación española del IBT de la versión de Jones (1968). Aplicaron el instrumento traducido al castellano que consta de 100 ítems, evaluando necesidad de aprobación, altas auto expectativas, tendencia a culpabilizar, control emocional, indefensión acerca del cambio, perfeccionismo, dependencia de otros, ansiedad acerca del futuro, evitación de problemas y reacción a la frustración. Los coeficientes de consistencia interna de la versión original oscilan entre 0.45 y 0.72. Tras un análisis de contenido de los cien ítems originales eliminaron 48 ítems por su papel contaminador. Este proceso deja un ítem para el factor 4 (reacción a la frustración) y otro para el factor 6 (preocupación acerca de problemas futuros) y optan por la no inclusión de ambos. La versión final del análisis confirmatorio arrojó una escala de 46 ítems agrupados en ocho dimensiones: necesidad de aprobación (0.63), auto expectativas (0.45), culpabilización (0.67), control emocional (0.65), evitación de problemas (0.40), dependencia (0.54), indefensión ante el cambio (0.60), perfeccionismo (0.61).

El objetivo principal de este estudio fue conocer cuáles de las creencias propuestas por Ellis se manifiestan en México, entendiéndose que el autor plantea que son creencias universales, por lo que se pretende identificar la presencia de creencias absolutistas y rígidas están presentes en la cultura mexicana.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de una escala de creencias irracionales en una muestra de mexicanos?

### **Objetivo General**

Analizar psicométricamente una escala que mida creencias irracionales en una muestra de mexicanos que sea válida, confiable y relevante culturalmente.

### **Objetivos particulares**

1. Adaptar y una escala que evalúe las Creencias irracionales en una muestra de mexicanos.

2. Validar la escala de creencias irracionales en una muestra de mexicanos.
3. Obtener las propiedades psicométricas de la escala de creencias irracionales en una muestra de mexicanos.

### **Muestra**

La muestra estuvo constituida por 629 personas, de las cuales 307 eran hombres (48.8%) y 322 mujeres (51.2%) con un rango de edad de 18 a 60 años, la media de edad fue de 29.32 años. La escolaridad predominante fue bachillerato (40.4%), seguido de licenciatura (39.1%), posgrado (11.3%), secundaria (8.7%), primaria (0.3%) y sin estudios (0.2%). En cuanto al estado civil el 61.8% se reportó soltero (a), 31.8 % casado (a) o en unión libre, 6%, divorciado (a) o separado (a) y 0.3% viudo (a).

### **Muestreo**

El muestreo que se llevó a cabo fue no probabilístico accidental (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Tipo de estudio**

Exploratorio Transversal de campo (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Diseño**

Una muestra (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Criterio de inclusión**

Personas que cumplan con el criterio de edad de 18 a 60 años.

### **Criterio de eliminación**

Personas que no sepan leer y escribir o que presenten limitaciones físicas para participar en el estudio y aquellas que no contesten los cuestionarios completos.

### **Criterio de exclusión**

Personas que se encuentren en un tratamiento psicológico.

### **Instrumento**

Se utilizó la Escala de Creencias Irracionales de (IBT, Jones, 1968) traducida al castellano. El instrumento original consta de 100 ítems que permiten evaluar diez creencias irracionales: Aprobación social, perfeccionismo, culpabilidad, catastrofismo, locus de control externo, preocupación, evitación de responsabilidades, dependencia, determinismo del pasado, soluciones ideales. La persona debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo de cada ítem en una escala de 5 puntos (1=Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo).

### **Procedimiento**

El instrumento fue elaborado en un formato digital en Google con el que se crea un link que fue compartido con las personas por medio de las redes sociales, las cuales de manera voluntaria, anónima y confidencial responden si cumplen con los criterios de edad. Al inicio del cuestionario los participantes respondieron una pregunta acerca de si estaban de acuerdo en participar, si respondían que sí, podían continuar respondiendo el resto del cuestionario. Todas las respuestas se recolectaron de manera automática en una base de datos de Excel para posterior ser analizados en SPSS.

### **Análisis de datos**

Se siguieron los lineamientos de validación establecidos por Nunnally y Bernstein (1994) y el procedimiento propuesto por Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008), utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 22. Se inició con el análisis de frecuencias para cada uno de los reactivos, obteniendo los estadísticos de media, desviación estándar y sesgo con la finalidad de determinar que: 1) todas las opciones de respuesta sean atractivas presentando frecuencias en cada una de ellas e identificar si existen errores en el proceso de captura; 2) con el estadístico de sesgo se planteó el criterio de seleccionar los reactivos que manifiesten en sus respuestas un comportamiento normal, identificando así aquellos que se posicionen entre el rango de valor de  $-2.0$  a  $+2.0$ .

Con los ítems seleccionados se realizó la prueba de confiabilidad interna por medio del Alpha de Cronbach donde junto con el estadístico de confiabilidad se verificará la correlación de cada reactivo con el total, la correlación al cuadrado con los otros reactivos y el valor de modificación del estadístico de confiabilidad al eliminar el reactivo que no cumpla con los criterios de confiabilidad para ser incluidos.

Posterior se elaboró un análisis de correlación de Pearson para los reactivos de la escala restantes y así determinar el tipo de rotación a utilizar en el análisis factorial exploratorio ortogonal (*VARIMAX*). A los ítems restantes se les sometió a un Análisis Factorial Exploratorio del cual se obtendrá la estructura factorial. El punto de corte para incluir al reactivo en cada factor fue de .40 eliminando así todos los ítems que no cumplieron con este criterio. La confiabilidad por consistencia interna del instrumento completo fue obtenida a través del Alpha de Cronbach.

## Resultados

Se verificó la validez de facie para conocer si el instrumento es sensible a la población mexicana, realizando un análisis de contenido de cada ítem. Para obtener la validez de constructo del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio de máxima verosimilitud con rotación ortogonal de los 100 reactivos originales (en las referencias se inserta el link para consulta de la tesis de Jones donde se encuentra la escala original en inglés), se eliminaron los reactivos que tenían cargas factoriales menores a .30, o que se agrupaban en dos o más dimensiones, resultando una escala con 54 ítems. Se corrió un análisis factorial exploratorio para identificar las 10 dimensiones de las creencias irracionales que identifica la Teoría de Ellis. Se realizaron varios análisis factoriales para identificar las dimensiones de la escala, una vez obtenida el Alpha de Cronbach se depuraron todos los ítems que no eran representativos. La escala quedó finalmente conformada por cinco dimensiones y 22 reactivos (Ver Tabla 16).



**Tabla 16***Matriz de componentes rotados de la Escala de Creencias Irracionales*

Reactivo	Dimensión				
	1	2	3	4	5
<b>Ansiedad</b>					
Tengo miedo de no poder hacer bien las cosas.	.636				
Me preocupo demasiado por cosas futuras.	.588				
Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan.	.571				
Me irrito fácilmente por pequeñeces.	.557				
Es difícil despojarme de mis temores.	.554				
No puedo olvidarme de mis preocupaciones.	.546				
Me molesta muchísimo cometer errores.	.510				
Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan.	.459				
<b>Aprobación social</b>					
Me preocupo por qué tanto me aprueba o me acepta la gente		.649			
Es importante para mí que otros me aprueben		.607			
Quiero que todos me estimen		.570			
Me interesan mucho los sentimientos que la gente tiene hacia mí.		.541			
<b>Evitación de Responsabilidades</b>					
Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes.			.727		
Suelo abandonar las cosas, proyectos o situaciones.			.545		
Evito enfrentar mis problemas.			.363		
<b>Determinismo del pasado</b>					
Si algo afectó tu vida en el pasado, siempre lo hará.				.632	
Somos esclavos de nuestra historia personal.				.485	
Es casi imposible vencer las influencias del pasado.				.437	
Pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora.				.416	
<b>Autocontrol</b>					
Puedo estar en paz conmigo mismo, aunque otros no lo estén.					.530
Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo, al menos que él mismo se haga permanecer así.					.462
Aunque me agrada la aprobación de los demás, no es una necesidad para mí.					.450

Método de extracción: máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Los cinco factores que conforman la escala final son ansiedad, aprobación social, evitación de responsabilidades, determinismo del pasado y autocontrol (Ver tabla 17). Se puede observar que el primer factor refiere a aspectos de Ansiedad, cuya característica principal es el sentir temor, angustia o preocupación a no hacer bien las cosas, pensar en el futuro y sentir molestia de equivocarse. El factor aprobación social, se caracteriza por la necesidad que se tiene de sentirse estimado y aprobado por los otros. El factor evitación de responsabilidades se refiere al evitar o retrasar actividades, decisiones, proyectos o situaciones importantes o problemas que se deben resolver. El factor determinismo del pasado se refiere a la influencia negativa que ejerce el pasado sobre el presente y la ausencia de control para modificar su influencia en el presente. El último factor, autocontrol, hace referencia al control interno que se puede tener de sí mismo para modificar estados afectivos negativos por otros más llevaderos.

**Tabla 17**  
*Fatores de la escala de creencias irracionales*

	Varianza	Alpha de Cronbach	No. De ítems
1. Ansiedad	13.30	.814	8
2. Aprobación social	7.81	.717	4
3. Evitación de responsabilidades	5.80	.633	3
4. Determinismo del pasado	5.74	.640	4
5. Autocontrol	4.65	.481	3
Escala total	37.31	.843	22

Por otra parte, en cuanto a la relación de los factores, los coeficientes de correlación de Pearson (Ver Tabla 18) mostraron correlaciones positivas entre casi todos los factores. Revelando que las creencias irracionales correlacionan positivamente con los factores de ansiedad, aprobación social, evitación de responsabilidades, determinismo del pasado y autocontrol.

**Tabla 18***Coefficientes de correlación de Pearson inter-factor de la escala de creencias irracionales*

Dimensión	1	2	3	4	5
Ansiedad	-	.389**	.430**	.478**	.063
Aprobación social	-	-	.259**	.314**	.166**
Evitación de responsabilidades	-	-	-	.361**	.180**
Determinismo del pasado	-	-	-	-	.181**
Autocontrol	-	-	-	-	-

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

## Discusión

El objetivo de este estudio fue conocer cuáles de las creencias propuestas por Ellis se manifiestan en México medidas por medio de la escala de Creencias Irracionales de Jones (1968). El carácter multidimensional de las creencias lo convierte en un constructo privilegiado de la psicología tanto individual como social, estudiar sobre su manifestación universal, cultural e individual es un reto constante a la investigación psicológica. Es por ello que contar con definiciones y métodos de medición válidos, confiables y culturalmente sensibles es el primer paso hacia el entendimiento de la identidad de los seres humanos inmersos en su ecosistema sociocultural.

Resultados de esta investigación muestran una escala apta para medir las creencias irracionales psicométricamente hablando, debido a que los datos concuerdan con estudios previos como los de la versión original de Jones (1968) y la versión al castellano de Calvete y Cardeñoso (1999). Por lo que respecta a la fiabilidad, se destaca que el coeficiente Alpha de Cronbach es aceptable, lo que muestra una correlación entre los reactivos y una alta consistencia interna.

De las 10 creencias irracionales que la Teoría de Ellis propone, se rescatan 4 de esas dimensiones: el factor uno llamado preocupación en la escala original de Jones (1968) se renombra como ansiedad, debido a que los ítems que se agrupan integran aspectos

emocionales y de preocupación relacionados con la ansiedad, el segundo factor es aprobación social, el tercer factor es evitación social, cuarto determinismo del pasado, y se encuentra un nuevo factor nombrado como autocontrol. Mientras que desaparecen los factores de la escala original: perfeccionismo, culpabilidad, catastrofismo, locus de control externo, dependencia y soluciones ideales. De acuerdo con los resultados obtenidos, se observa que la mitad de las creencias irracionales de Ellis no se encuentran en los mexicanos, al menos en la muestra recolectada.

Dentro de las limitaciones encontradas en el instrumento de creencias irracionales propuesto por Jones (1968) es la redacción de los ítems en el contexto actual, se considera pertinente la reformulación de los reactivos de modo que puedan ser más claros y presenten una sola idea. Si bien en la actualidad es utilizado en el ámbito clínico, se considera pertinente reconformar una escala nueva en la población mexicana, que obtenga las principales creencias disfuncionales características de la cultura mexicana que pueden estar asociadas a la generación de perturbaciones emocionales.

Este estudio de creencias irracionales en los mexicanos permite identificar que dentro de estas creencias se observan las premisas histórico socio culturales de la cultura mexicana, existen creencias que buscan la aprobación de los otros, lo que confirma la aceptación de la creencia con respecto el respeto hacia los otros, en especial de los padres y parientes (Díaz-Guerrero & Peck, 1963), por lo cual se busca la satisfacción de las necesidades de los otros antes que las propias, de no realizarse de este modo, surge la ansiedad, la preocupación, por no cumplir con las expectativas de los otros. Una manera de enfrentar estas situaciones es la automodificación (Díaz-Guerrero, 1993), que en la escala lo encontramos como autocontrol.

Uno de los elementos que define la forma en que una persona enfrenta situaciones de conflicto es la personalidad (Díaz-Guerrero, 1988). Díaz- Guerrero postula que son las premisas histórico socio culturales y las necesidades biopsíquicas la base sobre la cual el

ser humano desarrolla su forma de enfrentar la vida, llamándola filosofía de vida. Es mediante su percepción del mundo que las personas ejercen un estilo de enfrentamiento al estrés como reacción a su entorno sociocultural, canalizando sus necesidades biopsíquicas y aprendiendo selectivamente cuales son los patrones de respuesta culturalmente aceptables (Díaz-Guerrero, 1979). Desde esta postura, una persona no puede ignorar un conflicto y enfrentar activamente el estrés, o aceptar que la vida es difícil, por lo que es mejor ser paciente y enfrentar el estrés de manera pasiva. Esto podría explicar el hecho de que factores como culpabilidad, locus de control externo y soluciones ideales no resultaran significativos en la población mexicana, ya que no son formas de afrontar los problemas de acuerdo con lo que marcan las normas y creencias en la cultura mexicana; y la visión con respecto a cómo vivir la vida esté más dada a lo que los otros pueden decir de uno, lo que esperan que se haga. Se dice que quiénes se apegan a las premisas de la cultura mexicana desarrollan un modo de manejar la vida en el que aceptan y se adaptan al entorno (automodificación). De este modo, desde el enfrentamiento, se promueve la abnegación, la obediencia, el sacrificio propio, la dependencia, la educación y la cortesía.

Si bien se identifica, el estudio de las creencias permite conocer y explicar el comportamiento humano manifestado en cada cultura, sin embargo, el abordaje de estas es complejo, el estudio de los pensamientos de las personas se vuelve complejo en la medida en que se necesita que el individuo sea capaz de expresar esas ideas, que si bien la única forma de conocerlas es por medio de lo que expresa en emociones, conductas o actitudes, pero, que se ven plasmados en todo el bagaje cultural, valores, normas, que determinan a cada sociedad.

Como psicólogos, uno de nuestros principales retos es la creación de instrumentos válidos, confiables y sensibles de medir elementos que explican el comportamiento humano. Los problemas fundamentales que enfrenta el desarrollo de una psicología científica son la falta de validez ecológica y el uso esporádico de una orientación multi metodológica como estrategias de investigación (Díaz-Loving et al., 2008).

Dentro de las características limitantes que se identifican con respecto al uso de la escala es al lenguaje utilizado, y es comprensible, pues es descriptivo de la cultura norteamericana cuyas características son más propias de características individualistas que colectivistas, como el caso de la cultura mexicana. De las dimensiones que se pierden como catastrofismo y perfeccionismo, podría influir el aspecto de deseabilidad social, ya que, en la cultura mexicana, son elementos negativos de la personalidad, por lo que las respuestas de los participantes no puntuaron tan alto.

La escala puede emplearse en el ámbito de la investigación para conocer como las creencias irracionales pueden correlacionar con otras variables y otros problemas sociales o de salud tomando en cuenta la cultura en la que se desarrolla, considerando que la cultura establece normas y creencias que gobiernan los sentimientos, las ideas, las relaciones interpersonales cambian en función del sexo, edad, nivel educativo (Díaz-Loving et al., 2008).

En resumen, los resultados del análisis son adecuados y muy similares a los obtenidos en la versión original de Jones (1968) y la versión al castellano de Calvete y Cardeñoso (1999), pero para poder ser utilizado en población mexicana se sugieren cambios en la estructura del instrumento, redactar ítems que recojan pensamientos característicos de la cultura mexicana.

## Estudio 2. Comprobación del modelo

Para conocer cómo se percibe la salud mental en las mujeres, se hizo una división entre variables de la salud. Se nombró *salud mental positiva*: a la integración de la variable salud mental positiva y bienestar psicológico. Se nombró *salud mental negativa*: a la integración de la variable ansiedad y depresión. Se presentan a continuación primero las diferencias por edad y escolaridad para estas variables, posterior las relaciones y por último se prueba el modelo propuesto, para el cual se realizaron análisis factoriales de segundo orden, donde el bienestar psicológico y la salud mental positiva se unen como variable de salida de salud mental positiva, y las variables ansiedad y depresión se unen para conformar la variable salud mental negativa.

### Fase 1. Diferencias y comparación de grupos

#### Pregunta de investigación

¿Cuál es la diferencia en las variables de salud (bienestar psicológico y salud mental positiva, ansiedad y depresión) de las mujeres de acuerdo con la edad y su nivel de escolaridad?

#### Objetivo General

Conocer la diferencia en las variables de salud (bienestar psicológico y salud mental positiva, ansiedad y depresión) que presentan las mujeres de acuerdo con la edad y su nivel de escolaridad.

#### Objetivo específico

1. Identificar las diferencias en las variables de salud (bienestar psicológico y salud mental positiva, ansiedad y depresión) que presentan las mujeres de acuerdo con la edad.
2. Identificar las diferencias en las variables de salud (bienestar psicológico y salud mental positiva, ansiedad y depresión) que presentan las mujeres de acuerdo con su nivel de escolaridad.

## Hipótesis de investigación

Hi: Existe diferencias estadísticamente significativas en las medidas de salud mental positiva y negativa y bienestar que presentan las mujeres de acuerdo con la edad.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en las medidas de salud mental positiva y negativa y bienestar que presentan las mujeres de acuerdo con la edad.

Hi: Existe diferencias estadísticamente significativas en las medidas de salud mental positiva y negativa y bienestar que presentan las mujeres de acuerdo con el nivel de escolaridad.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en las medidas de salud mental positiva y negativa y bienestar que presentan las mujeres de acuerdo con el nivel de escolaridad.

## Muestra

Se contó con la participación de 694 mujeres, con un rango de edad entre 18 a 65 años, la media de edad fue de 34.7 años. El estado civil y la condición de maternidad reportada fue que el 27.2 % eran mujeres solteras sin hijos, el 6.6 % eran madres solteras, 2.6 % eran casadas sin hijos, 23.1 % eran casadas con hijos, 6.6 % estaban en unión libre sin hijos, 17.6 % estaban en unión libre con hijos, 0.4 % eran divorciadas sin hijos, 5.5 % divorciadas con hijos, 0.4 % separadas sin hijos, 7.9 % separadas con hijos y el 2 % eran viudas con hijos, es decir, el 63 % tenían hijos y 37 % no tenían hijos. En cuanto al número de hijos que tenían, 17.9 % tenían solo un hijo, 19 % tenían dos hijos, 12.7 % tenían tres hijos, 2.9 % tenían cuatro hijos, 0.7 % tenían cinco hijos, y solo 0.1 % tenía seis hijos. En cuanto a la religión, el 58.2 % reportaron ser católicas, 14% reportó no profesar ninguna religión, 7.1 % se identificaron como creyentes, 7.1 % cristianas, 2.7 % agnósticas, 2 % ateas, 8.4 % indicaron profesar otras religiones. El nivel de estudios máximo reportado fue el 1.3 % primaria, 12.2 % secundaria, 10.1 % carrera técnica, 28.1 % bachillerato o preparatoria, 39 % universidad y el 9.2 % tenía estudios de posgrado. Con referencia a



reportar tener trabajo, el 62.1 % sí tenían trabajo y el 37.9 % no tenían trabajo. En cuanto a la persona que sostiene sus gastos, el 45.7 % reportó que ellas mismas, 23.5 % mencionó que es su pareja, 18 % los padres, 2.6 % algún familiar, 6.9 % lo hacen ellas y su pareja, 1.4 % reportó que lo hacen sus exparejas, 1.4 % sus hijos, 0.1 % de su pensión. Su ingreso económico promedio al mes para el 10.8 % era de hasta 2.500 pesos máximos, para el 17.7 % era entre \$2,500 a \$4,000, para el 17.1 % era de entre \$4,000 a \$6,000 pesos, para el 15.6 % eran entre \$6,000 a \$9,000 pesos, para el 20.9 % era entre \$9,000 a \$15,000 pesos, para el 8.4 % era entre \$15,000 a \$20,000 pesos, para el 9.5 % era por encima de \$20,000 pesos. Se les preguntó cuál era el nivel de estudios máximos de sus padres, en cuanto a su madre, el 7.3 % dijo que su madre no estudió, 27.2 % su madre estudió hasta la primaria, 20 % hasta la secundaria, 19.2 % tenía carrera técnica, 10.7 % preparatoria o bachillerato, 11.8 % la universidad y 0.8 % posgrado. Con respecto a los estudios máximos de su padre, el 5.5 % de las mujeres reportó que su padre no tenía estudios, para el 20.6 % su padre tenía estudios de primaria, 22.8 % tenía estudios de secundaria, 12.2 % tenía carrera técnica, 12.7 % estudios de preparatoria o bachillerato, 13.8 % estudios universitarios, y 3.6 % estudios de posgrado.

### **Muestreo**

No probabilístico e intencional (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Tipo de estudio**

Correlacional Transversal de campo (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Diseño**

Una muestra (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Criterio de inclusión**

Mujeres con un rango de edad entre 18 a 65 años.

### **Criterio de eliminación**

Personas que no sepan leer y escribir o que presenten limitaciones físicas para participar en el estudio y aquellas que no contesten los cuestionarios completos.

### **Criterio de exclusión**

Personas en un tratamiento psicológico.

### **Instrumentos**

1. *Escala de Normas y creencias de la felicidad* (Rueda-Rodríguez et al., 2022).

Instrumento elaborado en el estudio 1 de esta investigación. Está integrado por 26 ítems con un formato de respuesta tipo Likert donde 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Conformado por 6 dimensiones: 1) *Normas de la maternidad* (Una mujer que llevó un hijo en su vientre debe sentirse feliz), 2) *Normas de capacidad de logro* (Una mujer debe sentirse feliz por terminar sus estudios), 3) *Creencias de la familia* (Mi única prioridad es mi familia), 4) *Creencias de infelicidad* (Me siento infeliz si algo me sale mal), 5) *Creencias de género* (Una mujer es menos feliz que un hombre), y 6) *Creencias de la felicidad* (Las personas felices tienen alta autoestima) (Ver Apéndice B)..

2. *Escala de creencias irracionales de Jones* (1968) validada para este estudio en población mexicana. Integrado por 22 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, donde 1=Totalmente en desacuerdo a 5=Totalmente de acuerdo. Conformado por 5 dimensiones: *Ansiedad* (Tengo miedo de no poder hacer bien las cosas), *Aprobación social* (Me preocupo por qué tanto me aprueba o me acepta la gente), *Evitación de responsabilidades* (Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes), *Determinismo del pasado* (Si algo afectó tu vida en el pasado, siempre lo hará), *Autocontrol* (Puedo estar en paz conmigo mismo, aunque otros no lo estén) (Ver Apéndice C).

3. *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* Versión Española (DERS- E; Hervás & Jódar, 2008). Integrada por 28 ítems con un formato de respuesta tipo Likert (1 = casi nunca, 5 = casi siempre), donde mayor puntaje indica más dificultades en la regulación

emocional. Conformado por 5 dimensiones: rechazo emocional, descontrol emocional, interferencia emocional, desatención emocional, confusión emocional (Ver Apéndice H).

4. *Escala de vulnerabilidad antropológica y social de las mujeres (Padilla, & Cruz, 2014)*. Integrada por 51 ítems distribuidos en 8 dimensiones: contexto social amenazante (p.e. Vivir acoso sexual), percepción de v. en salud (p.e. Padecer VIH/SIDA), autoimagen (p.e. Verme fea), v. en las relaciones interpersonales (Ser hija de madre/padre soltera/o), v. ante eventos incontrolables (p.e. Tener un familiar enfermo), toma de decisiones (p.e. No tener hijos), contexto social en la pobreza (p.e. No tener trabajo remunerado), ansiedad social (p.e. Sentirme deprimida). Con un formato de respuesta tipo Likert 5= muy vulnerable a 0=nada vulnerable. Para este estudio se utilizó una versión corta, eligiendo los reactivos con carga factorial más alta para cada dimensión, resultando un total de 34 reactivos (Ver Apéndice E).

5. *Escala de Salud Mental Positiva para Adultos en Población Mexicana (Barrera & Flores, 2013)* Integrada por 83 reactivos distribuidos en 7 dimensiones: Bienestar cognitivo emocional ( $\alpha = .954$ ) ( Me siento contenta), Dominio del entorno (Puedo cuidarme solo (a) y defender mis derechos) ( $\alpha = .850$ ), Habilidades sociales (Soy sociable ) ( $\alpha = .869$ ), Empatía y sensibilidad social (Trato a todas las personas con aceptación y respeto, aunque sean diferentes de mi)( $\alpha = .810$ ), Bienestar físico (Hago ejercicio físico (deportes, baile, correr, caminar, gimnasio, etc.))( $\alpha = .815$ ), Autoreflexión (Me analizo a mí misma) ( $\alpha = .768$ ) y Malestar psicológico (Siento que mi salud me limita) ( $\alpha = .644$ ). Se usó una versión corta, se eligieron los 5 ítems con carga factorial más alta por cada dimensión, quedando un total de 37 ítems.  $\alpha = .962$ , explicando el 39.12% de la varianza (Ver Apéndice I).

6. *El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993)*, versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001) para población mexicana ( $\alpha = .83$ ), es un autoinforme de 21 ítems que evalúan

síntomas de ansiedad en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima (Ver Apéndice D).

7. *Inventario de Depresión de Beck* validado en población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperana & Valera, 1998). Cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.87, integrado por tres factores, integrado por 21 items con 4 oraciones cada uno. La persona deberá elegir la oración que mejor le describa, la primer oración se califica con 0, la segunda con 1, la tercera con 2 y la cuarta con 3. Una puntuación de 0 a 9 indica que la depresión es mínima, de 10 a 16 leve, una puntuación de 17 a 29 indica que la depresión es moderada, y una puntuación de 30 a 63 indica que la depresión es severa. El punto de corte establecido por Jurado et al., (1998) para población mexicana fue de 10 puntos (Ver Apéndice F).

8. *Escala de Bienestar Psicológico* (Ryff, 2006) (versión corta) Integrada por 29 items con un formato de respuesta tipo Likert donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo, conformados en seis factores: *Autoaceptación* (Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas), *Relaciones positivas* (A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones), *Autonomía* (No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente), *Dominio del entorno* (Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga), *Propósito en la vida* (Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad), *Crecimiento personal* (En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo). Integrada por 39 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo) (Ver Apéndice G).

## Definición de variables

### Variable: Normas y creencias de la felicidad

#### Definición conceptual

Se definen como las ideas, conductas y actitudes permeadas por emociones, sensaciones, sentimientos, actitudes, valores, motivaciones y experiencias bio-psico-socio-culturales, vinculándose en lo individual, hacia con los demás, hacia con el mundo, o la vida misma del individuo sobre las reglas, mandatos y normas en que se alcanza la felicidad, integrando mandados y reglas que pueden variar de persona a persona (definición dada en este estudio).

#### Definición operacional

Los resultados de la *Escala de Normas y creencias de la felicidad (Rueda-Rodríguez et al., 2022)* que mide las dimensiones: normas de la maternidad, normas de capacidad de logro, creencias de la familia, creencias de infelicidad, creencias de género y creencias de la felicidad.

### Variable: Creencias Irracionales

#### Definición conceptual

La forma en que las personas piensan y actúan siguiendo una serie de creencias (a) son falsas, ya que no están apoyadas por la evidencia, (b) son órdenes o mandatos, (c) conducen a emociones inadecuadas como ansiedad y depresión, y (d) no ayudan a lograr los objetivos de la persona (Ellis, 1962).

#### Definición operacional

Los resultados de la *Escala de creencias irracionales de Jones (1968)* que mide las dimensiones: Ansiedad, Aprobación social, Evitación de responsabilidades, Determinismo del pasado, Autocontrol.

## **Variable: Regulación Emocional**

### **Definición conceptual**

Se refiere a las estrategias de regulación de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos y que hace referencia a la ausencia o retardo en la regulación, que implicaría un déficit en la activación de estrategias de regulación, o bien, a las dificultades en la regulación, que se refieren concretamente a los problemas para modular un estado de ánimo aun poniendo en funcionamiento estrategias de regulación (Hervás & Vázquez, 2003).

### **Definición operacional**

Los resultados de la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) Versión Española (DERS- E; Hervás & Jódar, 2008)* que mide las dimensiones: rechazo emocional, descontrol emocional, interferencia emocional, desatención emocional, confusión emocional.

## **Variable: Percepción de vulnerabilidad**

### **Definición conceptual**

Se refiere a la diversidad de situaciones que vulneran a las mujeres tanto en lo individual, así como en lo social en diversas condiciones como contexto social amenazante, en la salud, autoimagen, relaciones interpersonales, ante eventos incontrolables toma de decisiones, contexto social de la pobreza y ansiedad social (Padilla & Cruz, 2014).

### **Definición operacional**

Los resultados de la *Escala de vulnerabilidad antropológica y social de las mujeres (Padilla, & Cruz, 2014)* que mide las dimensiones contexto social amenazante, percepción de vulnerabilidad en salud, autoimagen, vulnerabilidad en las relaciones interpersonales, vulnerabilidad ante eventos incontrolables, toma de decisiones, contexto social en la pobreza, ansiedad social.

## **Variable: Bienestar Psicológico**

### **Definición conceptual**

Se refiere al proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, como desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales de la vida, identificando en las personas autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal (Ryff, 1989).

### **Definición operacional**

Los resultados de la *Escala de Bienestar Psicológico* (Ryff, 2006) (versión corta) que mide las dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, crecimiento personal.

## **Variable: Salud Mental Positiva**

### **Definición conceptual**

Se refiere a la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, ... Implica, además que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad de modo que le permita hallar para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto, expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades” (OMS, 1961).

### **Definición operacional**

Los resultados de la escala *Escala de Salud Mental Positiva para Adultos en Población Mexicana* (Barrera & Flores, 2013) que mide las dimensiones: bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales, empatía y sensibilidad social, bienestar físico, autorreflexión y malestar psicológico.

## Variable: Ansiedad

### Definición conceptual

Estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como reacción adaptativa, o como un síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos, considerada como patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (Clark & Beck, 2010).

### Definición operacional

Los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993), versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001) para población mexicana.

## Variable: Depresión

### Definición conceptual

Estado de ánimo anormal, que puede ser exógeno o endógeno, de fondo hereditario o adquirido, cuya sintomatología está presidida por un descenso del estado de ánimo, al que se asocian cambios negativos en el campo somático, de conducta y cognitivo (Rojas, 2006).

### Definición operacional

Los resultados del *Inventario de Depresión de Beck* validado en población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperana & Valera, 1998).

## Procedimiento

Debido a la contingencia sanitaria enfrentada mundialmente por la SARS 2-COVID19, se creó una batería de instrumentos digital, la cual fue elaborada en Formularios Google y que mediante el enlace

[https://docs.google.com/forms/d/1QnlWrF5WV3uiYzt4P1X5lfOsIhiy\\_50RAS4f0BX13EQ](https://docs.google.com/forms/d/1QnlWrF5WV3uiYzt4P1X5lfOsIhiy_50RAS4f0BX13EQ)



[/edit?usp=sharing](#) sería respondido, el cual fue compartido en redes sociales, solicitando que fuera respondido por mujeres. La presentación de la batería explicaba que estaban participando en una investigación realizada como parte de un proyecto del Doctorado en Psicología acerca de un estudio sobre la salud mental de las mujeres, resaltaba el anonimato y confidencialidad de los datos, así mismo, se colocaba al inicio del cuestionario una pregunta donde las personas aceptaban participar en el estudio y declaraban ser mayores de edad. Se les pedía que respondieran con absoluta sinceridad y que no existían respuestas buenas o malas. Se pidió la colaboración a quien respondía de compartir nuevamente el link con otra mujer.

Se colocaron preguntas clave para asegurar que las participantes respondieran adecuadamente y no al azar, de modo que se insertaron preguntas donde se les indicaba las opciones que debían marcar al momento de responder. Los cuestionarios que no tuvieran marcadas las opciones que se indicaba, fueron eliminados. Al final de la batería de instrumentos, se colocaron datos sobre la atención psicológica gratuita que proporciona la UNAM, en caso de que alguna participante requiriera apoyo profesional, y para dudas acerca de la investigación se les proporcionó un correo electrónico para que escribieran en caso de dudas.

Para este estudio, se utilizaron versiones cortas en los instrumentos, por lo que se eligieron los primeros cinco reactivos con cargas factoriales más altas.

### **Análisis de Datos**

Para conocer diferencias de las variables se procedió a realizar pruebas *t de student* para muestras independientes y *ANOVAS* simples.

## Resultados

### Diferencias por edad para bienestar psicológico

Para probar si existen diferencias significativas en el *bienestar psicológico general* reportado por las mujeres dependiendo si pertenecen a un grupo de edad (jóvenes, edad media, adultas) se realizó un análisis de varianza simple (Romero, 2003) tomando como variable independiente los grupos de edad 18 a 30 (jóvenes), 31 a 45 (edad media) y 46 a 60 años (adultas). El análisis ANOVA mostró un valor al modelo de  $F(2, 691) = 15.26$ ,  $sig. = .001$ . Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Se encontraron diferencias entre los grupos de edad de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 101.01$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X} = 109.11$ )  $sig. = 0.001$ , IC 95% [-12.31, -3.89] y de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 120.37$ ) con el de 46 a 60 años ( $\bar{X} = 111.08$ ),  $sig. = 0.001$ , IC 95% [-15.40, -4.73]. Los resultados indican que, a mayor edad, las mujeres reportan mayor bienestar psicológico.

Para conocer las diferencias en las *dimensiones del bienestar psicológico* de acuerdo con el grupo de edad se realizaron ANOVAS simples.

El valor para el modelo de *autoaceptación* fue de  $F(2, 693) = 16.136$ ,  $sig. = .001$ . Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 13.84$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X} = 15.29$ ),  $sig. = 0.001$ , IC 95% [-2.27, -.63] y el de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 13.84$ ) con el de 46 a 60 años ( $\bar{X} = 16.05$ ),  $sig. = 0.001$ , IC 95% [-3.25, -1.17]. Los resultados indican que, a mayor edad, existe una media más alta en la autoaceptación que las mujeres tienen.

El valor para el modelo de *autonomía* fue de  $F(2, 693) = 10.73$ ,  $sig. = .000$ . Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 20.31$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X} = 21.92$ ),  $sig. = 0.025$ , IC 95% [-2.49, -.73] y el de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 20.31$ ) con el de 46 a 60 años ( $\bar{X} = 21.70$ ),  $sig. = 0.008$ , IC 95% [-2.21, -.28].

Los resultados indican que, a mayor edad, existe una media más alta en la autonomía que las mujeres tienen.

El valor para el modelo de *dominio del entorno* fue de  $F(2,693) = 27.18$ , sig. = .000. Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 17.33$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X} = 19.26$ ), sig. = 0.025, IC 95% [-2.73, -1.13] y el de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 17.33$ ) con el de 46 a 60 años ( $\bar{X} = 20.02$ ), sig. = 0.008, IC 95% [-3.70, -1.68]. Los resultados indican que, a mayor edad, existe una media más alta en el dominio del entorno que las mujeres presentan.

El valor para el modelo de *crecimiento personal* fue de  $F(2,693) = 8.02$ , sig. = .000. Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 15.60$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X} = 16.44$ ), sig. = 0.014, IC 95% [-1.56, -.13] y el de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 16.60$ ) con el de 46 a 60 años ( $\bar{X} = 16.98$ ), sig. = 0.001, IC 95% [-2.29, -.48]. Los resultados indican que, a mayor edad, existe una media más alta en el crecimiento personal que las mujeres tienen.

El modelo de *autonomía* fue de  $F(2,694) = 7.27$ , sig. = .001. Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 10.64$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X} = 11.49$ ) sig. = 0.006, IC 95% [-1.50, -0.18] y el de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 10.64$ ) con el de 46-60 ( $\bar{X} = 11.77$ ), sig. = 0.004, IC 95% [-1.96, -0.29]. Los resultados indican que, a mayor edad, existe una media más alta en las personas de mayor edad, que buscan más aceptación y aprobación de los otros.

El modelo de *relaciones positivas* fue de  $F(2,694) = 4.06$ , sig. = .018. Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 8.79$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X} = 9.64$ ) sig. = 0.014, IC 95% [-1.56, -0.13]. Los resultados indican que, el grupo de mujeres de edad media presentan mejores relaciones positivas que las mujeres jóvenes.

El valor para el modelo de *propósito en la vida* fue de  $F(2,694) = 15.200$ ,  $sig. = .001$ . Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 53.38$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X} = 58.01$ ),  $sig. = 0.001$ , IC 95% [-7.34,-1.91] y el de 18 a 30 años ( $\bar{X} = 53.38$ ) con el de 46 a 60 años ( $\bar{X} = 60.49$ ),  $sig. = 0.001$ , IC 95% [-10.55,-3.66]. Los resultados indican que, a mayor edad, existe una media más alta en el propósito en la vida que las mujeres tienen.

#### Diferencias por escolaridad para bienestar psicológico

Se encontró que las mujeres con alta escolaridad ( $\bar{X} = 111.57$ ) presentan una media más alta en bienestar psicológico que las mujeres de baja escolaridad ( $\bar{X} = 100.71$ ),  $t(1,692) = -6.95$ ,  $sig. = 0.001$ .

Para probar si existen diferencias significativas en las dimensiones del bienestar psicológico reportado por las mujeres dependiendo de su escolaridad se realizó una prueba *t* de student para muestras independientes (Romero, 2003) tomando como variable a contrastar las dimensiones del bienestar psicológico. Como grupos de baja escolaridad ( $n = 335$ ) se consideraron aquellas mujeres sin estudios, con primaria, secundaria o preparatoria terminada, y en el grupo de alta escolaridad ( $n = 359$ ) se consideró a las mujeres que presentaban estudios de licenciatura y posgrado.

**Tabla 19**

*Diferencia de medias por escolaridad para bienestar psicológico*

Dimensión	Alta escolaridad		Baja escolaridad		t	Sig.
	$\bar{X}$	Desv. tip	$\bar{X}$	Desv. típica		
Autoaceptación	<b>15.77</b>	3.70	13.89	4.36	6.10	.000
Relaciones positivas	<b>17.96</b>	4.97	15.55	4.59	6.62	.001
Autonomía	<b>22.03</b>	4.22	20.38	4.47	4.98	.000
Dominio del entorno	<b>19.19</b>	3.85	17.97	4.25	3.94	.000
Crecimiento personal	<b>16.95</b>	3.05	15.45	3.86	5.67	.000
Propósito en la vida	<b>19.67</b>	4.51	17.47	5.40	5.85	.000

*Nota:* En negrita se presentan las medias más altas estadísticamente significativas.

Se encontró que las mujeres con alta escolaridad presentan una media más alta en bienestar psicológico en todas sus dimensiones: Autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida que las mujeres de baja escolaridad ( $\bar{X}=100.71$ ),  $t(1,692) = -6.95$ ,  $sig.=0.001$  (Ver Tabla 19).

#### Diferencias por edad para salud mental positiva

Para conocer la diferencia en la salud mental que presentan mujeres más jóvenes de las adultas se realizó una *prueba t de student* para muestras independientes (Romero, 2003) se encontró que las mujeres con un rango de edad de 35 a 60 años en comparación con las mujeres de 18 a 34 años, presentan medias más altas en las dimensiones de bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales, empatía y sensibilidad social, bienestar físico, autorreflexión y malestar psicológico, mostrando diferencias estadísticamente significativas (Ver Tabla 20).

**Tabla 20**

*Diferencia de medias por edad para la variable de Salud Mental Positiva*

	Edad		<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig.
	18-34	35-60			
	$\bar{X}$	$\bar{X}$			
Bienestar Cognitivo Emocional	17.89	<b>19.81</b>	-5.403	688.64	.000
Dominio del Entorno	18.28	<b>20.30</b>	-7.184	692	.000
Habilidades sociales	18.08	<b>20.52</b>	-7.650	689.69	.000
Empatía y sensibilidad Social	17.29	<b>17.82</b>	-2.819	686.44	.005
Bienestar Físico	24.68	<b>26.03</b>	-2.465	692	.014
Autorreflexión	18.88	<b>19.80</b>	-2.666	692	.008
Malestar Psicológico	16.75	<b>18.63</b>	-7.379	690.181	.000

*Nota:* En negrita se presentan las medias más altas estadísticamente significativas.

#### Diferencias por escolaridad para salud mental positiva

Para probar si existen diferencias significativas en la salud mental positiva reportada por las mujeres dependiendo de su escolaridad se realizó una *prueba t de student* para muestras independientes (Romero, 2003) tomando como variable a contrastar la salud mental positiva y bienestar psicológico. Como grupos de baja escolaridad (n=335) se

consideraron aquellas mujeres sin estudios, con primaria, secundaria o preparatoria terminada, y en el grupo de alta escolaridad (n=359) se consideró a las mujeres que presentaban estudios de licenciatura y posgrado. Se encontró que las mujeres con alta escolaridad ( $\bar{X}=132.161$ ) presentan una media más alta en salud mental positiva que las mujeres de baja escolaridad ( $\bar{X}=119.88$ ),  $t(687.53) = -6.87$ , sig.=0.001.

Para conocer la diferencia de medias en las dimensiones de la salud mental positiva se realizó una *t de student* para muestras independientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres con alta y baja escolaridad. Se observa que las mujeres con alta escolaridad presentan medias más altas que las mujeres con baja escolaridad en las dimensiones de propósito en la vida  $t(681.078) = 6.385$ , empatía habilidad social  $t(684.57) = 3.41$ , bienestar físico  $t(691.13) = 6.34$ , auto reflexión  $t(686.54) = 4.48$  y relaciones positivas  $t(668.62) = 5.01$  (Ver Tabla 22).

**Tabla 22**  
*Diferencia de medias por escolaridad para salud mental positiva*

Dimensión	Alta Escolaridad		Baja Escolaridad		Sig.
	$\bar{X}$	Desv. típica	$\bar{X}$	Desv. típica	
Propósito en la vida	<b>59.78</b>	11.97	53.33.	14.58	<b>.000</b>
Empatía, Habilidad Social	<b>26.23</b>	3.48	25.24	4.14	<b>.001</b>
Bienestar Físico	<b>12.97</b>	4.15	10.94	4.29	<b>.000</b>
Autorreflexión	<b>11.89</b>	2.92	10.81	3.42	<b>.000</b>
Aprobación social	11.37	3.20	11.00	3.39	.141
Relaciones positivas	<b>9.89</b>	3.72	8.55	3.30	<b>.000</b>

*Nota:* En negrita se presentan las medias más altas estadísticamente significativas.

#### Diferencias por cantidad de ingresos económicos para las variables de salud mental positiva y negativa

Para conocer la diferencia de medias de acuerdo con los ingresos económicos de las mujeres en las dimensiones de la salud mental positiva, bienestar psicológico, ansiedad y depresión se realizó una *t de student* para muestras independientes. Se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en la salud mental positiva, siendo las mujeres que presentan ingresos más altos quienes tienen una media más alta ( $\bar{X}= 139.89$ ) que las de ingresos más bajos ( $\bar{X}= 130$ ). Las mujeres con ingresos más altos presentan una media de bienestar psicológico mayor ( $\bar{X}=109.49$ ) que las de menores ingresos ( $\bar{X}= 20.53$ ). Las mujeres con menos ingresos presentan mayor ansiedad ( $\bar{X}=16.84$ ) que las de mayores ingresos ( $\bar{X}=12.44$ ). Las mujeres con menos ingresos presentan mayor depresión ( $\bar{X}=16.10$ ) que las de mayores ingresos ( $\bar{X}=10.56$ ) (Ver Tabla 23).

**Tabla 23**  
*Diferencia de medias por ingresos para las variables*

	Ingresos Económicos		$\bar{X}$	D.E.	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig.
	Mínimo	Arriba del mínimo					
Salud Mental Positiva	$\bar{X}$ 130.00	D.E. 23.03	<b>139.89</b>	22.91	-5.128	692	<b>.000</b>
Bienestar Psicológico	97.10	20.53	<b>109.49</b>	20.60	-7.161	692	<b>.000</b>
Ansiedad	<b>16.84</b>	12.44	14.49	13.040	2.166	692	<b>.031</b>
Depresión	<b>16.10</b>	10.56	12.24	9.67	4.450	335.988	<b>.000</b>

*Nota:* En negrita se presentan las medias más altas estadísticamente significativas.

#### Diferencias por edad para salud mental negativa (ansiedad y depresión)

Para conocer la diferencia en ansiedad y depresión de acuerdo con la edad, se dividió la muestra en dos grupos de edad, el primer grupo de mujeres jóvenes con edades entre 18 a 34 años, y el segundo grupo de mujeres adultas con edades entre 34 a 60 años. Se realizó una *t de student* para muestras independientes para conocer las diferencias. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y depresión por cada grupo de edad. Para la variable de ansiedad el grupo de mujeres jóvenes presentan una media más alta ( $\bar{X}= 17.27$ ) que las mujeres adultas ( $\bar{X}= 13.78$ ). Y para la variable depresión

ocurre un fenómeno similar, las mujeres jóvenes presentan una media mayor ( $\bar{X}= 14.58$ ) que las mujeres adultas ( $\bar{X}=10.76$ ) (Ver Tabla 24).

**Tabla 24**  
*Diferencia de medias por edad para las variables*

	Edad		34-60	D.E.	t	gl	Sig.
	18-34	D.E.					
Ansiedad	<b>17.27</b>	13.78	12.82	11.42	4.644	687.851	<b>.000</b>
Depresión	<b>14.58</b>	10.76	11.96	9.08	3.467	689.633	<b>.001</b>

*Nota:* En negrita se presentan las medias más altas estadísticamente significativas.

Para probar si existen diferencias significativas en la salud mental negativa (ansiedad y depresión) reportada por las mujeres dependiendo si pertenecen a un grupo de edad se realizó un análisis de varianza simple (Romero, 2003) tomando como variable dependiente las dimensiones de salud mental negativa (ansiedad y depresión) y como variable independiente los grupos de edad 18 a 30, 31-45 y 46-60 años. El valor para el modelo fue de  $F(2,694) = 9.81$ , sig. = .001. Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Para la salud mental negativa (ansiedad y depresión), las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X}=33.21$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X}=26.52$ ), sig.=0.001, IC 95% [2.41, 10.96] y el de 18 a 30 años ( $\bar{X}=33.21$ ) con el de 46-60 ( $\bar{X}=25.15$ ), sig.=0.001, IC 95% [2.64, 13.47]. De acuerdo con los datos, el grupo de mujeres de 18 a 30 años tiene una media más grande en salud mental negativa que el grupo de 31 a 45 y de 46 a 60 años.

Al interior de las dimensiones de la salud mental negativa, se pretende probar si existe diferencia en las *dimensiones de la ansiedad y depresión* dependiendo si pertenecen a un grupo de edad.

El análisis de varianza simple (Romero, 2003) mostró que para la *dimensión síntomas somáticos de la ansiedad* el valor del modelo fue de  $F(2, 693) = 5.75$ , sig. = .003. Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo



de 18 a 30 años ( $\bar{X}=9.22$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X}=7.23$ ), sig.=0.005, IC 95% [.48, 3.49]. Por lo que el grupo de menor edad presentó una media más alta en síntomas somáticos.

Para la dimensión *síntomas subjetivos de la ansiedad* el valor del modelo fue de F (2,693) =15.123, sig.= .001. Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X}=8.95$ ) con el de 31 a 45 años ( $\bar{X}=6.83$ ), sig.=0.001, IC 95% [.85, 3.36] y entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X}=8.95$ ) con el de 46 a 60 años ( $\bar{X}=5.64$ ), sig.=0.001, IC 95% [1.70, 4.89]. Por lo que el grupo de menor edad presenta una media más alta en síntomas subjetivos que los grupos de mayor edad.

Para la *dimensión cognitivo de la depresión* el valor del modelo fue de F (2,693) =8.41, sig.= .001. Se realizó Bonferroni como análisis post hoc. Las diferencias se encuentran entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X}=11.41$ ) con el de 31 a 45 años ( $M=9.04$ ), sig.=0.003, IC 95% [.64, 4.10] y entre el grupo de 18 a 30 años ( $\bar{X}=11.41$ ) con el de 46 a 60 años ( $\bar{X}=8.24$ ), sig.=0.002, IC 95% [.99, 5.36].

Para la *dimensión síntomas somáticos* de la depresión las diferencias entre grupos no fueron significativas.

#### Diferencias por escolaridad para salud mental negativa (ansiedad y depresión)

Para probar si existen diferencias significativas en la salud mental negativa reportada por las mujeres dependiendo de su escolaridad se realizó una prueba *t* de student para muestras independientes (Romero, 2003) tomando como variable a contrastar la salud mental negativa (ansiedad y depresión). Se encontró que las mujeres con baja escolaridad presentan una media más alta que los de alta escolaridad con respecto a la ansiedad y depresión  $t(692, .000) = -4.16$  (Ver Tabla 25).

**Tabla 25***Diferencia de medias por escolaridad para las variables ansiedad y depresión*

	Escolaridad				<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig.
	Baja		Alta				
	$\bar{X}$	D.E.	$\bar{X}$	D.E.			
Ansiedad	<b>16.61</b>	13.29	13.61	12.31	-3.070	692	<b>.002</b>
Depresión	<b>15.19</b>	10.82	11.36	8.82	-5.123	679.834	<b>.000</b>

*Nota:* En negrita se presentan las medias más altas estadísticamente significativas.

Para conocer la diferencia de medias en las dimensiones de la salud mental negativa se realizó una *t de student* para muestras independientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres con alta y baja escolaridad. Se observa que las mujeres con baja escolaridad presentan medias más altas ( $\bar{X}=9.15$ ) que las mujeres con alta escolaridad ( $\bar{X}=7.03$ ) en las dimensiones de síntomas somáticos de la ansiedad  $t(692) = -3.73, .000$ . Para la dimensión cognitivo afectivo de la depresión las mujeres de baja escolaridad presentan medias más altas ( $\bar{X}=11.44$ ) que las mujeres de alta escolaridad ( $\bar{X}=8.30$ )  $t(677.38) = -4.89$ , para la dimensión somático de la depresión las mujeres con baja escolaridad presentan medias más altas ( $\bar{X}=4.25$ ) que las mujeres de alta escolaridad ( $\bar{X}=3.41$ )  $t(689.84) = -4.25, .000$  (Ver Tabla 26). Por lo que las mujeres presentan diferencias estadísticamente significativas en la salud mental negativa de acuerdo con el grupo de nivel de escolaridad al que pertenecen.

**Tabla 26***Diferencia de medias por escolaridad para salud mental negativa por las dimensiones de ansiedad y depresión*

Dimensión	Alta escolaridad		Baja escolaridad		Sig.
	$\bar{X}$	Desv. tip	$\bar{X}$	Desv. típica	
<b>Ansiedad</b>					
Síntomas somáticos	7.03	7.02	<b>9.15</b>	7.83	<b>.000</b>
Síntomas subjetivos	7.18	6.45	7.87	6.26	.156
<b>Depresión</b>					
Cognitivo afectivo	8.30	7.52	<b>11.44</b>	9.35	<b>.000</b>
Somático	3.41	2.44	<b>4.25</b>	2.76	<b>.000</b>

*Nota:* En negrita se presentan las medias más altas estadísticamente significativas.

## Fase 2. Relación de variables

### Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación de la *salud mental* (*bienestar psicológico y salud mental positiva*) con variables culturales (*normas y creencias de la felicidad*) e individuales (regulación emocional, creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad social) en mujeres?

### Objetivo General

Conocer la relación de la *salud mental* (*bienestar psicológico y salud mental positiva*) con variables culturales (*normas y creencias de la felicidad*) e individuales (regulación emocional, creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad social) en mujeres.

### Objetivo específico

Obtener los correlatos significativos y culturalmente relevantes entre las variables de estudio.

### Hipótesis

Hi: Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva y las normas y creencias de la felicidad que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva y las normas y creencias de la felicidad que presentan las mujeres.

Hi: Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva las creencias irracionales que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva las creencias irracionales que presentan las mujeres.

Hi: Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva la desregulación emocional que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva y la desregulación emocional que presentan las mujeres.

Hi: Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva la percepción de vulnerabilidad que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva y la percepción de vulnerabilidad que presentan las mujeres.

Hi: Existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva la desregulación emocional que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva y la desregulación emocional que presentan las mujeres.

Hi: Existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la salud mental negativa y las normas y creencias de la felicidad que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la salud mental negativa y las normas y creencias de la felicidad que presentan las mujeres.

Hi: Existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la salud mental negativa y las creencias irracionales que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la salud mental negativa y las creencias irracionales que presentan las mujeres.

Hi: Existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la salud mental negativa y la desregulación emocional que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la salud mental negativa y la desregulación emocional que presentan las mujeres.

Hi: Existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la salud mental negativa y la percepción de vulnerabilidad que presentan las mujeres.

Ho: No existe una relación positiva estadísticamente significativa entre la salud mental negativa y la percepción de vulnerabilidad que presentan las mujeres.

### **Muestra**

Se contó con la participación de la misma muestra que la fase anterior.

### **Muestreo**

No probabilístico e intencional (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Tipo de estudio**

Correlacional Transversal de campo (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Diseño**

Una muestra (Kerlinger & Lee, 2000).

### **Criterio de inclusión**

Mujeres con un rango de edad entre 18 a 65 años.

### **Criterio de eliminación**

Mujeres que no sepan leer y escribir o que presenten limitaciones físicas para participar en el estudio y aquellas que no contesten los cuestionarios completos.

### **Criterio de exclusión**

Mujeres en un tratamiento psicológico.

### **Variables**

Mismas variables que en la fase anterior

### **Instrumentos**

Se usaron los mismos instrumentos que en la fase anterior.

## Análisis de Datos

Para conocer las relaciones de las variables se procedió a realizar una correlación producto momento de Pearson. Mientras que para conocer la influencia entre variables se realizaron regresiones lineales simples con método enter.

## Resultados

Para conocer la relación entre las variables normas y creencias de la felicidad, creencias irracionales, percepción de vulnerabilidad, y regulación emocional con la salud mental positiva y la salud mental negativa se realizó una correlación producto momento de Pearson. Se encontró que la Salud Mental Positiva correlaciona negativamente con las normas y creencias de la felicidad ( $r = -.213$ ), con creencias irracionales correlaciona negativamente ( $r = -.693$ ), con regulación emocional correlaciona negativamente ( $r = -.719$ ), con percepción de vulnerabilidad correlaciona negativamente ( $r = -.418$ ).

La salud mental negativa (ansiedad-depresión) se correlaciona positivamente con normas y creencias de la felicidad ( $r = .229$ ), con creencias irracionales positivamente ( $r = .650$ ), con regulación emocional positivamente ( $r = .648$ ), con percepción de vulnerabilidad positivamente (Ver Tabla 27).

**Tabla 27**

*Relación entre variables individuales y culturales y la salud positiva y negativa*

	Salud mental negativa	Salud mental positiva
1) Normas y creencias de la felicidad	<b>.229**</b> .000	<b>-.213**</b> .000
2) Creencias Irracionales	<b>.650**</b> .000	<b>-.693**</b> .000
3) Regulación emocional	<b>.648**</b> .000	<b>-.719**</b> .000
4) Percepción de vulnerabilidad	<b>.522**</b> .000	<b>-.418**</b> .000

### *Relación de variables por grupos de edad*

Para conocer la relación entre las variables normas y creencias de la felicidad, creencias irracionales, percepción de vulnerabilidad, y regulación emocional con la salud mental positiva y la salud mental negativa por edad se realizó una correlación producto momento de Pearson dividiendo la muestra por grupos de edad de 18 a 30 años (n=301), 31 a 45 años (n=268) y 46 a 60 años (n=125). Para el grupo de 18 a 30 años se encontró que la *Salud mental positiva (bienestar psicológico y salud mental positiva)* correlaciona negativamente con las normas y creencias de la felicidad ( $r = -.213$ ), con creencias irracionales correlaciona negativamente ( $r = -.693$ ), con regulación emocional correlaciona negativamente ( $r = -.719$ ), con percepción de vulnerabilidad correlaciona negativamente ( $r = -.418$ ).

La *salud mental negativa (ansiedad-depresión)* se correlaciona positivamente con normas y creencias de la felicidad ( $r = .229$ ), con creencias irracionales positivamente ( $r = .650$ ), con regulación emocional positivamente ( $r = .648$ ), con percepción de vulnerabilidad positivamente ( $r = .522$ ). La fuerza de las relaciones varía con la edad (Ver Tabla 28).

**Tabla 28**  
*Relación entre las variables individuales y la salud positiva y negativa por grupo de edad*

		Salud mental negativa	Salud mental positiva
Menor edad	1) Normas y creencias de la felicidad	<b>.228**</b>	<b>-.213**</b>
		.000	.000
	2) Creencias Irracionales	<b>.673**</b>	<b>-.696**</b>
		.000	.000
Edad Media	3) Regulación emocional	<b>.670**</b>	<b>-.729**</b>
		.000	.000
	4) Percepción de vulnerabilidad	<b>.533**</b>	<b>-.367**</b>
		.000	.000
Edad Media	1) normas y creencias de la felicidad	<b>.285**</b>	<b>-.330**</b>
		.000	.000
	2) Creencias Irracionales	<b>.591**</b>	<b>-.672**</b>
		.000	.000

Mayor edad	3) Regulación emocional	<b>.576**</b>	<b>-.642**</b>
		.000	.000
	4) Percepción de vulnerabilidad	<b>.503**</b>	<b>-.430**</b>
		.000	.000
	1) Normas y creencias de la felicidad	<b>.242**</b>	-.150
		.006	.096
	2) Creencias Irracionales	<b>.662**</b>	<b>-.650**</b>
		.000	.000
	3) Regulación emocional	<b>.683**</b>	<b>-.764**</b>
		.000	.000
	4) Percepción de vulnerabilidad	<b>.490**</b>	<b>-.424**</b>
		.000	.000

### *Relación de variables por escolaridad*

De acuerdo con la escolaridad, puede observarse que existe relación entre la escolaridad y la salud mental (Ver Tabla 29). Para las mujeres de baja escolaridad existe una relación baja positiva de normas y creencias de la felicidad con la salud mental negativa ( $r = .202$ ), y una baja negativa con la salud mental positiva ( $r = -.118$ ). Existe una relación media positiva entre creencias irracionales y salud mental negativa ( $r = .653$ ), y una relación media negativa con salud mental positiva ( $r = -.706$ ). Existe una relación media positiva entre regulación emocional y salud mental negativa ( $r = .682$ ), y una relación media negativa con salud mental positiva ( $r = -.762$ ). Existe una relación media positiva entre percepción de vulnerabilidad y salud mental negativa ( $r = .544$ ), y una relación media negativa con salud mental positiva ( $r = -.473$ ).

Para las mujeres de alta escolaridad existe una relación baja positiva de normas y creencias de la felicidad con la salud mental negativa ( $r = .188$ ), y una baja negativa con la salud mental positiva ( $r = -.207$ ). Existe una relación media positiva entre creencias irracionales y salud mental negativa ( $r = .628$ ), y una relación media negativa con salud mental positiva ( $r = -.660$ ). Existe una relación media positiva entre regulación emocional y salud mental negativa ( $r = .587$ ), y una relación media negativa con salud mental positiva ( $r =$



-655). Existe una relación media positiva entre percepción de vulnerabilidad y salud mental negativa ( $r=.509$ ), y una relación baja negativa con salud mental positiva ( $r=-.380$ ).

**Tabla 29**

*Relación de las variables individuales y culturales para salud mental positiva y negativa por escolaridad*

	Baja Escolaridad		Alta escolaridad	
	Salud mental negativa	Salud mental positiva	Salud mental negativa	Salud mental positiva
1)normas y creencias de la felicidad	<b>.202**</b> .000	<b>-.118*</b> .025	<b>.188**</b> .001	<b>-.207**</b> .000
2)Creencias Irracionales	<b>.653**</b> .000	<b>-.706**</b> .000	<b>.628**</b> .000	<b>-.660**</b> .000
3) Regulación emocional	<b>.682**</b> .000	<b>-.762**</b> .000	<b>.587**</b> .000	<b>-.655**</b> .000
4) Percepción de vulnerabilidad	<b>.544**</b> .000	<b>-.473**</b> .000	<b>.509**</b> .000	<b>-.380**</b> .000

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

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Alta escolaridad (n=335), baja escolaridad (n=359)

### *Relación entre el bienestar psicológico y las normas y creencias de la felicidad*

Para conocer si existe relación entre las normas y creencias de la felicidad y el bienestar psicológico se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones. Las relaciones al interior de estas variables están dadas principalmente de manera positiva entre las creencias de felicidad con las dimensiones de autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida, mientras que se da una relación negativa de creencias de infelicidad y creencias de género con las dimensiones de bienestar psicológico (Ver Tabla 30). Las normas de capacidad de logro y las creencias de familia se relacionan muy bajo con la autoaceptación y con el propósito en la vida. Adicionalmente normas de capacidad de logro se relacionan bajo con el crecimiento

personal. Las normas de la maternidad tienen una baja relación negativa con las relaciones positivas.

**Tabla 30**

*Correlaciones entre las dimensiones de Bienestar Psicológico y Normas y Creencias de la Felicidad*

		Normas y Creencias de la Felicidad					
		Normas Maternidad	Normas Capacidad Logro	Creencias Familia	Creencias Infelicidad	Creencias Género	Creencias Felicidad
Bienestar Psicológico	1)Autoaceptación	.013	<b>.079*</b>	<b>.076*</b>	<b>-.547**</b>	<b>-.296**</b>	<b>.256**</b>
		.724	<b>.038</b>	<b>.046</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
	2)Relaciones Positivas	<b>-.126**</b>	.013	-.062	<b>-.418**</b>	<b>-.271**</b>	<b>.150**</b>
		<b>.001</b>	.738	.105	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
	3)Autonomía	-.047	.048	-.013	<b>-.461**</b>	<b>-.246**</b>	<b>.126**</b>
		.215	.207	.724	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.001</b>
	4)Dominio del Entorno	.042	-.008	.045	<b>-.584**</b>	<b>-.318**</b>	<b>.132**</b>
		.266	.828	.237	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
	5)Crecimiento Personal	-.052	<b>.104**</b>	-.001	<b>-.403**</b>	<b>-.245**</b>	<b>.173**</b>
		.169	<b>.006</b>	.988	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>
	6)Propósito en la Vida	.051	<b>.125**</b>	<b>.105**</b>	<b>-.516**</b>	<b>-.288**</b>	<b>.245**</b>
		.180	<b>.001</b>	<b>.006</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>	<b>.000</b>

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

\* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

### *Relación entre el bienestar psicológico y creencias irracionales*

Para conocer si existe relación entre las creencias irracionales con el bienestar psicológico se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación negativa estadísticamente significativa entre las dimensiones (Ver Tabla 31). Se puede observar que las relaciones son estadísticamente significativas, y las relaciones fluctúan entre -.13 como las relaciones más bajas hasta -.59 con la relación más alta. Presentar creencias irracionales como pensamientos de tipo ansioso, buscar aprobación social, evitar responsabilidades, determinarse por el pasado y generar alto autocontrol disminuye el bienestar psicológico, generando menor autoaceptación, menos relaciones positivas, menos autonomía, menor dominio del entorno, menor crecimiento personal y menor propósito en la vida.

**Tabla 31***Correlaciones entre Bienestar Psicológico y Creencias Irracionales*

		Creencias Irracionales				
		1)Ansiedad	2)Aprobación social	3)Evitación de responsabilidades	4)Determinismo del pasado	5)Autocontrol
Bienestar Psicológico	1)Autoaceptación	<b>-.531**</b>	<b>-.388**</b>	<b>-.539**</b>	<b>-.544**</b>	<b>-.321**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	2)Relaciones Positivas	<b>-.395**</b>	<b>-.254**</b>	<b>-.366**</b>	<b>-.440**</b>	<b>-.134**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	3)Autonomía	<b>-.458**</b>	<b>-.546**</b>	<b>-.463**</b>	<b>-.486**</b>	<b>-.338**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	4)Dominio del Entorno	<b>-.595**</b>	<b>-.486**</b>	<b>-.563**</b>	<b>-.555**</b>	<b>-.314**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	5)Crecimiento Personal	<b>-.421**</b>	<b>-.297**</b>	<b>-.465**</b>	<b>-.466**</b>	<b>-.251**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	6)Propósito en la Vida	<b>-.478**</b>	<b>-.385**</b>	<b>-.571**</b>	<b>-.499**</b>	<b>-.275**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000

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

### *Relación entre el bienestar psicológico y regulación emocional*

Para conocer si existe relación entre el bienestar psicológico y la regulación se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación negativa estadísticamente significativa entre las dimensiones. Se encontró que cuando existen dificultades en la regulación emocional o una regulación desadaptativa disminuye el bienestar psicológico de las mujeres. Las relaciones van de - .33 a -.59 (Ver Tabla32). Parece que cuando las mujeres manifiestan rechazo emocional, descontrol emocional, interferencia emocional, desatención emocional y confusión emocional su bienestar psicológico disminuye, presentando menor autoaceptación, menos relaciones positivas, menos autonomía, menor dominio del entorno, menor crecimiento personal y menor propósito en la vida.

**Tabla 32***Correlaciones entre bienestar psicológico y desregulación emocional*

		Desregulación Emocional				
		1)Rechazo Emocional	2)Descontrol Emocional	3)Interferencia Emocional	4)Desatención Emocional	5)Confusión Emocional
Bienestar Psicológico	1)Autoaceptación	<b>-.544**</b>	<b>-.410**</b>	<b>-.482**</b>	<b>-.574**</b>	<b>-.471**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	2)Relaciones Positivas	<b>-.387**</b>	<b>-.336**</b>	<b>-.315**</b>	<b>-.365**</b>	<b>-.359**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	3)Autonomía	<b>-.491**</b>	<b>-.352**</b>	<b>-.424**</b>	<b>-.449**</b>	<b>-.449**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	4)Dominio del Entorno	<b>-.594**</b>	<b>-.447**</b>	<b>-.520**</b>	<b>-.503**</b>	<b>-.500**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	5)Crecimiento Personal	<b>-.431**</b>	<b>-.366**</b>	<b>-.351**</b>	<b>-.516**</b>	<b>-.446**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000
	6)Propósito en la Vida	<b>-.487**</b>	<b>-.350**</b>	<b>-.417**</b>	<b>-.531**</b>	<b>-.436**</b>
		.000	.000	.000	.000	.000

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

### *Relación entre el bienestar psicológico y percepción de vulnerabilidad social*

Para conocer si existe relación entre la percepción de vulnerabilidad con el bienestar psicológico se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación negativa estadísticamente significativa entre las dimensiones de los datos indican que las mujeres de esta muestra cuando se perciben vulnerables disminuyen su bienestar psicológico. Percibirse vulnerables disminuye su auto aceptación, su autonomía, y su propósito en la vida, ya que todas las dimensiones están relacionadas negativamente siendo esta relación estadísticamente significativa. Son pocas las dimensiones que no resultan significativas (Ver Tabla 33). Las relaciones van de -.074 a -.52.

**Tabla 33***Correlaciones entre Bienestar Psicológico y Percepción de Vulnerabilidad*

		Percepción de Vulnerabilidad							
		1)Contexto Social Amenazante	2)Percepción de Vulnerabilidad en la Salud	3)Autoimagen	4)Vulnerabilidad en Relaciones Interpersonales	5)Vulnerabilidad en Eventos Incontrolables	6)Toma de Decisiones	7)Contexto Social de Pobreza	8)Ansiedad Social
Bienestar Psicológico	1)Autoaceptación	<b>-.109**</b>	<b>-.103**</b>	<b>-.528**</b>	<b>-.188**</b>	<b>-.107**</b>	<b>-.186**</b>	-	<b>-.480**</b>
		.004	.007	.000	.000	.005	.000	.000	.000
	2)Relaciones Positivas	-.070	<b>-.087*</b>	<b>-.338**</b>	<b>-.204**</b>	<b>-.109**</b>	-.073	-	<b>-.338**</b>
		.065	.021	.000	.000	.004	.056	.000	.000
	3)Autonomía	<b>-.084*</b>	<b>-.081*</b>	<b>-.436**</b>	<b>-.145**</b>	<b>-.121**</b>	<b>-.190**</b>	-	<b>-.390**</b>
		.027	.032	.000	.000	.001	.000	.000	.000
4)Dominio del Entorno	<b>-.194**</b>	<b>-.133**</b>	<b>-.492**</b>	<b>-.238**</b>	<b>-.138**</b>	<b>-.282**</b>	-	<b>-.504**</b>	
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
5)Crecimiento Personal	-.036	-.066	<b>-.319**</b>	<b>-.156**</b>	<b>-.079*</b>	<b>-.079*</b>	-	<b>-.339**</b>	
	.343	.083	.000	.000	.037	.038	.000	.000	
6)Propósito en la Vida	<b>-.092*</b>	<b>-.074</b>	<b>-.429**</b>	<b>-.174**</b>	<b>-.096*</b>	<b>-.126**</b>	-	<b>-.414**</b>	
	.016	.052	.000	.000	.011	.001	.000	.000	

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

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

*Relación entre la salud mental positiva y las normas y creencias de la felicidad*

A continuación, se presentarán las relaciones de las variables de estudio siendo la salud mental positiva la variable de salida. Con referencia a la relación entre normas y creencias de la felicidad con la salud mental positiva, se encontró existe relación estadísticamente significativa (Ver Tabla 34).

Una relación que interesaba conocer en este estudio era si se relacionaban las normas de la maternidad con la salud mental de las mujeres, se realizó una correlación Producto momento de Pearson para conocer la relación, se encontró que las mujeres de esta muestra, las normas de la maternidad sí mostraron relación estadísticamente significativa

con las dimensiones de bienestar cognitivo emocional y habilidades sociales, sin embargo, la relación es muy baja. Las creencias de la familia correlacionaron de manera positiva con una baja fuerza con bienestar cognitivo emocional, habilidades sociales y empatía y sensibilidad social, aunque, también las relaciones son muy bajas. Se encontraron relaciones (bajas) negativas estadísticamente significativas entre las creencias de la infelicidad y las creencias de género con el bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales, empatía y sensibilidad social, bienestar físico, autorreflexión y malestar psicológico. La dimensión de creencias de la felicidad correlacionó positivamente con las dimensiones de la salud mental positiva. Las relaciones fluctuaron entre .14 a .23.

**Tabla 34**

*Correlaciones entre dimensiones de Salud Mental Positiva y dimensiones de Normas y Creencias de la Felicidad*

		Normas y Creencias de la Felicidad				
		Normas Maternidad	Creencias Familia	Creencias Infelicidad	Creencias Género	Creencias Felicidad
Salud Mental	Bienestar Cognitivo Emocional	<b>.091*</b>	<b>.110**</b>	<b>-.565**</b>	<b>-.291**</b>	<b>.234**</b>
	Dominio del Entorno	.001	.061	<b>-.531**</b>	<b>-.273**</b>	<b>.175**</b>
	Habilidades Sociales	<b>.095*</b>	<b>.119**</b>	<b>-.384**</b>	<b>-.176**</b>	<b>.204**</b>
	Empatía y Sensibilidad Social	.025	<b>.084*</b>	<b>-.281**</b>	-.065	<b>.141**</b>
	Bienestar Físico	-.044	-.045	<b>-.399**</b>	<b>-.225**</b>	<b>.157**</b>
	Autorreflexión	-.021	.026	<b>-.288**</b>	<b>-.140**</b>	<b>.147**</b>
	Malestar Psicológico	.006	.038	<b>-.453**</b>	<b>-.256**</b>	<b>.149**</b>

### *Relación entre la salud mental positiva y creencias irracionales*

Para conocer si existe relación entre la salud mental positiva con las creencias irracionales se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación negativa estadísticamente significativa entre las dimensiones, encontrando que cuando presentan ideas de tipo ansioso, aprobación social, evitación de responsabilidades, determinismo del pasado y autocontrol, su salud mental positiva

disminuye, bajando así su bienestar cognitivo emocional, su dominio del entorno, sus habilidades sociales y empatía y sensibilidad social disminuyen, su bienestar físico, autorreflexión y malestar psicológico (Ver Tabla 35). Las relaciones fluctúan entre -.152 a -.586.

**Tabla 35**  
*Correlaciones entre dimensiones de Salud Mental Positiva y dimensiones de Creencias Irracionales*

		Creencias Irracionales				
		Ansiedad	Aprobación social	Evitación de responsabilidades	Determinismo del pasado	Autocontrol
Salud Mental Positiva	Bienestar Cognitivo Emocional	<b>-.533**</b>	<b>-.394**</b>	<b>-.496**</b>	<b>-.515**</b>	<b>-.281**</b>
	Dominio del Entorno	<b>-.586**</b>	<b>-.546**</b>	<b>-.572**</b>	<b>-.528**</b>	<b>-.351**</b>
	Habilidades Sociales	<b>-.419**</b>	<b>-.349**</b>	<b>-.411**</b>	<b>-.409**</b>	<b>-.260**</b>
	Empatía y Sensibilidad Social	<b>-.317**</b>	<b>-.261**</b>	<b>-.312**</b>	<b>-.295**</b>	<b>-.222**</b>
	Bienestar Físico	<b>-.460**</b>	<b>-.267**</b>	<b>-.405**</b>	<b>-.392**</b>	<b>-.152**</b>
	Autorreflexión	<b>-.308**</b>	<b>-.219**</b>	<b>-.399**</b>	<b>-.342**</b>	<b>-.206**</b>
	Malestar Psicológico	<b>-.454**</b>	<b>-.340**</b>	<b>-.381**</b>	<b>-.462**</b>	<b>-.265**</b>

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

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

### *Relación entre la salud mental positiva y regulación emocional*

Para conocer si existe relación entre la salud mental positiva con la regulación emocional se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación positiva estadísticamente significativa. Con respecto a la relación de regulación emocional y la salud mental positiva (se recordará que se están midiendo las dificultades en la regulación emocional), las cuales muestran una relación negativa estadísticamente significativa con la salud mental positiva (Ver Tabla 36). Se muestran relaciones medias, las cuales fluctúan entre -.25 a -.64.

**Tabla 36***Correlaciones entre salud mental positiva y desregulación emocional*

		Salud Mental Positiva						
		1)Bienestar Cognitivo Emocional	2)Dominio del Entorno	3)Habilidades Sociales	4)Empatía y Sensibilidad Social	5)Bienestar Físico	6)Auto reflexión	7)Malestar Psicológico
Des regulación Emocional	1)Rechazo Emocional	<b>-.561**</b>	<b>-.598**</b>	<b>-.402**</b>	<b>-.263**</b>	<b>-.448**</b>	<b>-.256**</b>	<b>-.527**</b>
	2)Descontrol Emocional	<b>-.474**</b>	<b>-.447**</b>	<b>-.345**</b>	<b>-.304**</b>	<b>-.369**</b>	<b>-.260**</b>	<b>-.453**</b>
	3)Interferencia Emocional	<b>-.490**</b>	<b>-.528**</b>	<b>-.405**</b>	<b>-.263**</b>	<b>-.380**</b>	<b>-.270**</b>	<b>-.427**</b>
	4)Desatención Emocional	<b>-.544**</b>	<b>-.599**</b>	<b>-.516**</b>	<b>-.407**</b>	<b>-.452**</b>	<b>-.648**</b>	<b>-.370**</b>
	5)Confusión Emocional	<b>-.488**</b>	<b>-.578**</b>	<b>-.435**</b>	<b>-.273**</b>	<b>-.334**</b>	<b>-.413**</b>	<b>-.476**</b>

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

### *Relación entre la salud mental positiva y percepción de vulnerabilidad*

Para conocer si existe relación entre la salud mental positiva y la percepción de vulnerabilidad se realizaron correlaciones producto Momento de Pearson, se encontró que sí existe una relación negativa estadísticamente significativa, cuando las mujeres se perciben vulnerables disminuye su salud mental positiva (Ver Tabla 37). Cuando se perciben vulnerables en autoimagen, en sus relaciones interpersonales, existe un contexto social de pobreza o presentan ansiedad social, disminuye su bienestar cognitivo emocional, su dominio del entorno, sus habilidades sociales, disminuye su sensibilidad social, su bienestar físico, su autorreflexión y su malestar físico. Percibir un contexto social amenazante se relaciona con la disminución en su bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, en habilidades sociales, en su empatía y sensibilidad social y en su malestar físico. Su percepción de vulnerabilidad de salud se relaciona con casi todas las dimensiones de salud mental positiva a excepción de la autorreflexión. Vulnerabilidad a eventos incontrolables se relaciona negativamente solo con bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, bienestar físico y malestar psicológico. Mientras que toma de decisiones se



relaciona con casi todas las dimensiones de salud mental positiva a excepción e autorreflexión. Las relaciones presentan una relación débil, fluctuando entre -.10 a -.51.

**Tabla 37**

*Correlaciones entre dimensiones de Salud Mental Positiva y Percepción de Vulnerabilidad*

		Percepción de Vulnerabilidad							
		1)Contexto Social Amenazante	2)Percepción de Vulnerabilidad en la Salud	3)Autoimagen	4)Vulnerabilidad en Relaciones Interpersonales	5)Vulnerabilidad en Eventos Incontrolables	6)Toma de Decisiones	7)Contexto Social de Pobreza	8)Ansiedad Social
Salud Mental Positiva	1)Bienestar Cognitivo Emocional	<b>-.150**</b>	<b>-.176**</b>	<b>-.510**</b>	<b>-.200**</b>	<b>-.151**</b>	<b>-.195**</b>	<b>-.324**</b>	<b>-.509**</b>
	2)Dominio del Entorno	<b>-.154**</b>	<b>-.112**</b>	<b>-.462**</b>	<b>-.216**</b>	<b>-.108**</b>	<b>-.249**</b>	<b>-.286**</b>	<b>-.480**</b>
	3)Habilidades Sociales	<b>-.147**</b>	<b>-.087*</b>	<b>-.317**</b>	<b>-.127**</b>	-.019	<b>-.184**</b>	<b>-.176**</b>	<b>-.337**</b>
	4)Empatía y Sensibilidad Social	<b>-.081*</b>	<b>-.076*</b>	<b>-.186**</b>	<b>-.153**</b>	-.034	<b>-.104**</b>	<b>-.089*</b>	<b>-.181**</b>
	5)Bienestar Físico	-.058	<b>-.169**</b>	<b>-.434**</b>	<b>-.177**</b>	<b>-.124**</b>	<b>-.104**</b>	<b>-.235**</b>	<b>-.393**</b>
	6)Autorreflexión	.002	-.061	<b>-.246**</b>	<b>-.139**</b>	-.032	-.051	<b>-.091*</b>	<b>-.210**</b>
	7)Malestar Psicológico	<b>-.138**</b>	<b>-.080*</b>	<b>-.411**</b>	<b>-.216**</b>	<b>-.100**</b>	<b>-.245**</b>	<b>-.258**</b>	<b>-.453**</b>

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

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

### *Relación entre ansiedad y depresión y normas y creencias de la felicidad*

Para conocer si existe relación entre las normas y creencias de la felicidad con los trastornos de ansiedad y depresión se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación positiva estadísticamente significativa entre las dimensiones de creencias de la infelicidad y las creencias de género (.24 a .58), mientras que existe una relación negativa estadísticamente significativa entre las creencias de la felicidad y la ansiedad y la depresión(-.14 a -.19) (Ver Tabla 38).

**Tabla 38**

*Correlación entre las dimensiones de Normas y Creencias de la Felicidad y las dimensiones de Ansiedad y Depresión*

		Ansiedad	Depresión
Normas y Creencias de la Felicidad	1) Normas Maternidad	.021	.008
	2) Normas Capacidad Logro	-.030	-.009
	3) Creencias Familia	.036	-.026
	4) Creencias Infelicidad	<b>.415**</b>	<b>.582**</b>
	5) Creencias Género	<b>.242**</b>	<b>.333**</b>
	6) Creencias Felicidad	<b>-.147**</b>	<b>-.191**</b>

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

### *Relación entre ansiedad y depresión y creencias irracionales*

Para conocer si existe relación entre creencias irracionales con los trastornos de ansiedad y depresión se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación positiva estadísticamente significativa entre las dimensiones de ansiedad, aprobación social, evitación de responsabilidades, determinismo del pasado y autocontrol con la ansiedad y la depresión (.21 a .58) (Ver Tabla 39).

**Tabla 39**

*Correlaciones entre dimensiones de Ansiedad y Depresión y Creencias Irracionales*

		Ansiedad	Depresión
Creencias Irracionales	1) Ansiedad	<b>.544**</b>	<b>.580**</b>
	2) Aprobación social	<b>.357**</b>	<b>.428**</b>
	3) Evitación de responsabilidades	<b>.390**</b>	<b>.525**</b>
	4) Determinismo del pasado	<b>.404**</b>	<b>.570**</b>
	5) Autocontrol	<b>.212**</b>	<b>.244**</b>

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

### *Relación entre ansiedad y depresión y regulación emocional*

Para conocer si existe relación entre la regulación emocional y los trastornos ansiedad y depresión se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación positiva estadísticamente significativa entre las dimensiones de la

regulación emocional y la ansiedad y depresión, las relaciones fluctúan entre .29 a .60 (Ver Tabla 40). Se puede observar que presentar rechazo emocional descontrol emocional, interferencia emocional, desatención y confusión emocionales se relaciona con síntomas de ansiedad y depresión.

**Tabla 40**

*Correlaciones entre Desregulación emocional y ansiedad y depresión*

		Ansiedad	Depresión
Des regulación Emocional	1)Rechazo Emocional	<b>.514**</b>	<b>.607**</b>
	2)Descontrol Emocional	<b>.431**</b>	<b>.485**</b>
	3)Interferencia Emocional	<b>.428**</b>	<b>.526**</b>
	4)Desatención Emocional	<b>.291**</b>	<b>.456**</b>
	5)Confusión Emocional	<b>.400**</b>	<b>.507**</b>

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

### *Relación entre ansiedad y depresión y percepción de vulnerabilidad*

Para conocer si existe relación entre la percepción de vulnerabilidad con los trastornos de ansiedad y depresión se realizó una correlación producto momento de Pearson, se encontró que sí existe relación positiva estadísticamente significativa entre las variables (Ver Tabla 41). Las relaciones fluctúan entre .12 a .58. Los resultados indican que cuando las mujeres se perciben vulnerables y ven su contexto amenazante, o perciben vulnerabilidad en su salud, en su autoimagen, en sus relaciones interpersonales, o se enfrentan a eventos incontrolables y toma de decisiones o pobreza, o presentan ansiedad social, se puede relacionar con ansiedad y depresión.

**Tabla 41***Correlaciones entre Ansiedad y Depresión y Percepción de Vulnerabilidad*

	Ansiedad	Depresión
1)Contexto Social Amenazante	<b>.207**</b>	<b>.231**</b>
2)Percepción de Vulnerabilidad en la Salud	<b>.166**</b>	<b>.230**</b>
3)Autoimagen	<b>.429**</b>	<b>.557**</b>
4)Vulnerabilidad en Relaciones Interpersonales	<b>.219**</b>	<b>.252**</b>
5)Vulnerabilidad en Eventos Incontrolables	<b>.123**</b>	<b>.199**</b>
6)Toma de Decisiones	<b>.206**</b>	<b>.269**</b>
7)Contexto Social de Pobreza	<b>.314**</b>	<b>.407**</b>
8)Ansiedad Social	<b>.499**</b>	<b>.585**</b>

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

Una vez que se ha encontrado que sí existe relación entre las variables de estudio de esta investigación, se procede a realizar la comprobación del modelo propuesto. Los resultados se muestran a continuación

### **Fase 3. Comprobación del modelo: Predictores de la salud mental positiva y negativa de las mujeres**

Con base en el estudio anterior, se realizaron análisis factoriales de segundo orden y se determinó que las variables bienestar psicológico y salud mental positiva formarán parte de una sola variable nombrada salud mental positiva, esto debido a que se pretende evitar el efecto de acarreo, la literatura ha indicado que el bienestar psicológico es un indicador de salud mental, pues es un indicador de la relación del individuo consigo mismo y su medio, que incluye aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y el sentido de la vida (Oramas et al., 2006) y que la ansiedad y depresión formarán una sola variable nombrada salud mental negativa.

#### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la influencia de variables culturales (*normas y creencias de la felicidad*) e individuales (regulación emocional, creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad social) en la salud mental positiva (bienestar psicológico y salud mental positiva) y negativa (ansiedad y depresión) de las mujeres?

#### **Objetivo General**

Desarrollar y probar un modelo que permita explicar la salud mental positiva y negativa de las mujeres a partir de variables culturales (*normas y creencias de la felicidad*) e individuales (regulación emocional, creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad).

#### **Objetivos específicos**

1. Identificar variables predictoras de la salud mental positiva y negativa de las mujeres.
2. Comprobar el modelo propuesto sobre la salud mental positiva y negativa de las mujeres.

## Hipótesis estadísticas

### Normas y creencias de la felicidad y salud mental positiva

Ho: Las normas y creencias de la felicidad no predicen la salud mental positiva.

H1: Las normas y creencias de la felicidad predicen la salud mental positiva.

### Creencias irracionales y salud mental positiva

Ho: Las creencias irracionales no predicen negativamente la salud mental positiva.

H1: Las creencias irracionales predicen negativamente la salud mental positiva.

### Regulación emocional y salud mental positiva

Ho: La regulación emocional no predice negativamente la salud mental positiva.

H1: La regulación emocional predice negativamente la salud mental positiva.

### Percepción de vulnerabilidad y salud mental positiva

Ho: La percepción de vulnerabilidad no predice negativamente la salud mental positiva.

H1: La percepción de vulnerabilidad predice negativamente la salud mental positiva.

### Normas y creencias de la felicidad y salud mental negativa

Ho: Las normas y creencias de la felicidad no predicen la salud mental negativa.

H1: Las normas y creencias de la felicidad predicen la salud mental negativa.

### Creencias irracionales y salud mental negativa

Ho: Las creencias irracionales no predicen la salud mental negativa.

H1: Las creencias irracionales predicen la salud mental negativa.

### Desregulación emocional y salud mental negativa

Ho: La desregulación emocional no predice la salud mental negativa.

H1: La desregulación emocional predice la salud mental negativa.

### Percepción de vulnerabilidad y salud mental negativa

Ho: La percepción de vulnerabilidad no predice la salud mental negativa.

H1: La percepción de vulnerabilidad predice la salud mental negativa.

### **Definición de variables**

Las variables utilizadas en este estudio corresponden a las utilizadas en la fase anterior.

### **Participantes**

Se contó con la participación de la misma muestra que la fase anterior.

**Muestreo** no probabilístico e intencional (Kerlinger & Lee, 2000).

**Tipo de estudio:** Explicativo-correlacional-causal Transversal de campo (Kerlinger & Lee, 2000).

**Diseño:** Una muestra (Kerlinger & Lee, 2000).

**Criterio de inclusión:** Mujeres con un rango de edad entre 18 a 65 años

**Criterio de eliminación:** Mujeres que no sepan leer y escribir o que presenten limitaciones físicas para participar en el estudio y aquellas que no contesten los cuestionarios completos.

**Criterio de exclusión:** Mujeres en un tratamiento psicológico.

### **Instrumentos**

Se usaron los mismos instrumentos que en la fase anterior.

## **Análisis de Datos**

Dado que se observaron correlaciones moderadas y altas entre los factores de las escalas es posible que existan factores subyacentes a los arrojados por las validaciones iniciales, por lo que se decidió llevar a cabo un análisis factorial de segundo orden (Thompson, 2004), que permite una interpretación parsimoniosa de los resultados, evitando futuros problemas de colinealidad o multicolinealidad. Posteriormente se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple paso por paso, uno para la salud mental positiva y otro para la salud mental negativa como variables de salida, teniendo como variables de entrada las normas y creencias de la felicidad, creencias irracionales, regulación emocional y percepción de vulnerabilidad.

Para probar el modelo explicativo de la salud mental en mujeres se analizaron los datos mediante el software R 4.1.0 y con la librería “psych” y la librería Lavaan (Rosseel, 2012).

## **Resultados**

### ***Efecto de la cultura y variables individuales en la salud mental positiva***

Para conocer si la salud mental positiva está predicha por las variables individuales (creencias irracionales, regulación emocional y percepción de vulnerabilidad) y culturales (normas y creencias de la felicidad) se realizó una regresión lineal con método enter (Ver Tabla 42). Los índices de significancia muestran que las variables predicen el 58% de malestar en la salud mental positiva. En la Tabla 42 se puede observar que solo las creencias irracionales y la regulación emocional predicen negativamente a la salud mental positiva, es decir, a la presencia de estas, la salud mental positiva disminuye.



**Tabla 42***Regresión lineal simple para la variable dependiente salud mental positiva*

Modelos	F	R2	$\Delta R2$	B	Error estándar	$\beta$	p
Modelo 1	246.614 (4,693)	.589	.589				.001
Normas y Creencias Felicidad				.079	.052	.040	.132
Creencias Irracionales				<b>-.563</b>	<b>.054</b>	<b>-.388</b>	<b>.001</b>
Regulación emocional				<b>-.626</b>	<b>.048</b>	<b>-.457</b>	<b>.001</b>
Percepción de vulnerabilidad				.000	.023	.000	.987

Para conocer qué variables pueden tener más impacto en la salud mental positiva se realizó una regresión lineal por pasos. De acuerdo con el análisis, no existe impacto de las normas y creencias de la felicidad ( $B= .079$ ,  $\beta=.040$ ,  $P= .132$ ) y solo los modelos incluyen creencias irracionales ( $B= -.563$ ,  $\beta=-.388$ ,  $P= .001$ ) y regulación emocional ( $B= -.626$ ,  $\beta=.048$ ,  $P= .001$ ) en la salud mental positiva (Ver Tabla 43).

**Tabla 43***Regresión lineal por pasos para la variable dependiente salud mental positiva*

Modelos	F	R2	$\Delta R2$	B	Error estándar	$\beta$	p
Modelo 1	741.551 (1,692)	.517	.517				.001
Regulación emocional				-.984	.036	-.719	.001
Modelo 2	491.889 (2,691)	.587	.586				.001
Regulación emocional				-.629	.047	-.460	.001
Creencias irracionales				-.538	.050	-.371	.001

### *Efecto de la cultura y variables individuales en la salud mental negativa*

Para conocer la influencia de las variables individuales (creencias irracionales, regulación emocional y percepción de vulnerabilidad) y culturales (normas y creencias de la felicidad) sobre la salud mental negativa se realizó una regresión lineal con método enter donde la variable dependiente es la salud mental negativa (Ver Tabla 44). Solo las

variables creencias irracionales ( $B= .415, \beta=.325, P= .001$ ), regulación emocional ( $B=.391, \beta=.324, P= .001$ ) y percepción de vulnerabilidad ( $B= .137, \beta=.195, P= .001$ ) influyen en la salud mental negativa.

**Tabla 44**  
*Regresión lineal simple para la variable dependiente salud mental negativa*

Modelos	F	R2	$\Delta R2$	B	Error estándar	$\beta$	p
Modelo 1	188.435 (4,689)	.522	.520				.001
Normas y Creencias Felicidad				-.007	.049	-.004	.887
Creencias Irracionales				.415	.051	.325	<b>.001</b>
Regulación emocional				.391	.046	.324	<b>.001</b>
Percepción de vulnerabilidad				.137	.022	.195	<b>.001</b>

Para conocer qué variables pueden tener más impacto en la salud mental negativa se realizó una regresión lineal por pasos (Ver Tabla 45), de acuerdo con el análisis, no existe impacto de las normas y creencias de la felicidad y solo los modelos incluyen la regulación emocional y las creencias irracionales y la percepción de vulnerabilidad.

**Tabla 45**  
*Regresión lineal por pasos para la variable dependiente salud mental negativa*

Modelos	F	R2	$\Delta R2$	B	Error estándar	$\beta$	p
<b>Modelo 1</b>	506.770 (1,692)	.423	.422				.001
Creencias irracionales				.831	.037	.650	.001
<b>Modelo 2</b>	339.677 (2,691)	.496	.494				.001
Creencias irracionales				.492	.048	.385	.001
Regulación emocional				.456	.046	.378	.001
<b>Modelo 3</b>	251.597 (3,690)	.522	.520				.001
Creencias irracionales				.413	.049	.323	.001
Regulación emocional				.391	.046	.325	.001
Percepción de vulnerabilidad				.137	.022	.195	.001

*Efecto de las normas y creencias de la felicidad en las creencias irracionales*

Para conocer la influencia de las normas y creencias de la felicidad en las creencias irracionales se realizó una regresión lineal simple con método enter (Ver Tabla 46).

**Tabla 46**  
*Regresión lineal simple para la variable dependiente creencias irracionales*

Modelos	F	R2	$\Delta R2$	B	Error estándar	$\beta$	p
<b>Modelo 1</b>	116.687 (1,692)	.144	.143				.001
Creencias Irracionales				.516	.048	.380	<b>.001</b>

## Discusión Final

*“La felicidad es cuando lo que piensas, lo que dices y lo que haces están en armonía”*

**Mahatma Gandhi**

México es definido como un país con población feliz, y cómo país sabemos que carece de condiciones físicas y sociales que satisfagan completamente la vida de las personas, pese a ello, los índices de felicidad son elevados (World Happiness Report, 2022). Se puede decir que existen ciertas condiciones de la felicidad: buena salud, amor, libertad, comodidad económica, etc., que son indispensables, pero, se puede tener todas estas y aún así no ser felices; o bien, no tenerlas y aun así saberse felices, por lo que estas condiciones generales son necesarias, pero no suficientes. La felicidad está ligada a una apreciación personal, una apreciación subjetiva que varía según la condición social, el grado de cultura, la edad, etc. Decir que nuestra idea de felicidad tiene un elemento subjetivo no implica que cada uno de nosotros invente su ideal de felicidad: este ideal se construye según las formas y los criterios que son suministrados por la cultura y la sociedad: la concepción de la felicidad varía según la época y el tipo de sociedad (Margot, 2007). De este modo es que surge la inquietud por conocer cómo las creencias sobre la felicidad que tienen las mujeres pueden influir en su salud mental, ante lo cual se elabora este modelo presentado y se pone a prueba.

El objetivo principal de esta investigación fue conocer el efecto de la cultura (*normas y creencias de la felicidad*) en la *salud mental positiva (bienestar psicológico y salud mental positiva)* y *negativa (ansiedad y depresión)* de mujeres mediado por variables individuales (**regulación emocional, creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad social**). El interés surge de poder formular un modelo que pueda explicar

una parte de la salud mental y bienestar en las mujeres y sobre cómo aspectos culturales influyen tanto en ello. El primer estudio se dedicó a la preparación de los instrumentos de medición; el segundo estudio se trabajó con los datos obtenidos para relacionar variables, comparar grupos y comprobar el modelo propuesto.

Para los análisis, se ha considerado la edad y la escolaridad, ya que de acuerdo con Davidson y Thompson (1980) las experiencias de los individuos pueden verse influidos por variables sociodemográficas como éstas y otras más.

Para conocer las diferencias del bienestar psicológico y al interior de sus dimensiones, se encontró que, a mayor edad, las mujeres presentan medias más altas de bienestar psicológico en comparación con las mujeres de menor edad, el patrón es el mismo para las dimensiones de autoaceptación, dominio del entorno, crecimiento personal, autonomía, y propósito en la vida. Resultados similares fueron encontrados por García-Alandete (2013) pero no en la dimensión *relaciones positivas*, pues en este estudio los resultados indican que, el grupo de mujeres de edad media presentan mejores relaciones positivas que las mujeres jóvenes, mientras que García-Alandete (2013) no encontró diferencias, mientras que Ryff y Keyes (1995), indican que las personas mayores presentan mejores relaciones positivas. Ryff (1989: 1991) también presenta datos sobre que las puntuaciones de dominio del entorno aumentan con la edad, igualmente para las dimensiones de dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Parece que las dimensiones del bienestar psicológico siguen diferentes trayectorias evolutivas. De acuerdo con la literatura, las relaciones positivas con otros y la autoaceptación se muestran estables a lo largo del desarrollo, las dimensiones de dominio del entorno y la autonomía se incrementan al superar la juventud para estabilizarse en el envejecimiento, y las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal presentan un descenso a lo largo del ciclo vital, siendo este más acusado de la mediana edad a la ancianidad (Mayordomo et al., 2016). Los cambios evolutivos en la adultez parecen ser que producen un cambio en la noción de bienestar psicológico de la persona (Triadó et al., 2005). Estos

cambios pueden verse atenuados por el proceso de adaptación, entendido como la eficacia de la persona para modificar su funcionamiento de manera que logre un envejecimiento positivo. Es por ello por lo que, se puede observar un aumento en el bienestar psicológico de las mujeres conforme avanzan en la edad.

En esta investigación se consideró importante considerar una descripción acorde a la escolaridad de las mujeres, ya que México se caracteriza por tener una población donde predominantemente la educación es baja (promedio 8.6, que equivale a segundo de secundaria; Díaz-Loving et al., 2015), además de que se cree que tener acceso a la educación puede proporcionar aprendizajes, herramientas y estrategias cognitivas para afrontar los acontecimientos de la vida, por lo que se consideraron dos grupos acorde al nivel de estudios, considerando como baja escolaridad a aquellas mujeres sin estudios, con primaria, secundaria o preparatoria terminada, y como alta escolaridad se consideró a las mujeres que presentaban estudios de licenciatura y posgrado. Se encontró que las mujeres con alta escolaridad presentan una media más alta en bienestar psicológico que las mujeres de baja escolaridad, esto se repite en cada una de sus dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Lo que permite interpretar que efectivamente las mujeres con educación cuentan con más recursos cognitivos que permiten afrontar diferente los acontecimientos de la vida, lo que favorece su bienestar psicológico.

Otra de las variables de salud importantes fue la salud mental positiva, se encontró que, las mujeres con un rango de edad de 30 a 60 años en comparación con las mujeres de 18 a 34 años presentan medias más altas de salud mental positiva, lo mismo se observó al interior de las dimensiones bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales, empatía y sensibilidad social, bienestar físico, autorreflexión y malestar psicológico, mostrando diferencias estadísticamente significativas. Parece ser que las mujeres conforme van creciendo van aprendiendo de sí mismas, se van aceptando, reconocen sus limitaciones y sus fortalezas, comienza a desarrollar su sentido de

pertenencia y da mayor significado a la vida, con ideales metas y aspiraciones que dan dirección y mayor crecimiento personal. Conforme se crece, la mujer va adquiriendo autonomía, es decir, no depende fundamentalmente del mundo y los demás, lo que permite dar cuenta, del grado en que las mujeres han logrado autodirigir sus acciones, es un proceso de regulación interna que favorece el crecimiento personal independiente. Sin embargo, también es capaz de entender el valor de las demás personas, así desarrolla la capacidad y la habilidad para entender e interpretar correctamente las actitudes y sentimientos de los demás, y así anticipar y predecir el comportamiento de las demás personas con las que interactúa, se adapta y ajusta con mayor facilidad (Lluch, 1999).

Al igual que con la variable de bienestar psicológico, para la salud mental positiva se deseaba conocer si se existían diferencias con la escolaridad, de acuerdo con los datos obtenidos sí existen diferencias significativas en la salud mental positiva reportada por las mujeres dependiendo de su escolaridad, se encontró que las mujeres con alta escolaridad presentan una media más alta en salud mental positiva que las mujeres de baja escolaridad para las dimensiones de propósito en la vida, empatía habilidad social, bienestar físico, auto reflexión y relaciones positivas. De acuerdo con esto, parece ser que una mujer con estudios más altos presenta una mayor habilidad de establecer relaciones interpersonales, se puede inferir que las mujeres tienen mayor facilidad de interactuar con los demás, como lo reportan González et al. (2013) y Lluch- Canut, et al. (2013). Por consiguiente, esto puede deberse a que en la cultura mexicana describen a las mujeres como dependientes afectivas y que cuidan a los demás (Díaz-Loving et al., 2015); por lo tanto, es de suponer que ellas establecerán una mayor cantidad de relaciones interpersonales, y la diferencia con la escolaridad, ha de suponer, que la educación brinda mayores estrategias para interactuar con el entorno.

Con relación al ingreso económico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en la salud mental positiva como en el bienestar psicológico, siendo las mujeres que presentan ingresos más altos quienes tienen una media más alta que las de

ingresos más bajos y, por el contrario, estas mujeres con ingresos más bajos son las que presentan medias más altas para síntomas de ansiedad y depresión. Esto se explica debido a que, al tener mejores ingresos, muy probablemente las personas tienen acceso a ciertas condiciones de vida necesarias para que puedan vivir en paz y de forma digna, esto a partir del acceso a bienes y servicios públicos como salud, educación, seguridad, drenaje, recreación, entre muchos otros (Gómez-Álvarez & Ortiz-Ortega, 2016). Asegurar que las personas tengan las mismas oportunidades, también es responsabilidad del Estado. Sin embargo, esto pudiera llevar a concluir que ¿sólo si se tiene dinero se puede tener felicidad o bienestar o salud? Algunos teóricos han demostrado que algunas sociedades obtienen mayor bienestar con menos recursos y ciertos tipos de consumo no producen alegría o satisfacción. Al parecer la cultura del materialismo es lo que afecta, y muestra una división entre las personas, unas son las que dan mayor importancia al materialismo, a las motivaciones extrínsecas como el dinero o a alguna actividad y otras, las que dan importancia a las motivaciones intrínsecas tal como lo es la amistad, la solidaridad, el sentido cívico y motivaciones similares. Se dice que los individuos que adoptan objetivos como el dinero, el consumo y el éxito están menos satisfechos con sus vidas, menos felices y experimentan emociones positivas (como alegría y satisfacción) con menor frecuencia. Ellos viven con mayor estrés, y con una mayor posibilidad de padecer alguna enfermedad mental como la ansiedad y depresión, en esta investigación se encontró algo contrario, las mujeres que cuentan con menos recursos son las que presentan menor bienestar psicológico y menor salud mental, y por el contrario, más ansiedad y depresión (Bartolini, 2016), sin embargo, estos resultados podrían deberse a otras variables y no solo por contar o no con un ingreso alto, ya que otros estudios han reportado, que las personas con mayores ingresos o las personas ricas no son mucho más felices que las personas con ingresos medios, y que en realidad el materialismo no sólo no produce felicidad o bienestar, sino que está demostrado que es un factor que permite predecir la infelicidad, además tienen más probabilidades de sentir angustia e ira todos los días (Lyubomirsky, 2008).



Con relación a la edad, el grupo de mujeres jóvenes (18 a 34 años) presentan una media más alta que las mujeres adultas (34 a 60 años) en ansiedad y depresión, es decir, las mujeres jóvenes presentan más síntomas somáticos y síntomas subjetivos de la ansiedad y más síntomas cognitivos de la depresión que las de mayor edad. ¿por qué las mujeres jóvenes tienden a presentar más malestar? Bartolini (2016) plantea que la evolución de las sociedades juega un papel importante en relación con los problemas que invaden las relaciones y el bienestar de los adultos y especialmente en los niños y adolescentes. La sociedad ha llevado a limitar cada vez más el contacto físico entre las personas, el uso de la tecnología limita las relaciones interpersonales, la publicidad que presenta un efecto negativo en los más jóvenes, la escuela que se desarrolla en culturas donde el estrés está presente, además de que la vida llena de un sistema capitalista promueve el consumismo y presenta estereotipos que alcanzar, en el cual, los más jóvenes resultan más vulnerables a este bombardeo, por lo tanto, cada vez más presentan más síntomas de ansiedad y depresión.

Con relación a la escolaridad, las mujeres con baja escolaridad presentan una media más alta que los de alta escolaridad con respecto a la ansiedad y depresión (síntomas somáticos de la ansiedad y síntomas cognitivo afectivo y somático de la depresión). Se cree que las personas con baja escolaridad generalmente pueden tener menos recursos económicos, lo que lleva a inferir, que posiblemente las dificultades económicas y las limitaciones a raíz de esto sea lo que lleve a generar mayores estados de estrés, y no en si al hecho de haber estudiado o no.

Al considerar las relaciones entre las variables independientes y dependientes de salud, se encontró que la Salud Mental Positiva y el bienestar psicológico están negativamente relacionados con las normas y creencias de la felicidad, con creencias irracionales, desregulación emocional y con percepción de vulnerabilidad. Por lo que se puede observar, existe una relación negativa hacia con las emociones y creencias de las personas, por lo tanto, en la forma en que se desenvuelven. La autora Sonja Lyubomisky

(2008) ha estudiado la parte en la que la felicidad o el bienestar (y por lo tanto la salud) y plantea que esta se ve limitada por las creencias acerca de lo que nos hará felices las cuales en realidad son erróneas, aunque las hayamos adquirido a base de repeticiones, nos hayan convencido nuestros compañeros y nuestras familias y los modelos de rol, y hayan sido reforzadas por las historias y las imágenes omnipresentes en nuestra cultura. Si reflexionamos un poco, estas creencias están inmersas en nuestros esquemas, convirtiéndose en creencias irracionales sobre la forma en la que nos desenvolvemos, en la forma en la que expresamos y regulamos nuestras emociones, y, en la manera en la que nos percibimos vulnerables al entorno, lo que explica la relación encontrada en esta investigación, por lo tanto, presentar estas creencias pues afectará la relación con la salud de las personas negativamente. Si existe una relación negativa con la buena salud mental, es de suponer que existiría una relación positiva de las creencias irracionales, la desregulación emocional y la percepción de vulnerabilidad con la Ansiedad y Depresión, y una relación negativa de estas últimas con las normas y creencias de la felicidad.

Con relación a los análisis realizados en torno a las asociaciones encontradas entre las variables, para de salida se tiene el bienestar psicológico, la literatura reporta que bienestar psicológico muestra una relación positiva con la salud general, con la negociación emocional y cognitiva (Díaz, Estevez, Momene & Linares, 2018). Dentro de las relaciones negativas del bienestar se encuentran bajos niveles de claridad y regulación emocional, bajos niveles de satisfacción con la vida y altos niveles de ansiedad y depresión (Gómez-Romero, Limonero, Trallero, Montes-Hidalgo & Tomas-Sábado, 2018). De acuerdo con estos resultados, en esta investigación, efectivamente se encuentran correlaciones positivas entre las dimensiones de la variable de salud mental positiva y las dimensiones del bienestar psicológico, inclusive, comparten algunas las características de algunas dimensiones como dominio del entorno, por lo que se decide realizar a estas variables un análisis factorial de segundo orden, de modo que se puedan convertir en una variable de salud positiva. Otra de las relaciones que se confirman en este estudio de acuerdo con lo

reportado por Gómez-Romero, Limonero, Trallero, Montes-Hidalgo y Tomas-Sábado (2018) son las correlaciones negativas entre el bienestar psicológico y la regulación emocional, así como con la ansiedad y la depresión.

Se encontró que sí existe relación estadísticamente significativa entre las normas y creencias de la felicidad y el bienestar psicológico. Según Csikszentmihalyi (2007), cada vida cotidiana viene definida no sólo por lo que hacemos sino también por lo que somos. Nuestras acciones y sentimientos siempre estarán influenciados por otras personas, y las culturas se diferencian según el grado de influencia que los demás ejercen sobre las personas, por ello, la dirección de las relaciones que se tienen de estas relaciones depende de las dimensiones de la variable de normas y creencias de la felicidad, ya que, parece que las creencias de la felicidad se relacionan positivamente con el bienestar psicológico, y es que la felicidad constituye el prototipo de las emociones positivas, y se traduce en la creencia de que todo lo que hacemos tiene por objeto, alcanzar la felicidad. En realidad, no buscamos la riqueza, la salud, o la fama por sí mismas, las queremos porque esperamos que nos hagan felices.

Las creencias de la infelicidad se relacionan negativamente con el bienestar psicológico, dentro de las creencias de la felicidad se esconde una creencia muy seria y bastante común: que una vida feliz se compone de un interminable flujo de emociones positivas y que una persona que experimente envidia o rabia, decepción o tristeza, miedo o ansiedad no puede ser realmente feliz, como si existiera un miedo al fracaso, y es que a nadie le gusta fracasar, pero hay una diferencia entre una versión normal al fracaso y un temor intenso (Ben-Shahar, 2013). La versión normal nos empuja a tomar precauciones necesarias y esforzarnos para el éxito. por el contrario, un miedo muy intenso al fracaso puede ser perjudicial, provocando un rechazo tan drástico al fracaso que no permite correr los riesgos necesarios para el crecimiento y el desarrollo personal. este temor no sólo compromete el rendimiento, sino que pone en peligro el bienestar psicológico. para vivir una vida plena y gratificante -una vida feliz- Ben Shahr, plantea que tenemos que

permitirnos experimentar toda la gama de emociones humanas, es decir concedernos el permiso para ser humanos.

Las creencias de género se relacionan negativamente con el bienestar psicológico, por muy claros que se haya sido para evitar los estereotipos de género, están muy lejos de haber desaparecido, siguen existiendo diferencias en los empleos que hombres y mujeres tienen, la definición de la autoimagen de cada sexo depende mucho de la familia y la sociedad, y el cuidado y la responsabilidad hacia con la familia y los hijos también es distinta, y se refleja en la carga que las mujeres pueden tener en el hogar, que sin duda muestra relación con el bienestar psicológico de ellas, pues existen estudios como el realizado por Reed Larson, quien descubrió que las mujeres mostraban tener emociones relativamente más positivas que los hombres cuando hacían trabajos administrativos, informáticos o comerciales, tenían reuniones empresariales, etc. La única forma en que las mujeres vivían de una menos positiva que los hombres era cuando realizaban en casa en proyectos llevados desde la oficina, sin duda porque en esas situaciones se sentían responsables también de las tareas domésticas, además de las relacionadas con el trabajo. El doble desafío que imponen una familia y una profesión puede ser una pesada carga para la autoestima femenina (Csikszentmihalyi, 2007).

Las creencias de familia se relacionan a la autoaceptación y al propósito en la vida, la familia se encuentra en el punto medio de las situaciones que contribuyen a la felicidad, los padres cuando están con sus hijos, con su familia, afirman generalmente tener estados anímicos más positivos (Csikszentmihalyi, 2007).

Las normas de capacidad de logro se relacionan con la autoaceptación, al crecimiento personal y propósito en la vida. Lo que permite intentar cosas actividades y aventuras nuevas, se desarrollan nuevas actitudes ideas y valores que permiten experimentar el estado de fluidez que se produce con la interacción óptima (Csikszentmihalyi, 2007).

Mientras que las normas de la maternidad reducen las relaciones positivas, pues su rol se basa en su capacidad para crear un entorno físico y emocional apropiado para la crianza de los hijos y el bienestar de los adultos, por lo que dista lejos de mantenerse activas en un rol social amistoso. En un estudio sobre madres con hijos pequeños que trabajaban a tiempo completo, a tiempo parcial, o sólo algunas horas a la semana, Anne Wells descubrió que los niveles más altos de autoestima los tenían las mujeres que trabajaban menos, y los niveles más bajos aquellos que trabajaban más, y esto a pesar del hecho de que todas las mujeres disfrutaban trabajando fuera de casa por un salario más de los que disfrutaban trabajando en casa. las mujeres que trabajan en una profesión a tiempo completo y que tienen una familia propia pueden disfrutar de una autoestima más baja, no porque hagan menos, sino porque esperan dar más de sí mismas de lo que es posible (Csikszentmihalyi, 2007).

Se encontró que las creencias irracionales se relacionan negativamente con el bienestar psicológico, por lo que presentar creencias irracionales como pensamientos de tipo ansioso, buscar aprobación social, evitación responsabilidades, determinarse por el pasado y generar alto autocontrol disminuye el bienestar psicológico, generando menor autoaceptación, menos relaciones positivas, menos autonomía, menor dominio del entorno, menor crecimiento personal y menor propósito en la vida.

Se encontró que el bienestar psicológico y la desregulación emocional se relacionan negativamente. Parece que cuando las mujeres manifiestan rechazo emocional, descontrol emocional, interferencia emocional, desatención emocional y confusión emocional su bienestar psicológico disminuye, presentando menor autoaceptación, menos relaciones positivas, menos autonomía, menor dominio del entorno, menor crecimiento personal y menor propósito en la vida.

Se encontró que sí existe relación negativa entre la percepción de la vulnerabilidad y el bienestar psicológico, por lo que percibirse vulnerables en un contexto social o de

amenaza, en la salud, en la autoimagen, en las relaciones interpersonales, ante eventos incontrolables, en la toma de decisiones, en un contexto social de pobreza, o en ansiedad social disminuye su auto aceptación, su autonomía, y su propósito en la vida, ya que todas las dimensiones están relacionadas negativamente siendo esta relación estadísticamente significativa.

Con referencia a la relación entre normas y creencias de la felicidad con la salud mental positiva, se encontró existe relación estadísticamente significativa. Al interior de las dimensiones de las normas y creencias de la felicidad, se encontró que las normas de la maternidad sí mostraron relación estadísticamente significativa con las dimensiones de bienestar cognitivo emocional y habilidades sociales, sin embargo, la relación es muy baja. Las creencias de la familia correlacionaron de manera positiva con una baja fuerza con bienestar cognitivo emocional, habilidades sociales y empatía y sensibilidad social, aunque, también las relaciones son muy bajas. Se encontraron relaciones bajas negativas estadísticamente significativas entre las creencias de la infelicidad y las creencias de género con el bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales, empatía y sensibilidad social, bienestar físico, autorreflexión y malestar psicológico. La dimensión de creencias de la felicidad correlacionó positivamente con las dimensiones de la salud mental positiva.

Se encontró que sí existe relación negativa estadísticamente significativa entre la salud mental positiva y las creencias irracionales, encontrando que cuando presentan ideas de tipo ansioso, aprobación social, evitación de responsabilidades, determinismo del pasado y autocontrol, su salud mental positiva disminuye, bajando así su bienestar cognitivo emocional, su dominio del entorno, sus habilidades sociales y empatía y sensibilidad social disminuyen, su bienestar físico, autorreflexión y malestar psicológico

Para conocer si existe relación entre la salud mental positiva con la desregulación emocional, se encontró que sí existe relación negativa estadísticamente significativa. El

rechazo, descontrol, interferencia, desatención y confusión emocional se relacionan negativamente con el bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, habilidades sociales, empatía y sensibilidad social, bienestar físico, autorreflexión y malestar psicológico.

Para conocer si existe relación entre la salud mental positiva y la percepción de vulnerabilidad se encontró que sí existe una relación negativa estadísticamente significativa, cuando las mujeres se perciben vulnerables disminuye su salud mental positiva. Cuando se perciben vulnerables en autoimagen, en sus relaciones interpersonales, existe un contexto social de pobreza o presentan ansiedad social, disminuye su bienestar cognitivo emocional, su dominio del entorno, sus habilidades sociales, disminuye su sensibilidad social, su bienestar físico, su autorreflexión y su malestar físico. Percibir un contexto social amenazante se relaciona con la disminución en su bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, en habilidades sociales, en su empatía y sensibilidad social y en su malestar físico. Su percepción de vulnerabilidad de salud se relaciona con casi todas las dimensiones de salud mental positiva a excepción de la autorreflexión. Vulnerabilidad a eventos incontrolables se relaciona negativamente solo con bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno, bienestar físico y malestar psicológico. Mientras que toma de decisiones se relaciona con casi todas las dimensiones de salud mental positiva a excepción e autorreflexión.

Para conocer si existe relación entre las normas y creencias de la felicidad con los trastornos de ansiedad y depresión Las relaciones fueron: relación positiva estadísticamente significativa entre las dimensiones de creencias de la infelicidad y las creencias de género con la ansiedad y depresión, mientras que existe una relación negativa estadísticamente significativa entre las creencias de la felicidad con la ansiedad y depresión.

Se encontró que las creencias irracionales están relacionadas positivamente con los trastornos de ansiedad y depresión, se encontró relación entre las dimensiones de ansiedad,

aprobación social, evitación de responsabilidades, determinismo del pasado y autocontrol con la ansiedad y la depresión. Esta relación es importante, pues se relaciona con el siguiente hallazgo: se encontró que sí existe relación positiva estadísticamente significativa entre las dimensiones de la desregulación emocional (rechazo emocional descontrol emocional, interferencia emocional, desatención y confusión emocionales) con la ansiedad y depresión. Desde muy pronto aprendemos a controlar nuestras emociones en público, lo cual es necesario para sobrevivir pero, suprimir nuestros sentimientos también provoca efectos secundarios. Si bien a veces resulta necesario disimular ciertas emociones, lo cierto es que puede ser perjudicial intentar mantenerlas fuera de la mente cuando estamos solos. la tendencia a evitar pensar en temas traumáticos o que producen ansiedad puede provocar el regreso de esos temas a la mente, activando así un ciclo que puede perpetuar desórdenes de la ansiedad, o bien, niveles altos de supresión de pensamientos depresivos se asocian a un empeoramiento de los síntomas depresivos. en lugar de intentar suprimir o evitar ciertos pensamientos, superar la ansiedad y la depresión puede resultar mucho más efectivo aceptar y expresar los pensamientos no deseados. cuando se niegan las emociones, no sólo negarse a expresarlas sino también experimentarlas, estas se intensifican, justo lo contrario de lo que se quiere, y los estados de ansiedad y depresión pueden ser más intensos (Ben-Shahar, 2013).

Las experiencias de la infancia nos enseñan a suprimir las emociones y a ocultar el dolor, vivimos en una sociedad que rechaza el fracaso en el mundo de las emociones, en lo que el perfeccionista percibe como fracaso emocional. una persona perfeccionista tiene una visión muy rígida de cómo debería ser su vida (y la de los demás) y como rechaza cualquier desviación inaceptable de ese ideal. En el ámbito del rendimiento, del éxito personal o profesional, el ideal del profesionista se resume en una trayectoria directa hacia el éxito. En el ámbito de las emociones, el ideal del perfeccionista es una vida que comprenda una cadena perfecta de sentimientos positivos, aunque en muchos casos algunos profesionistas perciben una vida atormentada como la ideal: el alma torturada, el artista que sufre, el



marginado atribulado, la víctima engañada etcétera, para estos últimos el paradigma al que aspira ya sea de forma consciente o inconsciente, es una vida que comprende una cadena perfecta de emociones negativas, y rechazamos cualquier emoción positiva que puedan sentir. No obstante, independientemente de que su aspiración sea una cadena perfecta de emociones positivas o negativas, el perfeccionista rechaza todas las desviaciones del estado emocional que ha reivindicado como suyo. Contrario al perfeccionista, una persona optimista ve la vida de tal modo como es: fluida, cambiante y dinámica. Del mismo modo que acepta el fracaso como una parte de la experiencia humana, acepta emociones desagradables (y agradables) como una consecuencia inevitable de estar vivo, se muestra abierto a lo que el mundo le ofrece y es capaz de aceptar la vida y toda la variedad de experiencias y emociones que ésta le brinda. Por lo tanto, cuenta con más probabilidades que el perfeccionista de experimentar emociones y expresarlas (llorando cuando tiene necesidad de hacerlo, compartiendo sus sentimientos con sus amigos o escribiendo sobre sus sentimientos en su diario, cuestiones que fortalecen su salud mental positiva y su bienestar psicológico. De modo que se comprenden las relaciones encontradas anteriormente.

Para conocer si existe relación entre la percepción de vulnerabilidad con los trastornos de ansiedad y depresión se encontró que sí existe relación positiva estadísticamente significativa. Los resultados indican que cuando las mujeres se perciben vulnerables y ven su contexto amenazante, o perciben vulnerabilidad en su salud, en su autoimagen, en sus relaciones interpersonales, o se enfrentan a eventos incontrolables y toma de decisiones o pobreza, o presentan ansiedad social, se puede relacionar con ansiedad y depresión. Ante las problemáticas entre las que las mujeres se perciben vulnerables, no se puede dejar de hablar de algunas variables más que podrían explicar por qué las mujeres se perciben así, y es que para una parte importante de la sociedad mexicana existen brechas que remarcan la desigualdad social que existe en nuestro país, en donde la pobreza y la discriminación son problemas que se encuentran asociados. A la falta de

recursos se suman, como motivos para la discriminación, otros atributos que son parte de las características intrínsecas de las personas, y forman un cúmulo de desventajas innecesarias que tienden a reforzar los patrones de desigualdad presentes. La victimización que se puede vivir en diferentes ámbitos sociales e institucionales arroja pistas sobre los actos discriminatorios que inciden en aspectos del desarrollo humano entre personas pobres y no pobres. Las mayores tasas de discriminación, por encima del promedio, se han dado el ámbito laboral en forma de maltratos y pagos inferiores a lo justo, en el acceso a servicios de salud y otros programas sociales, así como por medio de amenazas o ataques en la vía pública y por el trato en las relaciones interpersonales que lesiona la autoestima de las personas. Si bien la discriminación no sólo se practica en condiciones de pobreza, se combinan ambos fenómenos sus efectos tienden a escalar las desigualdades, y hacen más difícil que las personas desarrollen capacidades y accedan o aprovechen las oportunidades, y que lleven una vida libre de violencia, rechazo y menosprecio. Los resultados de este estudio muestran que en México la discriminación y la pobreza mantienen una relación estrecha, cuya cercanía se acrecienta dentro de algunos grupos sociales que son más vulnerables y que han sido históricamente vulnerados (Ordoñez-Barba, 2018). Entonces, las mujeres forman parte de los grupos que han sido vulnerables históricamente, presentan cierta vulnerabilidad también a padecer más trastornos afectivos o del estado de ánimo también, por lo que la relación entre vulnerabilidad y ansiedad y depresión, cobra total sentido. Pues percibirse en riesgo afecta negativamente su estado mental, lo que propicia la aparición de estados mentales negativos, donde la interacción de los pensamientos, los miedos, las expectativas resaltan el riesgo de su integridad.

Con relación al modelo planteado, y una vez de unir las variables, los análisis realizados para conocer si la salud mental positiva está predicha por las variables individuales (creencias irracionales, regulación emocional y percepción de vulnerabilidad) y culturales (normas y creencias de la felicidad) se encontró que las variables predicen el 58% de malestar en la salud mental positiva. Se pudo observar que solo las creencias

irracionales y la regulación emocional predicen negativamente a la salud mental positiva, es decir, cuando las mujeres presentan sesgos en su pensamiento y presentan dificultades en su regulación emocional, su salud mental se ve afectada negativamente.

De acuerdo con los análisis realizados en este estudio, no existe impacto de las normas y creencias de la felicidad en la salud mental y el bienestar, y solo los modelos incluyen la regulación emocional y las creencias irracionales. Este es un dato interesante que requiere replantearse, pues existen argumentos por parte de algunos investigadores como Oishi (2010, como se cita en Mathews, 2016) quien ha demostrado una aguda perspicacia sobre variaciones culturales en la concepción de bienestar. Él y otros investigadores como Helliwell (2012, 2013), Veenhoven (2010) y Frey (2008) se han vuelto cada vez más conscientes del efecto de las diferencias socioculturales sobre la percepción de bienestar y felicidad. Sin embargo, al respecto Mathews (2016) refiere que estos autores pese a ser pioneros en los estudios de la felicidad, sugiere que las dificultades que observan con relación a la cultura y el bienestar se deben a las mediciones estadísticas que han considerado, pues hay que ir más allá de ellas. Posiblemente en esta investigación, sea necesario pulir el instrumento de normas y creencias de la felicidad, de manera que pueda ser más sensible a la medición de las premisas que tratan sobre la forma de alcanzar la felicidad en las mujeres. Lyubomirsky (2014) por su parte, en sus estudios sobre la felicidad ha propuesto la existencia de algunos mitos que giran en torno a ella, esto es, que existen creencias en que ciertos logros de la vida adulta (matrimonio, hijos, trabajo, riqueza) nos harán felices para siempre, y que de ciertos fracasos o adversidades en el mismo periodo de la vida (problemas de salud, falta de pareja estable, escasez de dinero) nos harán eternamente infelices. Esta explicación reduccionista de la felicidad está reducida por la cultura y se mantiene vigente, a pesar de la evidencia de que nuestro bienestar no actúa así.

De acuerdo con los análisis de este estudio, no existe impacto de las normas y creencias de la felicidad en la salud mental y el bienestar psicológico (salud mental

positiva), y tampoco en la ansiedad y depresión (salud mental negativa). Solo los modelos incluyen la regulación emocional, las creencias irracionales y la percepción de vulnerabilidad. Y esto puede deberse a que cada vez más, las mujeres presentan un desapego por las premisas socio histórico culturales de la familia de la que Díaz Guerrero (1974; 2013) ya ha estudiado desde hacía varias décadas, en las que sobre salta el dominio y la autoridad del hombre y la sumisión y abnegación de las mujeres. Cada vez más las mujeres son agentes activos de sus propias decisiones y los caminos que las llevan a adquirir su propia felicidad, y la variable que se ha integrado como normas y creencias, presenta esos mandados y creencias culturales que pueden ser más rígidos y estereotípicos que no permiten el completo desarrollo de las mujeres en sociedad para alcanzar su bienestar óptimo y propia salud mental. Los modelos ajustan de mejor manera cuando las variables de salida de salud se presentan por separado que en conjunto, por lo que se presentan dos modelos, uno de salud mental positiva, donde las creencias irracionales y la desregulación emocional afectan negativamente a la salud mental positiva y al bienestar psicológico. Encontrando relaciones entre estas variables. Y otro modelo de salud mental negativa, donde la percepción de vulnerabilidad, las creencias irracionales y la desregulación emocional predicen la ansiedad y depresión.

De acuerdo con el modelo propuesto, se puede concluir que las mujeres con pensamientos de tipo perfeccionista corren el riesgo de sufrir depresiones como cualquier otra persona, hecho poco sorprendente si se considera que entre las causas de la depresión se incluyen la búsqueda de defectos, la mentalidad del todo o nada y la obsesión por el objetivo sin disfrutar absolutamente del trayecto hasta dicho objetivo. Gran parte de la vida consiste en recorrer un camino, sí lo único que conseguimos en el viaje se resumen en infelicidad y dolor entonces nuestra vida en general resultará infeliz y dolorosa. Puesto que el perfeccionista encuentra defectos en todas partes, las circunstancias reales de su vida importan muy poco porque hará todo lo posible por encontrar algún inconveniente, lo magnificará desproporcionadamente y arruinará cualquier posibilidad de disfrutar lo que

posee o realiza. El perfeccionismo no sólo causa desórdenes de depresión, también de ansiedad, puesto que la mentalidad de todo o nada no distingue pequeños fracasos, prácticamente cualquier situación tiene el potencial de ser catastrófica y es algo que el perfeccionista siempre teme. La mentalidad rígida e inflexible de los perfeccionistas causa ansiedad y depresión, y en esta sociedad continuamente cambiante se anuncian y promueven nuevas formas de hacer y de ser, que básicamente la vida se vuelve impredecible. Se explica así cómo es que las variables resultantes en este modelo como desregulación emocional creencias irracionales y percepción de vulnerabilidad explican a la ansiedad y a la depresión.

Por otro lado, si una mujer o cualquier otra persona se muestra optimista (Gaibor-González & Moreta-Herrera, 2020) evidentemente también experimentará momentos de tristeza, pero afrontará las experiencias comprometidas de manera diferente, ya que es capaz de adoptar una perspectiva de superación de los problemas, y en la mayor parte de sus experiencias de vida mantiene un estado positivo, esto no significa que su vida esté exenta de altibajos, experimentará abatimiento y frustración, pero su vida no se pone en riesgo por el miedo constante al fracaso o el impacto magnificado del propio fracaso, presentando herramientas necesarias que le permitan cuidar y favorecer sus estados de bienestar óptimo y salud mental (Ben-Shahar, 2013). Seligman (2018) plantea que la vida pone los mismos problemas para pesimistas y optimistas, pero el optimista los resiste mejor, ya que cuenta con estrategias y conductas diferentes que favorecen su bienestar psicológico, encontrando que el mantenimiento de rutinas de sueño, alimentación y ejercicio (López-Walle et al., 2020) contribuirán al mantenimiento del bienestar y alcanzar niveles altos de felicidad.

Algunas de las dificultades que en esta investigación se plantean en torno a lo que influye en el bienestar, felicidad y salud mental de las mujeres, radica en las creencias que se van consolidando a lo largo de nuestra historia de vida, y es que la cultura presenta

diferentes formas acerca de cómo se debe vivir la vida, lo cual, evidentemente influirá en las emociones que se generan cuando la vida no lleva ese curso ideal.

Toribio-Caballero et al (2020) reportaron que la aceptación de las normas femeninas se han relacionado con mayor presencia de enfermedades crónicas, la identificación de estas normas de género y la salud podría contribuir a cambiar esas problemáticas utilizando técnicas cognitivas. Por lo que, al estudiar no solo el sexo como variable, sino también el género como dimensión sociocultural mediadora de la enfermedad puede contribuir a generar más evidencia de la influencia que estos tienen en la salud mental, y con ello, ampliar la etiología de los trastornos, ya que hombres y mujeres enferman diferente, y la biología no lo explica lo suficiente. Dar peso a las variables socioculturales es crucial para identificar los factores de una enfermedad, lo que permitirá tener intervenciones efectivas y eficaces.

Existe una diferencia en la prevalencia de trastornos mentales diferente en hombres y mujeres, y esto debido a que los roles sociales son diferentes para cada sexo, Toribio-Caballero et al. (2022), plantean que alejarse de los ideales de género puede ser estresante tanto para las mujeres como para los hombres (si no se cumplen los ideales de género, es más difícil tener una buena representación externa de la autoestima). Existen normas y estándares sociales que guían y restringen los comportamientos, sin embargo, esto tiene consecuencias más negativas en las mujeres, que impactan directamente en la salud mental y en la presencia de problemas psicológicos como ansiedad, depresión, estrés.

Estas variables clínicas como la ansiedad y el estrés, se presentan con mayor prevalencia en las mujeres, son vistos como problemas internalizados que se acompañan de mayores niveles de estrés social: estatus económico más bajo, mayor vulnerabilidad a experimentar abusos (abuso sexual y violencia machista) en comparación con los hombres tanto en la infancia como en la edad adulta (OMS, 2018). Coincide con los estudios realizados por Pérez y Sierra (1997, como se cita en Toribio-Caballero et al., 2022) que

encontraron que las mujeres con puntajes más altos de feminidad también tenían niveles más altos de ansiedad y, en general, los rasgos femeninos dificultan el bienestar psicológico de las mujeres, ya que están relacionados con la pasividad, la dependencia, la falta de asertividad y la baja autoestima, autoestima, que a su vez se vinculan con síntomas ansiosos y depresivos.

Se han presentado algunas ideas aquí acerca de la forma en que se generan normas y creencias de la felicidad en las mujeres, y no están muy alejadas de lo que Lyubomirsky plantea en los mitos sobre la felicidad, y menciona que creer en ellos, no es algo inocuo, nuestras falsas expectativas y errores no solo convierten hoy las transiciones vitales previsible hoy en verdaderos momentos de crisis, sino que, lo que es aún peor, nos lleva a tomar malas decisiones y deterioran nuestra salud mental. Si estamos convencidos, por ejemplo, que cierta clase de matrimonio, hoy trabajo y prosperidad nos haría felices (y no resulta así), entonces malinterpretar el poder de la adaptación hedonista puede impulsarnos a desechar matrimonios y trabajos excelentes o renunciar a nuestras pertenencias terrenales para simplificar nuestras vidas. Si estamos seguros de que el divorcio, la soltería o la vejez nos harán desgraciados para siempre, entonces no reconocer el poder de la resiliencia y las recompensas de la soltería y el envejecimiento quizá nos conduzca a seguir un mal matrimonio, conformarnos con una pareja sentimental mediocre o someternos a una cirugía estética y necesaria. Es sumamente dañino hundirnos en los mitos de la felicidad por alcanzar bienestar emocional. Al no comprender de dónde vienen nuestras crisis por alcanzar la felicidad, es posible que se presenta en crisis de depresión, angustia, frustración y surjan eventos de inseguridad, en ocasiones puede ser tan fuerte la exigencia hacia hoy las metas que nos obligamos a alcanzar, que incluso el suicidio puede ser un recurso cuando percibimos que la vida no tiene sentido.

Darse cuenta de la influencia de las normas y creencias asociadas al sexo y al género permitiría reducir problemas (Matud & Aguilera, 2009, como se cita en Toribio-Caballero et al., 2022), pero para cambiarlos se requiere hacer conciencia de ellos, lo que

explicaría porqué la escala de normas y creencias de la felicidad no fue tan sensible de medirlos. Adoptar un enfoque con perspectiva de género y señalar los factores socioculturales como determinantes, con las implicaciones que ello conlleva, puede ayudar a 'des psicopatologizar' los trastornos que experimentan las mujeres y a diseñar intervenciones que promuevan conductas más saludables. También el intervenir desde la modificación de estos sesgos cognitivos que pueden generar creencias irracionales o distorsiones cognitivas ayuda a reestructurar los pensamientos que han sido rumiantes y que se enfocan en el malestar y situaciones negativas permite generar comportamientos más adaptativos y con mejor solución de problemas y control de los problemas. Técnicas como de mindfulness y técnicas cognitivo conductuales han mostrado evidencia de reducir los pensamientos repetitivos, por lo que trabajar en esta variable permite intervenir problemas como la ansiedad y la depresión (Alberto-Toro et al., 2021).

Para cuidar la salud mental es importante analizar cómo estamos viviendo la felicidad, dónde se puede encontrar y dónde no. Es importante hacer conciencia de la influencia de nuestros pensamientos y emociones en momentos de crisis, porque indudablemente tendrán influencia sobre nuestras acciones para definir la felicidad. Hasta que comprendamos cómo nuestras propias creencias familiares y culturales afectan nuestra salud mental podremos emprender acciones que las pongan en juicio, lo que permita modificarlas ignorarlas o practicar aquellas que favorezcan el florecimiento de cada persona y de cada mujer.

Se ha encontrado que el manejo emocional adecuado favorecen la salud. En un estudio realizado en Chile por Caqueo-Urizar et al., (2020) con adolescentes, se encontró que los problemas de regulación emocional influyen en la sintomatología depresiva y ansiógena, así como en los comportamientos disruptivos (motricidad excesiva, déficit de control atencional o conductas de desobediencia). La regulación emocional puede ser un factor de riesgo/protección para la psicopatología. Aunque las dificultades en la regulación



emocional influyen en problemas interiorizados y exteriorizados, los efectos son mayores cuando se asocia a sintomatología depresiva y ansiosa. Se piensa que los adolescentes con dificultades para regular sus emociones son más vulnerables a la aparición de problemas interiorizados que problemas exteriorizados, pero también existen diferencias en función del género, las mujeres poseen mayores síntomas depresivos, ansiosos y más problemas de regulación emocional que los hombres, la explicación está ligada a los roles de género que en parte se regulan por las normas y expectativas sociales de éste, los cuales se encuentran definidos por la comunidad, sobre todo en culturas occidentales, donde se espera que las mujeres sean más expresivas que los hombres. En esa misma línea, los resultados obtenidos en este estudio son congruentes con lo encontrado por Caqueo-Urizar et al., (2020), donde muestran puntajes altos de ansiedad y depresión en mujeres adolescentes, pues son las mujeres más jóvenes quienes presentan mayores puntajes en ansiedad y depresión en comparación con las mujeres de mayor edad. Esta información apunta, que el trabajo del cuidado de la salud mental desde estar presente desde edades tempranas, con el fin de promover una salud mental más sana también en los adultos. Se ha encontrado que la metacognición es un proceso que ayuda en la reflexión sobre los propios pensamientos y emociones, que implica el control de la atención y la memoria para regular las emociones, regular cogniciones, dirigir acciones, tomar decisiones (Ryan & Deci, 2000), favorece así el incremento de hábitos saludables que influyen en la prevención efectiva de conductas de riesgo y representan la consciencia sobre las propias emociones y la salud (Castro et. al., 2021).

Promover el cuidado de la salud mental positiva es esencial, las medidas de salud implican no solo la presencia o ausencia de síntomas asociados a patologías, sino que también se incluyen características positivas que presentan las personas, como lo es la satisfacción personal, la autonomía, las habilidades sociales, el autocontrol, entre otras. Contar con una medición válida y confiable constituye una mejora en la comprensión de la verdadera salud pública y que favorecen el desarrollo de estrategias más adecuadas,

pertinentes al contexto y a la realidad contextual, de promoción de la salud y evaluación, diseño y desarrollo de intervenciones más enfocadas a mejorar la calidad de vida del individuo y su comunidad (Calizaya-López et al., 2022). Continuar estudiando este aspecto favorecerán la atención oportuna de los casos a través de estrategias de prevención, protección, recuperación, promoción y tratamiento de la salud en la población en general, Sobre todo considerando el nivel de afectación en el que pueden incurrir ciertos grupos vulnerables ante la patología, muchos de ellos expuestos, quizás más a condiciones psicopatológicas como la depresión, la ansiedad, el estrés u otros, que son condiciones con mayor incidencia en la población (Gaibor-González & Moreta-Herrera, 2020).

### **Alcances, Limitaciones y Sugerencias**

Esta tesis ofrece una aportación a los estudios de la Psicología Social, al abrir un campo de estudio sobre el tema de la felicidad y la identificación de normas y creencias en las mujeres en este campo, así mismo, da cuenta de las problemáticas sociales que afectan como individuo, por lo que podría existir un impacto también en el área clínica de la psicología, ya que las variables planteadas en este estudio son de corte clínico también, y se usan para el trabajo terapéutico, por lo que brindan evidencia de la importancia del trabajo de estas variables en la terapia psicológica para tratar la salud mental de las mujeres.

Una vez más, se muestra evidencia de la importancia de las intervenciones clínicas considerando el papel que juegan las cogniciones, las emociones y las conductas en el curso de situaciones problema, por lo que en el tratamiento debe integrar sin duda, estos tres elementos. Por su parte, la esfera clínica debe considerar la influencia social y cultural en las problemáticas de salud mental.

México es un país donde en algunos años, habrá una población donde el mayor porcentaje será de adultos mayores. De acuerdo con los datos de esta investigación, conforme pasan los años, las mujeres adultas tienden a presentar niveles mayores de

bienestar psicológico y de salud mental positiva, disminuye la ansiedad y la depresión, y aunque algunos estudios explican que esto se debe a que existe mayor reflexión sobre la forma en la que se ha vivido, resaltando las experiencias positivas y aprendiendo de las negativas, también hay datos que indican que las mujeres en edad adulta presentan índices altos de ansiedad y depresión, ¿qué marca la diferencia? Figueroa-Varela et al., (2021) han hecho un estudio donde identifican en su estudio que las mujeres mayores se ven más afectadas por síntomas de ansiedad y depresión que los hombres ante pensar en el término de la vida, al quedar viudas, pues la mujer tiene mayor calidad de vida que el hombre, el desempleo o el empleo informal lleva a presentar más miedo a la muerte, las enfermedades degenerativas y el deterioro cognitivo, la pérdida de familiares favorece el malestar emocional y su salud mental se ve reducida. En este sentido, toma relevancia nuevamente el aspecto socio cultural como objeto de estudio en las diferentes etapas de la vida para explicar los problemas de salud mental en las mujeres, ya que aceptar ideas y romantizar la vejez de las mujeres no permite ver la realidad que se está viviendo, y reduce la percepción a una construcción donde se resalta la vulnerabilidad ante los sistemas de salud que patologizan pensamientos relacionados con la muerte, cuando es comprensible tenerlos, pero se piensa que tenerlos lleva a estar mal y por lo tanto, generar mayor malestar de algo que no se “debería” pensar. Por lo tanto, las políticas públicas en salud y bienestar con relación a también a estas poblaciones, deben considerar la evaluación integral en donde a las adultas mayores se les considere como sujetos activos en beneficio de su calidad de vida, y los programas de atención deben incluir diversos aspectos como son la potencialización de los recursos familiares y sociales, además de aquellos tendientes a mejorar su salud tanto física como mental, en donde se incluya la reflexión, la búsqueda de apoyo social y afrontamiento y estrategias de solución de problemas (García et al., 2021) sobre el término de la vida y su significado a nivel personal y social, y le devuelva a la mujer la independencia y empoderamiento sobre el curso de su vida, lo que le permitirá

generar un proyecto personal enfocado al autocuidado y bien personal que le permita mantener un bienestar psicológico y subjetivo y salud mental positiva.

Parte de las limitaciones evidentes en este estudio, fue que parte de la recolección de los resultados finales se llevaron a cabo de manera online debido a la pandemia por COVID-19, este fenómeno comenzó a fines de diciembre de 2019, el agente etiológico denominado SARS-CoV-2 fue identificado como causante de casos de neumonía grave en la ciudad china de Wuhan (Organización Panamericana de la Salud, 2020). En poco tiempo, este virus se esparció en todo el mundo, siendo altamente contagioso cobró muchas vidas. Como medida de prevención y cuidado, los países implementaron el aislamiento social obligatorio, lo que trajo consigo diferentes manifestaciones psicológicas (Brunetti & Gargoloff, 2020; citados en Eidman, 2021). México atravesó por todo este problema, es importante considerar que los datos recabados pueden influir en la sintomatología que las mujeres presentaban al momento de responder.

Otra limitante es que parte de estos estudios solo son aplicables a la población del género femenino, no así para el masculino.

Por lo que respecta a las sugerencias, es poder considerar estas variables al género masculino también, ya que se piensa que se tendrían datos que llevan a plantear la hipótesis acerca de un mejor ajuste del modelo propuesto al incluir ambas poblaciones. También es posible que obtener datos de manera física permita obtener respuestas distintas por parte de la muestra.

Es importante continuar con el trabajo de los estudios de la felicidad en lo que es referente a la identificación de las normas y creencias de la felicidad, para así continuar en la identificación de las premisas de la felicidad que rigen el comportamiento de las personas, si bien, ya se ha iniciado el camino, aún queda mucho por recorrer, pues comprender los efectos que estas normas y creencias tienen sobre la forma en que las personas se explican el mundo, o buscan y siguen patrones de comportamiento, podría dar

cuenta de lo que hacen que produce su propio malestar, y/o por el contrario, entender lo que ayuda a las personas a mantener su buena salud mental y su bienestar.

## Referencias

- Abad Granda, M. E. (2018). *Diferencias en las creencias irracionales según la condición diagnóstica en un grupo de pacientes que asisten a un servicio de salud mental de Lima Metropolitana*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Abdel-Khalek, A. M. (2006). Measuring happiness with a single-item scale. *Social behavior and personality*, 34(2), 139-150.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología Interamerican/Journal of Psychology*, 40, 99-106.
- Alarcón, R. (2014). Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(1), 61-73.
- Alberto-Toro, R., Vulbuena-Martin, M., Riveros-Lopez, D., Zapata-Orjuela, M., Florez-Tovar, A. (2021). Rumiación cognitiva y su relación con las psicopatologías internalizantes: una revisión sistemática. *Psicumex*, 10 (2).<https://doi.org/10.36793/psicumex.v10i2.345>  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-59362020000200001&lang=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-59362020000200001&lang=es)
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Altrows, I. (2009). Terapia Racional Emotiva y Conductual en delincuentes masculinos adultos. *Revista De Toxicomanías*, 55, 6-18.
- Andrews, F. & Whitney, S. (1976). *Social indicators of well-being*. Plenum.
- Anguas, P. M. (2000). *Bienestar subjetivo en la cultura mexicana*. Tesis doctoral inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Anguas, P. M. (2005). Bienestar subjetivo en México: un enfoque etnopsicológico. En E. L. Garduño., A. B. Salinas y H. M. Rojas (Eds.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (167-196). Plaza y Valdés.
- Ardila, R. (2010). Reseña de Psicología de la felicidad. Introducción a la psicología positiva de Alarcón, R. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(3), 504-505.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. En J. P. Forgas & J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (189- 203). North Holland.
- Aristóteles (s.f. /2001). *Obras de Aristóteles*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Baeza-Velasco, C. (2007). Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 1 (2), 127-138. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439642479004>
- Baumeister, R.F. (1998). The self. In Gilbert, D.T., Fiske, S.T., & Lindzey, G. (Eds.). *The handbook of social psychology* (680-740). Mc. Graw-Hill.
- Baumeister, R.F. (1999). *The Self in Social Psychology*. Psychology Press

- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F. & Tice, D.M. (1994). *Perder el control: cómo y por qué las personas fallan en la autorregulación*. Prensa Académica
- Baumeister, R. F., Vohs, K., & Tice, D.M. (2007). The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 396-403. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Belló, M. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública en México*, 47.
- Bender, P.K., Reinholdt-Dunne, M.L., Esbjorn, B.H. & Pons, F. (2012). Desregulación emocional y ansiedad en niños y adolescentes: diferencias de género. *Personalidad y diferencias individuales*, 53(3), 284–288. doi:10.1016/j.paid.2012.03.027
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32 (2), 155-163.
- Ben-Shajar, T. (2013). *La búsqueda de la Felicidad*. Editorial Alienta.
- Berry, J. W., Marshall, H., Segall, H. & Poortinga, M. (2002). *Cross-Cultural Psychology: Research And Applications*. Cambridge University
- Berry, J. W., Poortinga, M., Segall & Dasen, P. (1992). *Cross-cultural psychology*. Cambridge University Press.
- Berry, J. W., Poortinga, & H. & Pandey, J. (1996). *Handbook Of Cross-Cultural Psychology*. Volume 1, Theory And Method. Boston: Allyn & Bacon, Inc.
- Boehm, J. k., Ruberton, P. & Lyubomirsky, S., (2021). The Promise of Fostering Greater Happiness. *The Oxford Handbook of Positive Psychology*, 3rd Edition Edited by C.R. Snyder, Shane J. Lopez, Lisa M. Edwards, and Susana C. Marques Subject: Psychology, Social Psychology Online Publication Date: Jul 2017 DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199396511.013.55
- Bridges, K. & Harnish, R. (2010). Role Of Irrational Beliefs In Depression And Anxiety: A Review. *Health*, 2 (8), 862-877.
- Brunetti, A. & Gargoloff, P. (2020). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, con especial foco en personas con trastornos mentales severos y persistentes.
- Buiklece Salardi, C. J. (2019). Dependencia emocional y creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia psicológica en la pareja. Tesis De Licenciatura inédita. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Buss, D. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55, 1, 15-23.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Pirámide.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Volumen I. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Siglo XXI.

- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Irurtia, M.J., Arias, B., & Hofmann, S.G. (2014). Diferencias en la ansiedad social entre hombres y mujeres en 18 países. *Personalidad y diferencias individuales*, 64, 35–40. doi:10.1016/j.paid.2014.02.013
- Calizaya-López, J., Pacheco-Quico, M.A., Alemán-Vilca, Y., Zapata-Delgado, F. M., Caldichoury-Obando, N., López, N., Ramos-Vargas, L. F. & Soto-Añari, M. (2022). Propiedades psicométricas de la escala de salud mental positiva en Arequipa (Perú), *Anales de Psicología*, 38 (1). <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.472061>
- Calleja, N., Candelario-Mosco, J. B., Rosas-Medina, J. H., & Souza-Colín, E. (2020). Equivalencia psicométrica de las aplicaciones impresas y electrónicas de tres escalas psicosociales. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 12(2), 50-58.
- Calvete, E. & Cardeñoso, R. O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psicothema*, 13 (1), 95-100. ISSN 0214-9975
- Calvete, Z. E. & Cardeñoso, R. O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de psicología*, 15 (2), 179-190. ISSN: 0212-9728.
- Canedo, Corel Mateo, Andrés, María Laura, Canet-Juric, Lorena, & Rubiales, Josefina (2019). Influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional en el bienestar subjetivo y psicológico en estudiantes universitarios. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 25 (1), 25-40. [fecha de Consulta 8 de Agosto de 2022]. ISSN: 1729-4827. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68660129003>
- Cannon, W. (1914). The inter relations of emotions as suggested by recent physiological researches. *American Journal of Psychology*, 25, 256-282.
- Carmona-Valdés, S.E. & Ribeiro-Ferreira, M. (2010) Social activities and personal well-being in aging. *Papeles Poblac*, 16 (65): 163-85.
- Carullo, M. M. (2001). El significado del bienestar en estudiantes adolescentes. *Revista iberoamericana de evaluación y diagnóstico*, 12, 2, 57-70.
- Caqueo-Urizar, A., Mena-Chamorro, P., Flores, J., Narea, M. & Irrázaval, M. (2020). Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Ter Psicol*, 38 (2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200203> [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082020000200203&lang=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082020000200203&lang=es)
- Castro, J. A., Hernández-Pozo, M. R. & Brahona, T. I. (2021). Metacognición y autodeterminación, impulsividad e inteligencia emocional, y su relación con indicadores de bienestar y salud en adultos jóvenes. *Interacciones*, 7. <http://dx.doi.org/10.24016/2021.v7.216>
- Ccorimanya, C. Y. (2022). Experiencias de vida de mujeres violentadas con creencias irracionales y dependencia emocional bajo el contexto covid-19, Santiago-Cusco, 2021. Tesis de Licenciatura. Escuela Académico Profesional De Psicología. Facultad de humanidades.



- Clark, D.A. & Beck, A.T. (2010). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. Desclé de Brouwer.
- Clark, D.A., Beck, A.T. & Alford, B.A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. John Wiley and Sons.
- Cruz del Castillo, C., Díaz-Loving, R., Romero, P. A., Armenta-Hurtarte, C. & Baeza, R. M. J. (2107). *Tatuaje cultural: el paso del tiempo sobre los estereotipos de género y las normas*. En Díaz-Loving, R. (2017). *Las garras de la cultura: Investigaciones en torno a las normas y creencias del mexicano*. Trillas.
- Csikszentmihalyi, M. & Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: the uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185-199.
- Díaz Loving, R. (2010). *Una teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja*. En Díaz-Loving, y Rivera Aragón. *Antología psicosocial de la pareja. Clásicos y contemporáneos*. en. 11-33. Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18: 572-7.
- Díaz, L. R. Saldívar, A., Armenta-Hurtarte. C., Reyes, N. E., López, F., Moreno, M. & Correa, F. E. (2015). Creencias y normas en México: una actualización del estudio de las premisas socio-culturales. *Psyche (Santiago)*, 24 (2), 1-25.
- Díaz-Guerrero, R. & Peck., R.F. (1963). *Respeto y posición social en dos culturas (respect and social status in two cultures)*. Documento presentado en el séptimo Congreso Interamericano de Psicología, México.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). *Hacia una teoría Histórico-bio psico sociocultural del comportamiento humano*. Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (1979). Sociocultura, personalidad en acción y la ciencia en psicología, en G. Finley y G. Marín (eds.). *Avances en psicología contemporánea*. Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (1986). Una etnopsicología mexicana. *Revista de Psicología social y personalidad*, 4 (2), 65-81.
- Díaz-Guerrero, R. (1988). *Psicología del Mexicano*. Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (1993). Un factor cardinal en la personalidad de los mexicanos. *Revista de Psicología social y personalidad*, 9 (2), 1-19.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *La psicología del mexicano: el descubrimiento de la etnopsicología*. Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. & Peck., R.F. (1963). Respeto y posición social en dos culturas (respect and social status in two cultures). Documento presentado en el séptimo Congreso Interamericano de Psicología, México.
- Díaz-Loving, R. (2008). La psicología universal a las idiosincrasias. En Díaz-Loving, R., Rivera, A. S., Reyes-Lagunes, I. Rocha, S. T., Reidl, M. L., Sánchez, A. R., Flores, G., M. M., Andrade, P. P., Valdez, M., J. & García, C. T. (2008). *Etnopsicología*

- mexicana. Siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero*. México: Trillas.
- Díaz-Loving, R. (2011). Dinámica de las premisas histórico-socio-culturales: trayecto, vigencia y prospectiva. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3, 174-180.
- Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I., Rocha-Sánchez, T., Reidl-Martínez, L., Sánchez-Aragón, R., Flores-Galaz, M., Andrade-Palos, P., Valdez-Medina, J.L. & García-Campos, T. (2008). *Etnopsicología mexicana. Siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero*. Trillas.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1985). The Independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffi, S. (1985). The satisfaction whit life scale. *Journal of personality assessment*, 49, 1, 71-75
- Domínguez-Fernández, R. M. (2009). Construyendo nuestra felicidad para ayudar a construirla. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 23(3) ,231–269.
- Eidman, L., (2021). El continuo de salud mental durante la pandemia por COVID-19 en la población general de adultos argentinos. *Rev. Costarrico. Psic*, 40 (2). [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-29132021000200093&lang=es](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132021000200093&lang=es)
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in Psychotherapy*. Springer.
- Ellis, A. (1997). Estado de la cuestión en la terapia emotiva-racional-conductual. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*, 91-101. Paidós.
- Ellis, A. (2003). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Desclé de Brouwer.
- Ellis, A. & Blau, S. (2000). *Vivir en una sociedad irracional. Una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotivo-conductual*. Paidós.
- Erber, R., Wegner, DM & Therriault, N. (1996). Sobre ser fresco y sereno: Regulación del estado de ánimo en previsión de la interacción social. *Revista de personalidad y psicología social*, 70(4), 757–766. doi:10.1037/0022-3514.70.4.757
- Estévez E., Musitu G. & Herrero J.(2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Revista de Salud Mental*, 28(4) SSA-INPRF.
- Figuroa-Varela, M. del R., Aguirre-Ojeda, D. P., & Hernández-Pacheco, R. R. . (2021). Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *Psicumex*, 11, 1-22, <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.397>

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Forgas, J.P. (2000). Los efectos de estado de ánimo en la exactitud de testigo ocular-ness informes de observado social eventos. Inédito manuscrito, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney, Australia.
- Frenk-Mora, J. & Gómez Dantés, O. (1997). Globalización y salud, en Observatorio de la salud, necesidades, servicios, políticas, *Serie Economía y Salud*, Fundación Mexicana para la Salud.
- Freud, S. (1959). *Inhibitions, symptoms, anxiety* (A. Strachey, Trans. and J. Strachey, Ed.). New York: Norton. (Original work published 1926).
- Gaibor-González, I. & Moreta-Herrera, R., (2020). Optimismo disposicional, ansiedad, depresión y estrés en una muestra del Ecuador. *Análisis intergénero y de predicción, Act.Psi*, 34 (129). <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.35148>
- Galego Carrillo, V., Satibáñez Gruber, R., & Iraurgi Castillo, L. (2016). Estrategias Cognitivas De Regulación Emocional En Mujeres En Situación De Maltrato. *Sips - Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 28, 115-125. EISSN: 1989-9742 © Sips. Doi: 10. Se7179/Psri\_2016.28.09 [Http://Recyt.Fecyt.Es/Index.Php/Psri/](http://Recyt.Fecyt.Es/Index.Php/Psri/)
- García-Alandete, J. (2013). Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. *Salud & Sociedad*, 4 (1), 48-58. ISSN 0718-7475
- García Cruz, R., Valencia Ortiz, A. I., Hernández-Martínez, A. & Rocha Sánchez, T. E. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: Repensando el impacto del género. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51 (3),406-416. [fecha de Consulta 1 de Agosto de 2022]. ISSN: 0034-9690. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28455448011>
- García, F. E., Catrilef, M. A., Fuentes, Y., Garabito, S., & Aravena, V. (2021). Estrategias de afrontamiento, estrés percibido y bienestar psicológico en individuos con cefalea primaria. *Acta Colombiana de Psicología*, 24(1), 8-18. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2021.24.1.2> [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2215-35352020000200017&lang=es](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352020000200017&lang=es)
- Garduño, E. L. R. & De la Garza, S. V. (2005). Desarrollo y validación de un instrumento para evaluar calidad de vida en estudiantes universitarios. En E. L. Garduño., A. B. Salinas y H. M. Rojas (Eds.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (pp. 231-258). Plaza y Valdés.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2016). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1401-1408. doi:10.1080/02699931.2016.1232698

- Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1317-1327.
- Garnefski, N., Kommer, T. van den, Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a nonclinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403-420. doi: 10.1002/per.458
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403-420. doi:10.1002/per.458
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive Coping Strategies And Symptoms Of Depression And Anxiety: A Comparison Between Adolescents And Adults. *Journal Of Adolescence*, 25, 603-611. Doi:10.1006/Jado.2002.0507
- Gimeno, Beatriz, (2021). Nueva Maternidad. Madres en la tierra. <http://revistaanfibia.com/ensayo/madres-la-trampa-del-amor-romantico/>
- Giuliani, N.R., McRae, K. & Gross, J.J. (2008). La regulación hacia arriba y hacia abajo de la diversión: consecuencias experienciales, conductuales y autonómicas. *Emoción*, 8(5), 714-719. doi:10.1037/a0013236
- Granda, U. E. (2008). El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (26), 65-90.
- Gross, J.J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). Guilford.
- Gross, J.J. (2008). Emotion Regulation. In Lewis, M., Haviland-Jones J., & Feldman, L. (Ed). *Handbook of Emotions*, (pp. 497-512). The Guilford Press
- Gross, J.J. (1998). El campo emergente de la regulación emocional: una revisión integradora. *Revisión de Psicología General*, 2(3), 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J.J. & John, OP (2003). Diferencias individuales en dos procesos de regulación emocional: implicaciones para el afecto, las relaciones y el bienestar. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 85(2), 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J.J. & Muñoz, R.F. (1995). Regulación Emocional y Salud Mental. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 2(2), 151-164. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- Guevara, E. (2005). Apuntes del curso “Género y Salud”, en Diplomado Relaciones de Género. Construyendo la Equidad entre Mujeres y Hombres, Casa de las Humanidades-UNAM, 8 de marzo al 5 de abril de 2005.

- Haidt, J. (2006). *La hipótesis de la felicidad. La búsqueda de verdades modernas en la sabiduría antigua*. Gedisa.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hamui-Sutton, A., Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica [en línea]*, 2 (5), 55-60 [fecha de Consulta 15 de Junio de 2021]. ISSN: 2007-865X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
- Heimpel, S.A., Wood, J.V., Marshall, M.A. & Brown, J.D. (2002). ¿Las personas con baja autoestima realmente quieren sentirse mejor? Diferencias de autoestima en la motivación para reparar estados de ánimo negativos. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 82(1), 128–147. doi:10.1037/0022-3514.82.1.128
- Heman, C. A., Lega, L., Villaseñor, P.M., Alva J., A. & García G.L. (2011). Estructura Factorial Preliminar De La Escala De Creencias De Mujeres De O'Kelly. en Población Mexicana. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 29 (1) 129-135.
- Hervás, G. & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física, *Revista de psicología general y aplicada*, 59 (1-2), 9-36. ISSN 0373-2002
- Hogan, T. P. (2015). *Pruebas psicológicas. Una introducción a la práctica*. El Manual Moderno.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications* (pp. 76–99). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jahoda M. (1980). *Current concepts of positive mental health*. Arno Press.
- Jones, R. G. (1968). *A Factored Measure Of Ellis Irrational Belief System With Personality And Maladjustment Correlates*. Thesis Of Doctor. Faculty Of Texas Technological College.
- Jones, R. G. (1968). A factored measure of Ellis' Irrational belief systems with personality and maladjustment correlated. Wichita, KS: Test Systems. <https://ttu-ir.tdl.org/bitstream/handle/2346/18941/31295005090260.pdf?sequence=1>
- Joseph, S., Linley, A., Harwood, J., Lewis, A. & McCollan, P. (2006). Rapid assessment of well being: the Short Depression-Happiness Scale (SDHS). *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 77, 463-478.
- Jurado I. G. Y. & Racón G. M. L. (2011). Ideas irracionales y padecimientos psicológicos: análisis en perpetradores y receptoras de violencia de pareja. *Psicopatología Clínica, Legal Y Forense*, 11, 83-99. ISSN: 1576-9941
- Kennedy S.H., Lam R.W., McIntyre R.S., et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 61(9), 540-60.

- Kennon M. Sheldon & Sonja Lyubomirsky (2019): Revisiting the Sustainable Happiness Model and Pie Chart: Can Happiness Be Successfully Pursued?, *The Journal of Positive Psychology*, DOI: 10.1080/17439760.2019.1689421
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill.
- Lagarde, M. (2001). *Autoestima y Género*. Cuadernos Inacabados 39, Claves feministas para la autoestima de las mujeres.  
[https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/marcela\\_lagarde/autoestima.pdf](https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/marcela_lagarde/autoestima.pdf)
- Lara-Muñoz, M. C., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D. & Medina-Mora, M. E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33 (4), 301-308. [Fecha de Consulta 5 de Enero de 2022]. ISSN: 0185-3325. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58216022001>
- Larsen, R.J. (2000). Hacia una ciencia de la regulación del estado de ánimo. *Investigación psicológica*, 11(3), 129–141. doi:10.1207/s15327965pli1103\_01
- Lázaro, R.S. (1982). Reflexiones sobre las relaciones entre emoción y cognición. *Psicólogo estadounidense*, 37(9), 1019–1024. doi:10.1037/0003-066x.37.9.1019
- Lázaro, R.S. (1991). cognición y motivación en emoción. *Psicólogo estadounidense*, 46(4), 352–367. doi:10.1037/0003-066x.46.4.352
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Alfer t, E. (1964). Short -circuuing of threat by experiment all y altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 195-205.
- Lega, L., Ortega, M., Sura, K. Costanzo, A., Friedman, M. O´Kelly, M. & Paredes, M. T. (2009). Aculturación y diferencias en las creencias irracionales sobre el rol femenino tradicional (O´Kelly Women Beliefs Scale) en mujeres colombianas residentes en su país de origen y en Estados Unidos. *Revista Colombiana De Psicología*, 18 (1). 53-61.
- Levenson, R.W. (1999). Las funciones intrapersonales de la emoción. *Cognición y emoción*, 13(5), 481–504. doi:10.1080/026999399379159
- Linares A. (s/f). Biopsicosocial, en <http://us.geocities.com/psicomedico/biopsicosocial.htm>.
- Lluch Canut M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Universidad de Barcelona.
- López, S. (2016). Regulación emocional y género: Un estudio exploratorio con estudiantado de grados feminizados.  
[http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161877/TFG\\_Lopez\\_Usero%20C\\_Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161877/TFG_Lopez_Usero%20C_Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- López-Walle, J., Tristán, J., Tomás, I.; Gallegos-Guajardo, J., Góngora, E. & Hernández-Pozo, M. R. (2020). Estrés percibido y felicidad auténtica a través del nivel de actividad física en jóvenes universitarios. *Cuadernos de Psicología del Deporte*,

- 20(2), 265-275. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-84232020000200021&lang=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232020000200021&lang=es)
- Lucas, R. A. (1969). *Men in crisis*. Basic Books.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la Felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar*. Ediciones Urano.
- Lyubomirsky, S. (2014). *Los mitos de la Felicidad*. Urano.
- Lyubomirsky, S. King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803– 855. DOI:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Lyubomirsky, S., & Tucker, K. L. (1998). Implications of individual differences in subjective happiness for perceiving, interpreting, and thinking about life events. *Motivation and Emotion*, 22, 155- 186.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M. & Schkade, D. (2005). En busca de la felicidad: la arquitectura del cambio sostenible. *Revisión de Psicología General*, 9(2), 111–131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111
- Martínez Aparicio, R., Pando Moreno, M., León Cortés, S. G., González Baltazar, R., Aldrete Rodríguez, M.G. & López Rodríguez, L. F. (2015). Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva. *Psicogente*, 18(33), 78-88. <https://doi.org/10.17081/psico.18.33.57>
- Masicampo, E. J., & Baumeister, R. F. (2011). Consider It Done! Plan Making Can Eliminate the Cognitive Effects of Unfulfilled Goals. *Journal of Personality and Social Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0024192
- Masicampo, E.J., & Baumeister, R.F. (2007). Relating mindfulness and Self-Regulatory Processes. *Psychological Inquiry*, 18, (4), 255-258. DOI: 10.1080/10478400701598363
- Matsumoto, D. (2001). Culture and emotion. En D. Matsumoto (Ed.). *The Handbook of culture and Psychology*, pp. 171-194. Oxford University Press.
- Matsumoto, D. & Juang, L. (2013). *Culture & Psychology*, 5ª ed. Wadsworth.
- Mayoclinic, s/f. Depresión en las mujeres: comprensión de la brecha de género. Recuperado el 02 de febrero de 2022, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725#:~:text=Las%20mujeres%20son%20aproximadamente%20dos,de%20de presi%C3%B3n%20que%20los%20hombres>.
- Myordomo, T., Sales, A., Storres, E. & Meléndez, J.C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.bpfe
- McFarland, C. & Buehler, R. (1998). El impacto del afecto negativo en la memoria autobiográfica: el papel de la atención autocentrada en los estados de ánimo. *Revista de personalidad y psicología social*, 75 (6), 1424–1440. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.6.1424>



- McFarland, C., White, K. & Newth, S. (2003). Reconocimiento del estado de ánimo y corrección del sesgo de congruencia del estado de ánimo en el juicio social. *Revista de Psicología Social Experimental*, 39 (5), 483–491. [https://doi.org/10.1016/S0022-1031\(03\)00025-8](https://doi.org/10.1016/S0022-1031(03)00025-8)
- Mechanic, D. (1962). *Students under stress*. New York: Macmillan
- Medina Mora, M. E., Borges, Guilherme, et al., (2033). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista de Salud Mental*, 26 (4),
- Miguel, J.M.T., Germes, A.O., Pardo, E.N., Moral, J.C.M. & Sena, C. M. (2009) Comparison of psychological well-being among Dominican and Spanish elders. *Rev. Esp Geriatr Gerontol*, 44 (4). 180-5.
- Milev R.V., Giacobbe P., Kennedy S.H., et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 61(9), 561-75.
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, 39(3), 166–73.
- Muñoz, R. (2005). La depresión y la salud de nuestros pueblos. *Revista de Salud Mental*, 28 (4) en [www.inprf-cd.org.mx/revista\\_sm/tablas.php](http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/tablas.php).
- Myers, B. D. G., & Diener, E. (1995). WHO IS. *American Psychological Society*, 6(1), 10–19.
- Nolen-Hoeksema, S. & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*. 51, 704-708. DOI: 10.1016/j.paid.2011.06.012
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 569-582. DOI: 10.1037/0021-843X.100.4.569
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Regulación emocional y psicopatología: el papel del género. *Revisión anual de psicología clínica*, 8(1), 161–187. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, JS (1994). La aparición de diferencias de género en la depresión durante la adolescencia. *Boletín Psicológico*, 115(3), 424–443. doi:10.1037/0033-2909.115.3.424
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115–121.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1061-1072. DOI:10.1037//0022-3514.77.5.1061



- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. & Lyubomirsky, S. (2008). *Repensar la rumiación. Perspectivas sobre la ciencia psicológica*, 3(5), 400–424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- O’Kelly, M. (En Prensa). Psychometric Properties Of The O’Kelly Women Belief Scales. *Journal Of Rational Emotive And Cognitive Behavioral Therapies*.
- OMS (a), “Promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales: soluciones adoptadas en los países”, en *Ciudadanos marginados*, 7 de diciembre de 2005, en [www.who.int/features/2005/mental\\_health/help/es/index.html](http://www.who.int/features/2005/mental_health/help/es/index.html).
- OMS (b), “¿Qué hacer para ayudar?”, en *Ciudadanos marginados*, 7 de diciembre de 2005, en [www.who.int/features/2005/mental\\_health/solutions/es/print.html](http://www.who.int/features/2005/mental_health/solutions/es/print.html).
- OMS-Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Invertir en salud mental*, Ginebra, Suiza, 2004 en [www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf).
- Oramas, V. A., Santana, L. S. & Vergara, B. A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-9.
- Organización Mundial de la Salud (1995). Asamblea Mundial de la Salud, 48. Informe sobre la salud en el mundo 1995: resumen. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203711>
- Organización Mundial de la Salud (2013) Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Impreso en Ginebra, Suiza. ISBN 978 92 4 350602 9
- Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (2020, 14 de febrero). *Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19)*.
- Organización Panamericana de la Salud. (s/a). Género y Salud. Una guía práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género y Salud.
- Ornelas Ramírez, A., & Ruíz Martínez, A. O. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9, doi: 10.5872/psiencia/9.2.21
- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsu, K., & Fredrickson, B.L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindnesses intervention. *Journal of Happiness Studies*, 7, 361-375.
- Palma-Candia, O., Hueso-Montoro, C., Ortega-Valdivieso, A., Montoya-Juárez, R. & Cruz-Quintana, F. (2016). Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile. *Rev Med Chile*, 144: 1287-1296.
- Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos. Instituto Nacional de las Mujeres. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100779.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf)
- Parikh S.V., Quilty L.C., Ravitz P., et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults

- with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 61(9), 524-39.
- Pérez-Esparza R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(5), 7-16.
- Pérez-Esparza, R. Kobayashi-Romero, L. ,García-Mendoza, A. M., Lamas-Aguilar, R. M., Vargas-Sosa, M. , Encarnación-Martínez, M., González-Manríquez,L. A., Eternod-Rodríguez, S. A., Maltos-Gómez, F., Vargas-Valencia, K. & Fonseca-Perezamador, A., (2020). Ketamina, un nuevo agente terapéutico para la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 63 (1), 6-13.
- Persons, J.B. (2008). *El enfoque de formulación de casos para la terapia cognitivo-conductual*. Prensa Guilford.
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthö, M., & Kraaij, V. (2016). Cognitive Emotion Regulation and Psychopathology across Cultures: A Comparison between Six European Countries. *Personality and Individual Differences*, 98, 218-224. doi: 10.1016/j.paid.2016.04.022
- Pozos-Gutiérrez, J.L., Rivera Aragón, S., Reidl Martínez, L. M., Vargas Núñez, B. I., & López Parra, M. S., (2013). Felicidad general y felicidad en la pareja: diferencias por sexo y estado civil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18 (1),69-84. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228948005>
- Ray, R.D., Wilhelm, F.H. & Gross, J.J. (2008). Todo en el ojo de la mente? Rumiación de la ira y reevaluación. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 94(1), 133–145. doi:10.1037/0022-3514.94.1.133
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, 1, 81-97.
- Reyes L., I. & García B., L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving y R. Sánchez-Aragón, R. (Eds.) *La Psicología Social en México*, 12 (pp. 625-636). Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Reyes Ortega, M. A. & Tena Suck, E. A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. Manual Moderno.
- Rocha, T. E. & Díaz Loving, (2010). *Identidades de género*. Trillas.
- Rodríguez, S. (2002). La depresión en la menopausia. En *Información Clínica*, 13 (2), INPRF-SSA.
- Rojas, M. (2005). El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos. Consideraciones para la política pública. En Garduño, E.L., Salinas, A. B. & Rojas, H. M. (Eds.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (83-112). Plaza y Valdés.

- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36.
- Ruiz-Rodríguez, J. y Fusté-Escolano, A. (2015). La Evaluación de Creencias y Actitudes Disfuncionales en los Modelos de Ellis y Beck: Similitudes y Diferencias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2 (40), 51-61.
- Rush A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., et al. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. *Am J Psychiatry*. 163(11), 1905-17
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069-1081.
- Salgado-Lévano, A. C. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Revista de Psicología*, 15(5), 133–141.
- Sánchez-Aragón, R., Alber, D., Carrasco, C. E., Flores-Galaz, M. M., Garnefski, N., Kraaij, V., Martínez, P. M., Mesquita, B., Retana-Franco, B. E., Rimé, B., Schutte, N. S., Thompson, R. A. & Water, S. (2010). *Regulación emocional, una travesía de la cultura a las relaciones personales*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Santibáñez Gruber, R., Iraurgi Castillo, I. & Galego Carrillo, V. (2016). Estrategias cognitivas de regulación emocional en mujeres en situación de maltrato. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (28), 115-125. [fecha de Consulta 1 de Agosto de 2022]. ISSN: 1139-1723. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135047100010>
- Seligman, E. P., (2005). *La auténtica felicidad. La nueva psicología positiva revoluciona el concepto de felicidad*. Ediciones B.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Mc Graw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia, Lippincott .
- Sharp, T. (2005). *Depresión femenina, factor laboral*. El Universal Online, Nación, 25 de mayo de 2005, p. 1.
- SSA (a), (2005). “Sólo un porcentaje mínimo de población con trastorno mental solicita atención médica”, en Comunicado de Prensa, núm. 422, 16 de agosto de 2005. Consultado en [http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/historico.php?mesNoticia=8&anioNoticia=2005](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/historico.php?mesNoticia=8&anioNoticia=2005)
- SSA (b), (2005). “Maltrato infantil, síndrome que se presenta desde la etapa prenatal”, en Comunicado de Prensa, núm. 550, 15 de octubre de 2005. Consultado en [http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/historico.php?mesNoticia=10&anioNoticia=2005](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/historico.php?mesNoticia=10&anioNoticia=2005)

- SSA (c), (2005). “Mujeres de 16 a 19 años, con más riesgo de sufrir trastornos de alimentación”, en Comunicado de Prensa, núm. 629, 13 de noviembre de 2005. Consultado en [http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/historico.php?mesNoticia=11&anioNoticia=2005](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/historico.php?mesNoticia=11&anioNoticia=2005)
- SSA (d), (2005). “Los homosexuales, con mayor riesgo de padecer un trastorno mental”, en Comunicado de Prensa, núm. 649, 18 de noviembre de 2005. Consultado en [http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/historico.php?mesNoticia=11&anioNoticia=2005](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/historico.php?mesNoticia=11&anioNoticia=2005)
- SSA (2002). Programa de Acción en Salud Mental, México.
- SSA (2006). [www.generosaludreproductiva.gob.mx](http://www.generosaludreproductiva.gob.mx)
- Syers-McNairy, M. (1990). Mujeres que salen de relaciones violentas: Cómo seguir con la vida: I y II. *Dissertation Abstracts International Sección A: Humanidades y Ciencias Sociales*, 51 (6-A), 2159.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. Larsen, R. L. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquire*, 11, 129-141.
- Toribio-Caballero, S., Cardenal, V., Ávila A., Ovejero, M. (2022). Roles de género y salud mental de las mujeres: su influencia en la demanda de atención psicológica. *Anales de psicología*, 38 (1). <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.450331>
- Triandis, H. C. (1994). *Culture and social behavior*. McGraw-Hill.
- Troy, A.S., Sallcross, A.J., Mauss, I.B., & Wilhelm, F.H. (2010). Seeing the Silver Lining: Cognitive Reappraisal Ability Moderates the Relationship between Stress and Depressive Symptoms. *Emotion*, 10(6), 783-795. DOI: 10.1037/a0020262
- UNAM (2004), “Enfermedades mentales: cuando las voces imaginarias y los fantasmas se vuelven reales”, en Gaceta Biomédicas, Instituto de Investigaciones Biomédicas. Consultado el 30 de mayo de 2006 en [http://www.biomedicas.unam.mx/presenta\\_gaceta.asp?fecha=07/09/2004](http://www.biomedicas.unam.mx/presenta_gaceta.asp?fecha=07/09/2004)
- Vázquez Machado, A. (2013). Depresión, diferencias de género. *Multimed*, 17 (3). 1-21. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>
- Vázquez, C. & Hernández, L. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J.L. Vázquez-Barquero (ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos*. Masson & Elsevier.
- Vázquez, C. & Nieto, M. (2010). Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro y A. Pastor (eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Síntesis.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernández, L. & Romero, N. (2009). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología conductual*. 1-49.
- Vázquez, V. C., Hernández, C. L. & Hervás, T. G. (2004). *Logevidad y emociones positivas*. 752-761.

- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1,1-39.
- Veenhoven, R. (2005). Lo que sabemos de la felicidad. En E. L. Garduño, A. B. Salinas y H. M. Rojas (Eds.): *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México* (pp. 17-55). México: Plaza y Valdés.
- Vera-Villaruel, P., Celis-Atenas, K., & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena. *Terapia Psicológica*, 29(1),127–133. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082011000100013>
- Vera-Villaruel, P., Córdova-Rubio, N., & Celis-Atenas, K (2009). Evaluación del optimismo: Un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *Universitas Psychologica*, 8, 61-68.
- Villaseñor B., SJ, & Rojas M., C., & Albarran L., AJ, & Gonzáles S., AG (2006). Un Enfoque Transcultural De La Depresión. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 69 (1-4),43-50. [fecha de Consulta 3 de Febrero de 2022]. ISSN: 0034-8597. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372039389004>
- Waldrop, AE & Resick, PA (2004). Afrontamiento entre mujeres adultas víctimas de violencia doméstica. *Revista de violencia familiar*, 19(5), 291–302. doi:10.1023/b:jofv.0000042079.918
- Ward, T. (2000). Sexual Offenders´ cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (5), 491-507.
- Wolfe, J. L. & Naimark, H. (1991). Psychological Messages And Social Context. En M. E. Bernard (Ed.), *Using Rational-Emotive Therapy Effectively*. Plenum.
- World Health Organization (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group / Michelle Funk ... [et al]. WHO Library Cataloguing. ISBN 978 92 4 156394 9
- Zajonc, RB (1980). Sentir y pensar: las preferencias no necesitan inferencias. *Psicólogo estadounidense*, 35(2), 151–175. doi:10.1037/0003-066x.35.2.151
- González-Arratia, L.F.N.I. , & Valdez. M.J.L. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 941-955.
- Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldan-Merino, J., & Ferre-Grau, C. (2013). Assessing Positive Mental Health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *Public Health*, 13(928), 1471-2458.
- Díaz-Loving, R., Saldivar, A., Armenta-Huatac, C., Reyes, N. E. , López, F., Moreno, M., Romero, A., & Correa, F. E. (2015). Creencias y normas en México, una actualización del estudio de las premisas psico-socioculturales. *Psyche*, 24(2), 1-25.

- Díaz, L. R. , Rivera, A. S. , & Wolfgang, V. P .M. (2012). Masculinidad, feminidad y salud mental. *Persona*, 15, 137-156.
- Bartolini, S. (2016). Manifiesto por la felicidad. El cambio de una sociedad materialista a una de bienestar. En Gómez-Álvarez, D. & Ortiz-Ortega, V. *Políticas y bienestar subjetivo*. Ariel.
- Gómez-Álvarez, D. & Ortiz-Ortega, V. (2016). *Políticas y bienestar subjetivo*. Ariel.
- Mathews, G. (2016). Felicidad, calidad de vida y bienestar. ¿qué son? ¿cómo pueden ser estudiados? ¿deben ser estudiados? En Gómez-Álvarez, D. & Ortiz-Ortega, V. *Políticas y bienestar subjetivo*. Ariel.
- Díaz-Guerrero, R. (1974). La mujer y las premisas histórico socioculturales de la familia mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 6(1), 7-16.

## Apéndices. Instrumentos que se usaron para la aplicación final y versión digital

### Apéndice A. Datos sociodemográficos

Bienvenid@ a este estudio, soy la Lic. Lilian Rueda, actualmente me encuentro estudiando el **Doctorado en Psicología de la Facultad de Psicología, UNAM, CDMX**, estoy realizando un **estudio para conocer cómo se encuentra la salud mental en las mujeres** y cómo enfrentan diferentes eventos de su vida, por lo que me encuentro recopilando datos acerca de ello mediante la aplicación de un cuestionario a mujeres con **edad entre 18 a 60 años con escolaridad máxima terminada de preparatoria**, las respuestas que obtenga me permitirá analizar los datos para poder crear un plan acerca de cómo como psicólogos podemos mejorar la vida de las mujeres. Es por ello por lo que te pido tu apoyo, tus respuestas serán totalmente **anónimas y confidenciales**, es decir, no te pido datos personales que te identifiquen, en todo momento puedes ya no continuar respondiendo si algo te resulta incómodo, si estás interesada puedes adquirir los resultados finales de esta investigación dejando tu correo electrónico.

¿Deseas participar en este estudio?

Si ( ) no ( )

**Edad:** \_\_\_\_\_ años

Estado civil:

- ( ) Soltera sin hijos  
( ) madre soltera  
( ) Casada  
( ) Unión libre  
( ) Divorciada  
( ) Separada  
( ) Viuda

Religión: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios terminados

- ( ) sin estudios  
( ) primaria  
( ) secundaria  
( ) carrera técnica  
( ) bachillerato/preparatoria  
( ) universidad  
( ) posgrado

¿tienes hijos? ( ) si ( ) no ¿Cuántos?

¿Trabajas? ( ) si ( ) no

¿ocupación?

- ( ) ama de casa  
( ) empleada \_\_\_\_\_ (especificar)  
( ) profesional \_\_\_\_\_ especificar  
( ) otro \_\_\_\_\_ especificar

¿quién sostiene tus gastos económicos? (

- ) Yo misma  
( ) mi pareja ( ) mis padres  
( ) otros: especifica: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nivel máximo de estudios de tus padres?

- Madre: ( ) no lo sé ( ) no estudió ( ) primaria ( ) secundaria ( ) carrera técnica ( ) bachillerato/preparatoria ( ) universidad ( ) posgrado  
Padre: ( ) no lo sé ( ) no estudió ( ) primaria ( ) secundaria ( ) carrera técnica ( ) bachillerato/preparatoria ( ) universidad ( ) posgrado

Ingreso económico promedio al mes propio:

- ( ) yo no genero ingresos  
( ) \$0.00 a \$2,500 mensuales  
( ) \$2,501 a \$4,000 mensuales  
( ) \$4001 a \$6,000 mensuales  
( ) \$6,001 a \$9,000 mensuales  
( ) \$9,001 en adelante mensuales.

(En caso de que tu ingreso económico sea mediante tu pareja o familiares) Ingreso económico promedio al mes familiar ( ) ni mi familia ni mi pareja cubren este ingreso

- ( ) \$0.00 a \$2,500 mensuales  
( ) \$2,501 a \$4,000 mensuales  
( ) \$4001 a \$6,000 mensuales  
( ) \$6,001 a \$9,000 mensuales  
( ) \$9,001 en adelante mensuales.

¿Cómo calificas tu salud física?

- ( ) Mala ( ) Regular ( ) Buena ( ) Excelente

¿cómo calificas tu salud mental?

- ( ) Mala ( ) Regular ( ) Buena ( ) Excelente

**Apéndice B. Escala de Normas y creencias de la felicidad en mujeres mexicanas (Rueda-Rodríguez et. al. 2022) (elaborada en esta investigación).**

**Instrucciones:** A continuación, se enlistan una serie de afirmaciones que le han dicho que debe hacer o lo que usted cree que se debe hacer en las cuales deberá decir que tan de acuerdo o en desacuerdo está con esas oraciones, donde 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Recuerde que no existen respuestas buenas ni malas, sea lo más sincera posible con la forma en la que piensa.

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	4
Una mujer que llevó un hijo en su vientre debe sentirse feliz	0	1	2	3	4
Una mujer debe sentirse feliz por terminar sus estudios	0	1	2	3	4
Me preocupo porque mi familia esté bien	0	1	2	3	4
Me siento infeliz si algo me sale mal.	0	1	2	3	4
Una mujer es menos feliz que un hombre	0	1	2	3	4
Una persona sana es más feliz	0	1	2	3	4
Una mujer debe sentirse feliz cuando está con sus hijos	0	1	2	3	4
Una mujer debe tener independencia económica	0	1	2	3	4
Los hijos son la mayor felicidad	0	1	2	3	4
Me siento una persona incompleta	0	1	2	3	4
Un hombre es más feliz que una mujer	0	1	2	3	4
Las personas felices tienen alta autoestima	0	1	2	3	4
Una buena madre debe sentirse feliz por ser madre	0	1	2	3	4
Una mujer debe ser responsable de sus decisiones	0	1	2	3	4
Sonríe más cuando estoy en familia	0	1	2	3	4
La felicidad se me ha ido por ocuparme de cosas que no valen la pena	0	1	2	3	4
Los hombres tienen más autoestima que las mujeres	0	1	2	3	4
Un propósito en la vida debe ser tener una casa propia	0	1	2	3	4
Una buena madre debe hacer felices a sus hijos	0	1	2	3	4
Uno de mis sueños es ser mi propia jefa o tener un alto puesto	0	1	2	3	4
El cariño de mis seres queridos es muy importante	0	1	2	3	4
Me pone mal no tener quien me apoye en la vida	0	1	2	3	4
Disfruto la vida	0	1	2	3	4
Mi familia debe ser mi mayor éxito	0	1	2	3	4
Mi única prioridad es mi familia	0	1	2	3	4
Una persona debe ocuparse más de su familia que de su trabajo	0	1	2	3	4



## **Apéndice C. Escala de Creencias Irracionales en población mexicana, versión de Jones. (validada para este estudio)**

**Instrucciones:** A continuación se le presenta una serie de afirmaciones en las cuales deberá indicar que tan de acuerdo o en desacuerdo está con esas ideas, donde 1=Totalmente en desacuerdo a 5=Totalmente de acuerdo), recuerde que no existen respuestas buenas o malas, solo responda la que crea que está más cercana a cómo usted piensa.

1. Tengo miedo de no poder hacer bien las cosas.
2. Me preocupo por qué tanto me aprueba o me acepta la gente
3. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes
4. Si algo afectó tu vida en el pasado, siempre lo hará.
5. Puedo estar en paz conmigo mismo, aunque otros no lo estén.
6. Me preocupo demasiado por cosas futuras
7. Es importante para mí que otros me aprueben
8. Suelo abandonar las cosas, proyectos o situaciones.
9. Somos esclavos de nuestra historia personal
10. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo, al menos que él mismo se haga permanecer así.
11. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan.
12. Quiero que todos me estimen
13. Evito enfrentar mis problemas
14. Es casi imposible vencer las influencias del pasado.
15. Aunque me agrada la aprobación de los demás, no es una necesidad para mí.
16. Me irrito fácilmente por pequeñeces.
17. Me interesan mucho los sentimientos que la gente tiene hacia mí.
18. Pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora.
19. Es difícil despojarme de mis temores
20. No puedo olvidarme de mis preocupaciones
21. Me molesta muchísimo cometer errores.
22. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan.

## Apéndice D. Inventario de Ansiedad de Beck.

**Instrucciones:** A continuación, se presenta una lista que contiene algunos síntomas. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando la intensidad de la molestia. **Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, indique lo que se acerque más a su experiencia.**

	Poco o nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente
1. Entumecimiento, hormigueo	0	1	2	3
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	0	1	2	3
3. Debilitamiento de las piernas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Miedo a que pase lo peor	0	1	2	3
6. Sensación de mareo	0	1	2	3
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	0	1	2	3
8. Inseguridad	0	1	2	3
9. Terror	0	1	2	3
10. Nerviosismo	0	1	2	3
11. Sensación de ahogo	0	1	2	3
12. Manos temblorosas	0	1	2	3
13. Cuerpo tembloroso	0	1	2	3
14. Miedo a perder el control	0	1	2	3
15. Dificultad para respirar	0	1	2	3
16. Miedo a morir	0	1	2	3
17. Asustado	0	1	2	3
18. Indigestión o malestar estomacal	0	1	2	3
19. Debilidad	0	1	2	3
20. Ruborizarse	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

## Apéndice E. Escala de Vulnerabilidad Social

**Instrucciones:** A continuación se le presentan una serie de situaciones de vulnerabilidad a las que las mujeres se enfrentan, en los que debe responder que tan vulnerable se ha sentido en toda tu vida donde 0 es nada vulnerable y 5 es muy vulnerable. **Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, indique lo que se acerque más a su experiencia.**

	Nada vulnerable				Muy vulnerable	
	0	1	2	3	4	5
Vivir acoso sexual	0	1	2	3	4	5
Vivir acoso escolar	0	1	2	3	4	5
Vivir acoso físico	0	1	2	3	4	5
Vivir violencia social	0	1	2	3	4	5
Vivir acoso laboral	0	1	2	3	4	5
Padecer VIH/SIDA	0	1	2	3	4	5
Padecer una enfermedad degenerativa	0	1	2	3	4	5
Padecer una infección de transmisión sexual (ITS)	0	1	2	3	4	5
Padecer diabetes	0	1	2	3	4	5
Verme fea	0	1	2	3	4	5
Verme gorda	0	1	2	3	4	5
Sentirme incómoda con mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
Sentirme mal conmigo misma	0	1	2	3	4	5
Tener hijos	0	1	2	3	4	5
Ser hija de madre/padre soltera/o	0	1	2	3	4	5
Ser viuda	0	1	2	3	4	5
Tener un embarazo no deseado	0	1	2	3	4	5
Ser madre soltera	0	1	2	3	4	5
Tener un familiar enfermo	0	1	2	3	4	5
Tener un hijo/a enfermo/a	0	1	2	3	4	5
Que alguien de mi familia tenga problemas de drogadicción	0	1	2	3	4	5
Que alguien de mi familia tenga problemas de alcoholismo	0	1	2	3	4	5
No tener hijos	0	1	2	3	4	5
No poder tener hijos	0	1	2	3	4	5
No tener pareja	0	1	2	3	4	5
Ser soltera	0	1	2	3	4	5
Ser pobre (escasos recursos económicos)	0	1	2	3	4	5
No tener trabajo remunerado	0	1	2	3	4	5
Tener trabajo remunerado	0	1	2	3	4	5
Los problemas ocasionados por mi familia de origen (padres, hermanxs, primxs, tixs, etc.)	0	1	2	3	4	5
Sentirme estresada	0	1	2	3	4	5
Sentirme ansiosa	0	1	2	3	4	5
Sentirme deprimida	0	1	2	3	4	5
Sentir mas responsabilidades de las que creo me corresponden	0	1	2	3	4	5

## Apéndice F. Inventario de Depresión de Beck

**Instrucciones:** En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. por favor lea cuidadosamente cada una de las oraciones, posteriormente elija una oración de cada grupo que mejor describa la manera en cómo se sintió la semana pasada inclusive el día de hoy. Asegúrese de leer todas las oraciones antes de elegir una. **Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, indique lo que se acerque más a su experiencia.**

1) 0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	2) 0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado 2. Espero ser castigado 3. Siento que he sido castigado
3) 0. En general no me siento descorazonado por el futuro 1. Me siento descorazonado por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar	4) 0. Yo no me siento desilusionado de mi mismo 1. Estoy desilusionado de mi mismo 2. Estoy disgustado conmigo mismo 3. Me odio
5) 0. Yo no me siento como un fracasado 1. Siento que he fracasado más que las personas en general. 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona	6) 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
7) 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo	8) 0. Yo no tengo pensamientos suicidas 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo 2. Me gustaría suicidarme 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad
9) 0. En realidad yo no me siento culpable 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo 3. Me siento culpable todo el tiempo	10) 0. Yo no lloro más de lo usual 1. Lloro más de lo que solía hacerlo 2. Actualmente lloro todo el tiempo 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11) 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar 1. Me enoja o me irrita más fácilmente que antes 2. Me siento irritado todo el tiempo 3. Ya no me irrita de las cosas por las que solía hacerlo	12) 0. Mi apetito no es peor de lo habitual 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo 2. Mi apetito está muy mal ahora 3. No tengo apetito de nada
13) 0. Yo no he perdido el interés en la gente 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar 2. He perdido en gran medida el interés en la gente 3. He perdido todo el interés en la gente	14) 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente 1. He perdido más de dos kilogramos 2. He perdido mas de cinco kilogramos 3. He perdido más de ocho kilogramos A propósito estoy tratando de perder peso comiendo

	menos. Sí _____ No _____
15) 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho 1. Pospongo tomar decisiones más que antes 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes 3. Ya no puedo tomar decisiones	16) 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes 1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
17) 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía 1. Estoy preocupado (a) por verme viejo (a) o poco atractivo (a) 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a) 3. Creo que me veo feo (a)	18) 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora 3. He perdido completamente el interés por el sexo
19) 0. Puedo trabajar tan bien como antes 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo 2. Tengo que obligarme para hacer algo 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo	20) 0. Yo no me canso más de lo habitual 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo 2. Con cualquier cosa que haga me canso 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
21) 0. Puedo dormir tan bien como antes 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir	<b>Nivel de depresión Puntaje Crudo</b> Mínima 0 a 9 Leve 10 a 16 Moderada 17 a 29 Severa 30 a 63

## Apéndice G. Escala de Bienestar Psicológico

**Instrucciones:** A continuación se presentan algunas frases que expresan cómo nos podemos sentir las personas, de cada una usted deberá indicar que tan de acuerdo o en desacuerdo se encuentra usted con cada frase, en un continuo donde 1 es totalmente en desacuerdo y 6 es totalmente de acuerdo. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, indique lo que se acerque más a su experiencia.

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
2. *A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones*
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente
4. *Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida*
5. *Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga*
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
8. *No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar*
9. *Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí*
10. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto
11. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
12. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
13. *Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones*
14. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo
15. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro
16. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí
17. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad
18. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
19. *Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen*
20. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida
21. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo
22. *No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza*
23. *Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos*
24. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo
25. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí
26. *Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona*
27. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona
28. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
29. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

## Apéndice H. Escala de Desregulación emocional

**Instrucciones:** A continuación se presenta una serie de afirmaciones que reflejan situaciones que una persona puede vivir, elija la respuesta que indique en qué medida le ha pasado lo que describe la frase, donde 1 es **nunca** y **5 es siempre**. **Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, indique lo que se acerque más a su experiencia.**

1. Percibo con claridad mis sentimientos
2. Presto atención a como me siento
3. No tengo ni idea de cómo me siento
4. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos
5. Estoy atento a mis sentimientos
6. Doy importancia a lo que estoy sintiendo
7. Estoy confuso sobre lo que siento
8. Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones
9. Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos.
10. Cuando me encuentro mal, pierdo el control
11. Cuando me encuentro mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas
12. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control
13. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil
14. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera
15. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme
16. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento
17. Cuando me encuentro mal, me irrito conmigo mismo por sentirme de esa manera
18. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo
19. Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento
20. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa

## Apéndice I. Escala de Salud Mental Positiva

**Instrucciones:** A continuación se le presentan una serie de frases referentes a algunos aspectos que una persona puede sentir, pensar o vivir diariamente e indique con qué frecuencia experimenta o vive cada una de ellas en un continuo de cinco opciones de respuesta que van de 1 (nunca) a 5 (siempre). **Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, indique lo que se acerque más a su experiencia.**

1. Me siento contento (a)
2. Puedo cuidarme solo (a) y defender mis derechos
3. Soy sociable
4. Trato a todas las personas con aceptación y respeto, aunque sean diferentes de mi
5. Hago ejercicio físico (deportes, baile, correr, caminar, gimnasio, etc.)
6. Me analizo a mí mismo (a)
7. Siento que mi salud me limita
8. Me siento feliz
9. Necesito la aprobación de otras personas a la hora de tomar decisiones
10. Tengo facilidad para hacer amistades
11. Respeto las decisiones y derechos de las demás personas, aunque a veces no esté de acuerdo con ellas
12. Me siento bien con la salud que tengo
13. Hablo conmigo, me pregunto qué quiero, qué siento
14. Tengo pensamientos extraños que nadie entiende
15. Me siento alegre
16. Actúo de acuerdo con mis propias convicciones
17. Me adapto fácilmente a diferentes situaciones sociales
18. Puedo ponerme en el lugar de los (las) demás y comprenderlos (las).
19. Tengo tiempo libre para hacer otras actividades diferentes a mis ocupaciones diarias
20. Reflexiono acerca de mi
21. Pierdo el contacto con la realidad
22. Me siento feliz conmigo misma (o)
23. Puedo solucionar con cierta tranquilidad los problemas de la vida diaria
24. Puedo expresar lo que siento cuando estoy en un grupo, con familiares, a amigos o conocidos
25. Puedo expresar mis sentimientos y opiniones ante la gente sin faltar al respeto.
26. Siento que mi organismo funciona de manera aceptable para mi
27. Después de hacer algo importante para mí, pienso acerca de lo que hice, cómo lo hice o por qué lo hice
28. Me siento mal cuando tengo tiempo libre
29. Me siento bien con la vida que tengo
30. Me siento bien preparado (a) para enfrentar las situaciones difíciles de mi vida
31. Puedo relacionarme positivamente con los y las demás
32. Realizo alguna actividad sana que me ayuda a desahogarme o relajarme o expresar mis emociones
33. Conozco mis virtudes, habilidades y defectos
34. Me siento solo (a) y no me gusta
35. Trato de cuidarme y llevar una alimentación sana
36. Realizo actividades recreativas y divertidas
37. Duermo y descanso lo que mi cuerpo necesita



Con el propósito de acercar la atención psicológica a la población, la Universidad Nacional Autónoma de México ofrece los servicios de una Línea de Atención Psicológica Call Center especializada en salud mental.

A través del número 55 5025 0855, expertos ofrecen ayuda de primer contacto en temas como problemas de pareja, ansiedad, depresión, crisis de pánico, entre otros.

O bien, deja tus datos por internet y se comunicarán contigo, ingresa a <https://misalud.unam.mx/covid19/>

Se trata de un servicio gratuito abierto a todo el público.

Gracias por tus respuestas y tu valioso tiempo.

Fui feliz, al escribir y poder llegar a esta hoja.