

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES MEXICANOS: UN ANÁLISIS ESTRUCTURAL

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND MENTAL HEALTH PROBLEMS IN MEXICAN STUDENTS: A STRUCTURAL ANALYSIS

Arturo Juárez-García* y Javier Neri-Uribe**

Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

Recibido: 28 de julio de 2016

Aceptado: 30 de noviembre de 2016

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue proponer un modelo estructural que delinee la relación que guardan distintas características psicológicas en su relación con problemas de salud mental por medio de un modelo de ecuaciones estructurales. En una muestra no aleatoria e intencional de $N = 231$ estudiantes, el modelo especificado demuestra que las variables de ira-rasgo, abnegación y locus de control interno tienen efectos en problemas de salud mental a través de mediadores como la ira contenida, la falta de asertividad y la autoeficacia, y que estos guardan las relaciones teóricas esperadas ($X^2 = 50.24$, $gl = 35$ y $p = 0.04$; razón $X^2/gl = 1.44$, CFI = .98, NFI = .93, IFI = .98, RMSEA = .04). Se discuten estos hallazgos en términos de su contribución a la comprensión de los mecanismos de la compleja relación de las características psicológicas, la personalidad y la salud.

Palabras clave: Personalidad, ira, autoeficacia, abnegación, control percibido, salud mental.

ABSTRACT

The objective of this study was to propose a structural model that delineates the relationship between different psychological characteristics in relation to mental health problems through a structural equation model. In a non-random, intentional sample of $N = 231$ students, the specified model demonstrates that anger-trait, self-denial and internal locus of control variables have effects on mental health problems through mediators such as anger-in, lack of assertiveness, and self-efficacy, and that they keep the expected theoretical relationships ($X^2 = 50.24$, $gl = 35$ and $p = 0.04$; razón $X^2/gl = 1.44$, CFI = .98, NFI = .93, IFI = .98, RMSEA = .04). These findings are discussed in terms of their contribution to understanding the mechanisms of the complex relationship among psychological characteristics, personality and health.

Keywords: Personality, anger, self-efficacy, self-denial, perceived control, mental health

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 22(2): 239-248, 2016

ISSN: 1729-4827 (Impresa)

ISSN: 2233-7666 (Digital)

Introducción

De las teorías clásicas de personalidad, la de Eysenck (1967) ubicó originalmente a las dimensiones de neuroticismo-estabilidad emocional y de la introversión-extroversión como características asociadas a problemas de salud (siendo los más introvertidos y de emociones negativas los que más enferman). La nocividad de estos dos factores se siguió confirmando en un sinnúmero de estudios con distintos modelos o teorías de personalidad, incluyendo la más reciente y popular teoría de «los cinco grandes» (Costa y McCrae, 1980; Costa y McCrae, 1990; Goldberg, 1990; Lahey, 2009; Shiple, Weiss, Der, Taylor y Deary, 2007). Esto también incluyó a muestras de estudiantes, y sus problemas de desempeño, psiquiátricos o actitudes de suicidio (Drapeau, Cerel y Moore, 2016; Heinze, Vargas y Cortés Sotres, 2008). Vale la pena decir que una de las contribuciones teóricas más valiosas de la teoría de los «cinco grandes», que poco se difunde, es la clara diferenciación de tendencias básicas generales que definen la personalidad (los 5 factores) de otras características psicológicas particulares en los individuos tales como las adaptaciones condicionadas culturalmente, las reacciones emocionales, los patrones de comportamiento aprendidos y el autoconcepto y otros esquemas individuales, los que en sinergia compleja con estos 5 factores influyen sobre diversos resultados en la vida de las personas (McCrae y Costa, 1999).

En este sentido, en el estudio de las «termitas» sobre personalidad y mortalidad (Friedman et al., 1995; Terman y Oden, 1947) se planteó que ha habido una sobreestimación y confusión sobre la relevancia de los factores de neuroticismo y extraversión en la enfermedad y la mortalidad, lo que se confirma no solo en las inconsistencias de las relaciones de tales variables en la literatura, sino sobre todo en una visión bastante limitada de estas complejas interconexiones causales, ya que poco se han considerado diversos mecanismos mediadores de tendencias comportamentales, reacciones emocionales y estilos cognitivos como canales directos de la influencia indirecta de los factores generales de personalidad sobre la salud, el bienestar y la longevidad en general (Chapman, Roberts y Dubstein, 2011; Friedman, 2000; Friedman, 2008; Lazarus y Folkman, 1986). En este sentido, una investigación longitudinal reciente con estudiantes

demonstró que los factores de personalidad de extroversión y neuroticismo solo tenían efecto en la satisfacción con la vida cuando eran mediados por ciertas estrategias de afrontamiento centradas en el control emocional y cognitivo (Lyons, Huebener y Hills, 2016).

Este es el caso de la personalidad «tipo A» (Friedman y Rosenman, 1959), la cual ha sido vinculada al factor de neuroticismo-estabilidad emocional y entendida como un patrón de comportamiento vulnerable a la enfermedad cardiovascular. La línea de investigación del «tipo A» se ha visto debilitada en las últimas décadas debido a una visión unicista y atemporal de relaciones simples con la salud y a la omisión de mecanismos específicos e intermedios que configuran distintas sinergias implicadas en este proceso, entre ellos, el manejo y expresión de las emociones, en particular el de la ira-hostilidad (Friedman, 2008; Spielberger et al., 1985; Williams, Barefoot y Shekelle, 1985). Cabe resaltar que el mismo «tipo A» de personalidad puede vislumbrarse a su vez como un mecanismo mediador y resultado de combinación de factores generales de personalidad tales como el neuroticismo, agradabilidad y la conciencia (Chapman et al., 2011; Friedman, 2000), los que pueden tener valencias positivas y negativas de su contribución a la salud dependiendo de la particularidad de sus sinergias y, por ello, quizás las inconsistencias previas en su estudio. La separación posterior de componentes tóxicos y de los saludables en los tipo A llevó a la identificación de la hostilidad como particular elemento de riesgo a la salud (Dembroski y Costa, 1987; Siegman y Smith, 1994).

La contribución del eje neuroticismo-estabilidad emocional en la salud destaca por el reconocimiento auténtico de las diferencias individuales que vienen del temperamento emocional y cobra quizás su futura relevancia en la prometedora dimensión de la ira-hostilidad, en particular en la taxonomía propuesta por Spielberger et al. (1985), cuyo inventario de la expresión ira-hostilidad (State-Trait Anger Expression Inventory - STAXI) ha sido validado y adaptado a población latinoamericana (Moscoso, 2000). Aquí se propone una diferenciación en la categoría de «rasgo» frente a «estado» y una distinción entre «expresión» y «supresión» de la ira-hostilidad, lo que ha sido prácticamente ignorado en la investigación en términos de su influencia en el proceso salud-enfermedad

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

de manera diferencial. Hasta ahora queda claro que la ira-hostilidad se ha asociado fuertemente a trastornos cardíaco-coronarios, y eso incluye muestras de adolescentes y adultos jóvenes (León y Sirlopu, 1996).

Por otro lado, aunque ahora los estudios epidemiológicos longitudinales más importantes confirman la predicción del factor de personalidad de «conciencia» en la longevidad y el bienestar en general, y su primacía sobre los factores de extroversión y estabilidad emocional-neuroticismo (Friedman, 2000; Jokela et al., 2013), observamos que los rasgos específicos de este factor (ser autodisciplinado, ordenado, confiable, cumplido, diligente, entre otros) implican necesariamente una capacidad de autocontrol cognitivo y comportamental que poco se han estudiado en relación a este factor. Asimismo, encontramos que otras características de este factor (conciencia) implican inevitablemente la adopción de conductas prosociales definidas en una comunidad como «buenas» o influidas por normas socialmente deseables que se han establecido en un determinado contexto (ajustándose así a la sociedad de manera saludable y exitosa), por lo que la idiosincracia o la cultura de cada región pueden jugar un papel relevante en este factor que tampoco se ha explorado.

En cuanto al autocontrol cognitivo destacan el locus de control y la autoeficacia como diferencias individuales centradas en creencias de control de las personas (creer que se tiene influencia sobre situaciones de la vida y que se tiene capacidad para poder enfrentarlas exitosamente), las que configuran disposiciones relativamente estables teóricamente asociadas al autocontrol y elevados niveles de «conciencia» que influyen en la salud. Las revisiones de la literatura y los clásicos respaldan ampliamente la relación entre locus de control y autoeficacia, así como su influencia en el estrés, la salud y el bienestar (Bandura, 1994; Lefcourt, 2013; Rotter, 1966; Schwarzer, 2014). En estudiantes se ha corroborado que estas creencias influyen de manera positiva en conductas como hacer ejercicio, manejar el estrés, controlar el dolor, entre otras (Astudillo-García y Rojas-Russell, 2006). Sin embargo, siguen incomprensibles sus relaciones simultáneas a otros factores como la ira-hostilidad o el control emocional en el proceso salud-enfermedad.

Por lo que refiere el papel de la cultura, las normas sociales y la configuración de la personalidad, en México, Díaz-Guerrero (2003) dedicó gran parte de su trayectoria a distinguir rasgos idiosincráticos de los mexicanos distintivos a los de los estadounidenses que eran mucho más apreciados, valorados y recompensados en las respectivas culturas, a los que definía como *premisas socioculturales*. Dentro del marco de una nueva etnopsicología, entre los rasgos más diferentes entre estudiantes mexicanos y estadounidenses destaca su descubrimiento de la abnegación (autosacrificio en beneficio de otros) y la falta de asertividad (falta de autoafirmación) como características sobresalientes de los mexicanos, los que se confirman en otros estudios al mismo tiempo que muestran su relativa independencia a los grandes factores de personalidad (Avedaño y Díaz Guerrero, 1990; Avedaño, Díaz-Guerrero y Reyes-Lagunes, 1997; Flores y Aguilar, 1998; Flores y Díaz-Loving, 2004).

En algunos trabajos en muestras de estudiantes mexicanos se encontró que la abnegación estaba asociada al bajo rendimiento escolar y síntomas físicos (Juan-Hernández y Méndez-Bastida, 2008), y otros concluyeron que la asertividad tiene una correlación con el bienestar psicológico y el rendimiento académico (Velásquez et al., 2008). En general, pocos estudios documentan la asociación directa de estos componentes con la salud y la mayoría ubica su influencia más bien indirecta en sinergia con otros componentes mediadores del individuo en modelos complejos (Domínguez-Guedea y Díaz-Loving, 2016; Márquez y Juárez-García, 2016; Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Moreno y Garrosa, 2006; Roldán, Salazar y Garrido, 2014).

En el contexto de lo antes expuesto surge un sinnúmero de interrogantes respecto de la configuración y los mecanismos que delinear las complejas relaciones entre las características psicológicas y la salud. Lo que queda claro hasta hoy es la importancia de visualizar a características específicas tales como el locus de control, la autoeficacia, la expresión de la ira-hostilidad, la asertividad o la abnegación, dentro de comunes denominadores de lo temperamental-emocional (e.g. ira-rasgo), lo cognitivo (e.g. locus de control) y lo social (e.g. abnegación), y como mecanismos intermedios en la

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

relación entre las grandes categorías generales de la personalidad y el proceso salud-enfermedad. Por ello, crece la necesidad de explorar las relaciones que guardan estas variables, sus mecanismos y asociaciones con resultados de salud específicos, en lugar de insistir en las inasequibles hipótesis de relaciones únicas y directas de los factores generales de la personalidad y la salud en general. Vale la pena señalar que las escalas de los cinco grandes factores generales de personalidad han mostrado inconsistencias en su estabilidad estructural en México (Rodríguez y Church, 2003).

Los problemas mentales de estudiantes adolescentes y universitarios mexicanos han sido subestimados a pesar de su gravedad y prevalencias (Benjet et al., 2009; Cantón, 2008; Medina-Mora et al., 2003), por lo que en el presente estudio se propone probar un modelo estructural que delinea la relaciones que guardan características psicológicas tales como la ira-hostilidad (ira rasgo, control emocional de la ira, supresión de la ira), el locus de control, la autoeficacia, la abnegación y la falta de asertividad, y su relación con problemas mentales en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos.

Método

Participantes

La muestra se conformó de manera no aleatoria e intencional, con un total de 231 estudiantes de secundaria (33.3 %), preparatoria (23.4 %) y licenciatura (43.3 %). La heterogeneidad de la muestra se buscó para dar la mayor variabilidad posible, asegurándonos de la inexistencia de diferencias importantes de las variables entre los distintos niveles educativos. El promedio de edad fue de 18.66 con una desviación estándar de 5.66 años, siendo el 95 % menor de 26 años. Del total de la muestra, 133 participantes son mujeres (57.6 %) y 93 de ellos (40.3 %) pertenecen al género masculino.

Instrumentos

- *Inventario multicultural latinoamericano de la expresión de ira-hostilidad.* Este inventario fue adaptado y validado por Moscoso (2000), cuya base se encuentra en el STAXI (Spielberger et al., 1985). Comprende 44 ítems que valoran la ira en términos de

rasgo/estado y su expresión: manifiesta/contenida/controlada. Para el presente estudio se hizo una selección de ítems de las siguientes subescalas: control emocional de la ira manifiesta (7 ítems), ira contenida (5 ítems) e ira rasgo (5 ítems), debido a que mostraron mejores propiedades. Las opciones de respuesta fueron desde «nunca o rara vez» (1) hasta «siempre» (4). Estudios previos mostraron alfas de Cronbach entre $\alpha = .61$ y $\alpha = .99$ (Moscoso, 2000).

- *Escala de autoeficacia.* Se utilizó una escala adaptada a estudiantes y validada en estudios previos por Juárez-García y Noriega (2015). Consta de 8 afirmaciones con 4 opciones de respuesta que van desde «no, totalmente en desacuerdo» (1) hasta «sí, totalmente de acuerdo» (4). En estudios previos se encontró un alfa de Cronbach de $\alpha = .82$.
- *Escala de abnegación y asertividad.* Se utilizaron las subescalas de abnegación social y abnegación sensitiva (catalogada más bien como falta de asertividad) de Avendaño y Díaz Guerrero (1990). Esta escala consta de 11 ítems, aunque la escala de respuesta para fines de esta investigación se cambió de 2 opciones: de «falso» a verdadero» a 4 opciones: de «nunca o rara vez» (1) a «siempre» (4). Los índices de confiabilidad obtenidos en estudios previos para los factores oscilaron entre $\alpha = .69$ y $\alpha = .81$.
- *Escala de locus de control interno.* Consta de 11 preguntas basadas en la escala de La Rosa (1986), que corresponden a 4 opciones que van de «nunca o rara vez» (1) a «siempre» (4). Estudios previos mostraron índices de confiabilidad de $\alpha = .87$.
- *Escala GHQ.* Comprende 28 afirmaciones que exploran las dimensiones de depresión, disfunción social, trastornos de sueño y síntomas somáticos. Fue validada en población mexicana por Medina-Mora et al. (1983). Incluye 4 opciones de respuesta: «no» (1), «como antes» (2), «más que antes» (3) y «mucho más que antes» (4), aunque el método de codificación elegido fue solo considerar las últimas dos opciones como presencia del síntoma, de manera que cada ítem cuenta como un síntoma en caso de marcar 3 o 4 (total 28 síntomas). La consistencia interna en estudios previos ha estado entre $\alpha = .52$ y $\alpha = .72$.

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

Procedimiento

Las escalas se aplicaron de forma grupal durante las clases. La batería que agrupó todas las escalas fue contestada a papel y a lápiz. Se protegió la confidencialidad tanto de los participantes como de sus respuestas bajo todas las circunstancias y se siguieron las consideraciones éticas señaladas por algunos autores (Koepsell y Ruiz, 2015), así como en guías de investigación con seres humanos (Asociación Médica Mundial, 1964). Los datos recabados se analizaron con base en estadísticos descriptivos y bivariados mediante el programa SPSS, versión 23. Para el análisis estructural se utilizó el submódulo de AMOS.

El modelo estructural se especificó considerando aspectos teóricos y empíricos. Teóricamente se establecieron características psicológicas que pudieran considerarse como categorías más generales y que representarían los distintos ámbitos de la personalidad: el componente emocional-temperamental (ira-rasgo), el social (abnegación) y el cognitivo (locus de control), que dieron origen a trayectorias iniciales hacia otras variables que teóricamente pudieran ser resultado de estas y que a su vez se asociaran a problemas mentales (ira contenida, autoeficacia, etc.) (Figura 1). Además de las relaciones teóricas esperadas, las trayectorias se establecieron considerando los análisis de correlación bivariados obtenidos inicialmente y el comportamiento de los índices de ajuste hasta obtener el mejor modelo. El método de estimación utilizado en el modelo estructural fue máxima verosimilitud, recomendado cuando los datos provienen de una distribución normal (Ullman, 2006). Para determinar la bondad de ajuste del modelo se consideró como un indicador de ajuste absoluto el chi-cuadrado ($X^2 > .05$) y la razón ($X^2/gl < 3$); como uno de ajuste comparativo, el CFI (*Comparative Fit Index* $> .90$); como indicador de ajuste parsimonioso, el NFI (*Normed Fit Index* $> .90$); y, por último, el RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation* $< .08$), en virtud de lo señalado por algunos autores respecto de considerar diversos estadísticos para asumir con mayor certeza dicho ajuste (Ruíz, Pardo y San Martín, 2010).

Resultados

Inicialmente, la normalidad de los datos fue analizada con base en los coeficientes de asimetría y curtosis. De manera general, las variables presentaron ambos coeficientes en rango entre -1 y +1, así como entre -2 y +2, lo que a decir de algunos autores es aceptable para asumir procedencia de una distribución normal (Lomax, 2001). Por otra parte, su confiabilidad se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, y en consideración del tamaño de la muestra, se estimaron sus intervalos de confianza correspondientes, ya que a decir de algunos autores su valor poblacional como el de otros estadísticos está sujeto a variaciones que impiden asumir estabilidad (Domínguez-Lara y Merino-Soto, 2015).

En general, los coeficientes alfa obtenidos se presentaron en un rango aceptable (entre $\alpha = .70$ y $\alpha = .86$), excepto el de ira contenida, el cual fue reducido ($\alpha = .57$), aunque este se conservó en los análisis por razones teóricas. Estos resultados y los de otros estadísticos tales como la media y desviación estándar se muestran en la Tabla 1. Entre estos, se destacan las medias de abnegación y locus interno al haber sido las más altas, que ayudan a reforzar las hipótesis de esta investigación en relación a las influencias socioculturales sobre la personalidad de la población mexicana, al menos en la que participa en este estudio. Por otro lado, la media de las dimensiones indicadoras de problemas de salud mental (síntomas somáticos, trastornos del sueño, disfunción social y depresión), en general, se presentaron como las menores, lo que indica una baja presencia de tales síntomas.

En un siguiente paso se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las características psicológicas y los indicadores de salud mental. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 2, en donde se observa que la mayoría de las relaciones fueron significativas y con una fuerza de asociación de reducida a regular; la mayor se presentó entre control emocional y autoeficacia ($r = .56, p < .01$); y la menor, entre locus interno y falta de asertividad ($r = .13, p < .05$).

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

Tabla 1
Estadísticos descriptivos y coeficientes de confiabilidad de variables de estudio

| Dimensión | Media | Mínimo | Máximo | DE | α de Cronbach | Intervalos de confianza α de Cronbach ^a | |
|----------------------|-------|--------|--------|-----|----------------------|--|-----|
| Ira rasgo | 1.67 | 1.00 | 3.33 | .46 | .70 | .51 | .67 |
| Abnegación | 2.90 | 1.00 | 4.00 | .69 | .86 | .83 | .89 |
| Locus interno | 3.33 | 1.00 | 4.00 | .69 | .94 | .93 | .95 |
| Falta de asertividad | 2.12 | 1.00 | 4.00 | .62 | .72 | .66 | .77 |
| Ira contenida | 1.70 | 1.00 | 3.40 | .53 | .57 | .47 | .65 |
| Control emocional | 2.53 | 1.00 | 4.00 | .66 | .86 | .83 | .89 |
| Autoeficacia | 2.56 | 1.13 | 4.00 | .62 | .84 | .80 | .87 |
| Síntomas somáticos | .14 | .00 | 1.00 | .23 | .80 | .75 | .84 |
| Trastornos del sueño | .14 | .00 | 1.00 | .22 | .81 | .77 | .85 |
| Disfunción social | .10 | .00 | .86 | .17 | .80 | .76 | .84 |
| Depresión | .10 | .00 | 1.00 | .19 | .84 | .80 | .87 |

^a Método de estimación: Bonnet (2002)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2
Resultados obtenidos de las correlaciones de Pearson entre las dimensiones de estudio

| | Abnegación | Locus interno | Falta de asertividad | Ira contenida | Control emocional | Autoeficacia | Síntomas somáticos | Transtorno del sueño | Disfunción social | Depresión |
|----------------------|------------|---------------|----------------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------|----------------------|-------------------|-----------|
| Ira rasgo | -.229** | -.045 | .022 | .343** | -.261** | -.119 | .184** | .233** | .208** | .105 |
| Abnegación | | .504** | .182** | -.006 | .503** | .559** | .016 | -.012 | -.075 | -.204** |
| Locus interno | | | .129* | -.037 | .317** | .496** | .025 | -.048 | -.108 | -.237** |
| Falta de asertividad | | | | .356** | -.004 | .039 | .258** | .171** | .201** | .143* |
| Ira contenida | | | | | .000 | -.031 | .239** | .241** | .232** | .211** |
| Control emocional | | | | | | .564** | -.079 | -.064 | -.053 | -.178** |
| Autoeficacia | | | | | | | -.101 | -.123 | -.179** | -.311** |
| Síntomas somáticos | | | | | | | | .657** | .506** | .343** |
| Trastornos del sueño | | | | | | | | | .496** | .307** |
| Disfunción social | | | | | | | | | | .422** |

* Correlación significativa al nivel .05 (bilateral) ** Correlación significativa al nivel .01 (bilateral)

Fuente: Elaboración propia

Posteriormente y con base en la revisión de la literatura, las relaciones teóricas esperadas y los resultados de las correlaciones bivariadas obtenidas, se especificó un modelo estructural con las trayectorias representadas en la Figura 1, las que en un siguiente paso se estimaron directamente por medio del método de máxima verosimilitud. Vale la pena señalar que siguiendo los índices de modificación sugeridos por el programa AMOS, del modelo originalmente

especificado, solo se retiró el parámetro de la relación entre control emocional y salud mental, y se correlacionaron los errores de ira contenida y depresión, los que se aceptaron debido a que no debilitaban teóricamente el modelo. Considerando las relaciones que guardan entre sí dichas características psicológicas y sus relaciones con el constructo general de salud mental, el modelo final mostró índices de ajuste satisfactorios ($X^2 = 50.24$, $gl = 35$ y $p = 0.04$;

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

razón $X^2/df = 1.44$; CFI = .98, NFI = .93, IFI = .98, RMSEA = .04). Es interesante hacer notar que, como resultado de las variables incluidas en el modelo, la varianza explicada de salud mental fue del 18 %, mientras que la de algunas de sus dimensiones, tales como síntomas somáticos

(66 %) y trastornos del sueño (62 %) fueron considerablemente más elevadas. Por otro lado, la varianza explicada de algunas de las características de personalidad, tales como autoeficacia (37 %) e ira contenida (22 %) fue de una magnitud aceptable.

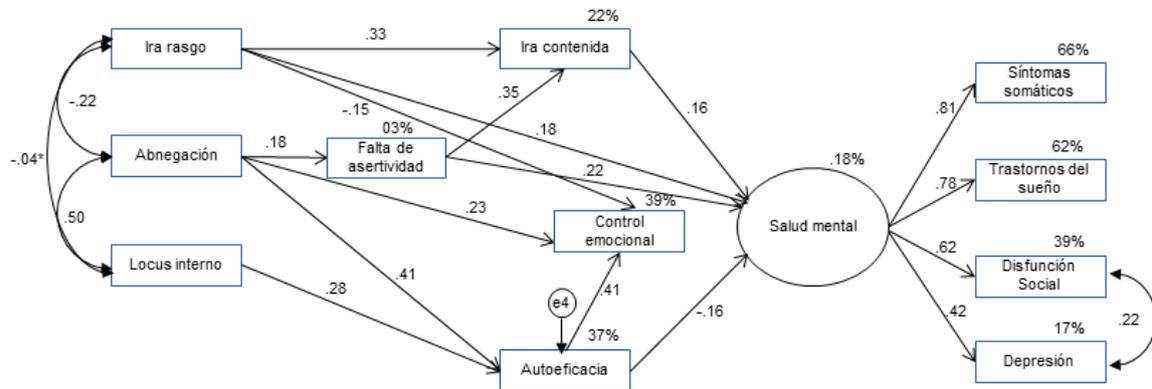


Figura 1. Modelo estructural de las relaciones entre las características personales y salud mental en estudiantes

* No sig., % = Varianza Explicada.

Fuente: Elaboración propia

Discusión

Con base en lo obtenido en este estudio, se puede afirmar que las relaciones entre las características psicológicas y la salud mental deben visualizarse en esquemas que van más allá de relaciones bivariadas simples y únicas, y que es necesario seguir explorando las sinergias particulares entre conjuntos de variables individuales, que ayudarán a comprender cada vez más las complejas conexiones entre variables de personalidad o disposiciones estables y los procesos salud-enfermedad.

Los hallazgos particulares del presente estudio pueden abonar a la comprensión de algunos mecanismos específicos. Por ejemplo, aunque la relación simple y directa entre abnegación y salud ha sido débil o poco documentada (quizás por sesgo de publicación), aquí se demuestra que su papel en el malestar mental (específicamente) se da más bien por vía de la falta de asertividad, la ira contenida y la autoeficacia. Este efecto sinérgico con otras variables influyendo a la salud ya se

ha probado en otros estudios (Domínguez-Guedea y Díaz-Loving, 2016).

Otro mecanismo que estos resultados permiten confirmar es la comprensión teórica de que la ira contenida no es una variable del mismo nivel que un rasgo como la ira (que tiene que ver con el temperamento), sino que puede ser resultado de ese mismo rasgo en combinación con una falta de asertividad propia del mexicano, conformando así una estrategia de afrontamiento de supresión de la ira que se convierte en una bomba para la salud (Siegman y Smith, 1994). El modelo obtenido en este estudio permite visualizar también que el control emocional de la ira no es una variable que se da en aislado; tampoco es una categoría general de la personalidad, sino que es resultado de la combinación de un rasgo irascible, bajas creencias de poder enfrentar una situación exitosamente y la tendencia a autosacrificarse, lo que tiene gran coherencia teórica con constructos como el de «conciencia» (Friedman, 2000).

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

La falta de asertividad demostró tener tanto efectos indirectos como directos sobre el malestar mental, lo que puede explicar por qué con esta variable sí se han encontrado asociaciones significativas con más frecuencia en la literatura (Flores y Díaz-Loving, 2004). En el presente estudio, de hecho, es la que mayor peso predictivo tiene $\beta = .22$, Figura 1). Es indudable que esta característica psicológica debe incorporarse con más frecuencia en el estudio de las diferencias individuales y la salud mental en mexicanos.

Entre los resultados que pudieran considerarse como más desconcertantes, está quizás la ausencia de una relación entre control emocional y el malestar mental, el peso positivo importante que muestra la trayectoria de autoeficacia y abnegación ($\beta = .41$), y el aparente efecto protector de la abnegación en la depresión según su correlación ($r = -.20$). Sin embargo, esto puede ser explicado por terceras variables no exploradas en este estudio, lo que significa el reto de futuras investigaciones.

Este estudio presenta limitaciones entre las que pueden mencionar: el diseño transeccional que impide ver la dirección de las influencias entre las variables a través del tiempo, el posible sesgo de los autoinformes y el tamaño, forma de selección y heterogeneidad de la muestra de estudio. No obstante lo anterior, en el entendido de que se busca inicialmente explorar relaciones, y a pesar de las limitaciones señaladas, creemos que esta investigación contribuye a documentar algunas relaciones importantes que deben estudiarse con mayor profundidad, en estudios futuros, y con metodologías más robustas y muestras más grandes. Asimismo, es recomendable que en investigaciones posteriores se incorporen distintos indicadores de salud objetivos y subjetivos, y se incluyan escalas de los cinco factores generales de personalidad con respaldo metodológico suficiente de su calidad, incluso operados mediante reportes de terceros, cuya utilidad en la medición de personalidad ha sido demostrada (Oh, Wang y Mount, 2011). Ello permitirá ampliar el panorama y descifrar en mayor medida la integralidad de los mecanismos intrínsecos de la relación entre características psicológicas y salud mental.

Referencias

- Asociación Médica Mundial. (1964). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos*. Adoptada por la XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. Helsinki, Finlandia.
- Astudillo-García, C. I. & Rojas-Russell, M. E. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(1), 41-49.
- Avendaño, R. & Díaz-Guerrero, R. (1990). El desarrollo de una escala de abnegación para los mexicanos. *La Psicología Social en México*, 3, 9-14.
- Avendaño, R., Díaz-Guerrero, R., & Reyes-Lagunes, I. (1997). Validación psicométrica de la segunda escala de abnegación para jóvenes y adultos. *Revista Interamericana de Psicología*, 31(1), 47-56.
- Bandura, A. (1994). *Self efficacy*. Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- 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.
- Bonnet, D. G. (2002). Sample size requirements for testing and estimating coefficient Alpha. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 27(4), 335-339. doi:10.3102/10769986027004335
- Cantón, S. F. (2008). La salud de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 91-100.
- Chapman, B. P., Roberts, B., & Duberstein, P. (2011). Personality and longevity: knowns, unknowns, and implications for public health and personalized medicine. *Journal of Aging Research*, 1-24. doi:10.4061/2011/759170
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 668-678.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 362-371.
- Dembroski, T. M. & Costa, P. T. (1987). Coronary prone behavior: Components of the Type A pattern and hostility. *Journal of Personality*, 55(2), 211-235.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura: psicología del mexicano 2*. México, D. F.: Trillas.
- Domínguez-Guedea, M. T. & Díaz-Loving, R. (2016). Escala de abnegación en cuidadores familiares de adultos mayores. *Anales de Psicología*, 32(1), 224-233.
- Domínguez-Lara, S. & Merino-Soto, C. (2015). ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

- alfa de Cronbach? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1326-1328.
- Drapeau, C. W., Cerel, J., & Moore, M. (2016). How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death Studies*, 40(3), 165-171.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Thomas.
- Flores, G. M. & Díaz-Loving, R. (2004). Escala Multidimensional de Asertividad. México: Manual Moderno.
- Flores, M. M. & Aguilar, C. B. (1998). Asertividad versus abnegación en una cultura tradicional. *La Psicología Social en México*, 8, 150-157.
- Friedman, H. S. (2000). Long term relations of personality and health: dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68(6), 1089-1107.
- Friedman, H. S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(5), 668-675. doi: 10.1016/j.bbi.2007.09.004
- Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169(12), 1286-1296. doi:10.1001/jama.1959.03000290012005.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L. R., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: the aging and death of the «Termites». *American Psychologist*, 50(2), 69-78.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative «Description of Personality»: the big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229
- Heinze, G., Vargas, B. E., & Cortés Sotres, J. F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental*, 31(5), 343-350.
- Juan-Hernández, D.M. & Méndez-Bastida, B.G. (2008). *La relación entre locus de control, asertividad, abnegación, como predictores del rendimiento escolar, en estudiantes de tercer grado de secundaria* (Tesis inédita de licenciatura). UNAM.
- Jokela, M., Batty, G. D., Nyberg, S. T., Virtanen, M., Nabi, H., Singh-Manoux, A., & Kivimäki, M. (2013). Personality and all-cause mortality: individual-participant meta-analysis of 3,947 deaths in 76,150 adults. *American Journal of Epidemiology*, 178(5), 667-75. doi: 10.1093/aje/kwt170
- Juárez-García, A. & Noriega, L. (2015). Cuando el sí se puede hacer la diferencia: validez de la escala de autoeficacia en empleados de salud y manufactura. En A. Juárez-García, *Investigaciones psicométricas de escalas psicosociales en trabajadores mexicanos*. México: Plaza y Valdés.
- Koepsell, D. R. & Ruiz, M. (2015). *Ética de la investigación. Integridad científica*. México: Comisión Nacional de Bioética / Secretaría de Salud.
- La Rosa, J. (1986). *Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241-256. doi:10.1037/a0015309
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company Inc.
- Lefcourt, H. M. (Ed.). (2013). *Research with the locus of control construct: extensions and limitations*. Orlando, FL: Academic Press Inc.
- León, R. & Sirlopu, D. (1996). La hostilidad y su relación con trastorno cardiaco-coronarios. *Revista de Neuropsiquiatría*, 59(4), 211-235
- Lomax, R. G. (2001). *Statistical concepts* (2.ª ed.). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., & Hills, K. J. (2016). Relations among personality characteristics, environmental events, coping behavior and adolescents' life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 17(3), 1033-1050. doi:10.1007/s10902-015-9630-z
- Márquez, A. & Juárez-García, A. (2016). El rol moderador de la abnegación en la relación de acoso psicológico (mobbing) y salud mental en trabajadores mexicanos [Documento en preparación].
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of Personality: Theory and Research*, 2, 139-153.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., ... Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Padilla, G. P., Campillo-Serrano, C., Mas, C. C., Ezban, M., Caraveo, J., & Corona, J. (1983). The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine*, 13(2), 355-361. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700050984
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Moreno, Y., & Garrosa, E. (2006). El papel moderador de la asertividad y la ansiedad social en el acoso psicológico en el trabajo: dos estudios empíricos. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 363-380.
- Moscoso, M. S. (2000). Estructura factorial del Inventario Multicultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(2), 321-343.

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

- Oh, I., Wang, G., & Mount, M. K. (2011). Validity of observer ratings of the five-factor model of personality traits: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 96*(4), 762-73.
- Rodríguez, C. & Church, A. T. (2003). The structure and personality correlates of affect in Mexico evidence of cross-cultural comparability using the Spanish Language. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 34*(2), 211-230. doi:10.1177/0022022102250247
- Roldán, G. M., Salazar, I. C., & Garrido, L. (2014). La asertividad y la salud de familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave. *Psicología Conductual, 22*(3), 501-521.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied, 80*(1), 1-28.
- Ruíz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo, 31*(1), 34-45
- Schwarzer, R. (Ed.). (2014). *Self-efficacy: Thought control of action*. Nueva York: Taylor & Francis.
- Shiple, B., Weiss, A., Der, G., Taylor, M., & Deary, J. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK health and lifestyle survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine, 69*(9), 923-931. doi:10.1097/PSY.0b013e31815abf83
- Siegman, A. W. & Smith, T. W. (Eds.). (1994). *Anger, hostility, and the heart*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Spielberger, C. D., Johnson, E. H., Russell, S. F., Crane, R. J., Jacobs, G. A., & Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In M. Chesney & R. Rosenman (Eds.), *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders* (pp. 5-30). Nueva York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Terman, L. M. & Oden, M. H. (Eds.) (1947). *Genetic Studies of Genius: The gifted child grows up; twenty-five years' follow-up of a superior group*. Stanford: Stanford University Press.
- Ullman, J. B. (2006). Structural equation modelling: reviewing the basics and moving forward. *Journal of Personality Assessment, 87*(1), 35-50
- Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Dioses, A., Velásquez, N., ... Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de Investigación en Psicología, 11*(2), 139-152.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., & Shekelle, R. B. (1985). The health consequences of hostility. In M. A. Chesney, S.E Goldston & R. H. Rosenman (Eds.), *Anger, Hostility and Behavioral Medicine* (pp. 173-185). Nueva York: McGraw Hill.

*, ** Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.

Agradecimiento a las estudiantes Amira Márquez, Kimberly Sánchez y todos los estudiantes que contribuyeron a esta investigación.

* arturojuarezg@hotmail.com

** javier.neri@alumnos.uaem.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 22(2): 239-248, 2016