



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo de fin de carrera titulado: Relación entre Autoestima, Asertividad y Salud Mental.

Realizado por: Jazmin Guañuna

Director: Msc. Patricia Pita

Como requisito para la obtención del título:
Magister en Psicología Mención Psicoterapia

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, **JAZMIN PAOLA GUAÑUNA CHIGUANO**, con cédula de identidad **1727400481**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, no ha sido previamente presentado por ningún grado a calificación profesional y que se ha procesado debidamente la información utilizada en las referencias bibliográficas incluidas en el presente documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo a la **UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK**, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jazmin Guañuna', is written over a horizontal dashed line.

Nombre del estudiante: Jazmin Guañuna

C.C. 1727400481

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

Relación entre Autoestima, Asertividad y Salud Mental.

Realizado por: **Jazmin Guañuna**

Como un requisito para la Obtención del Título de: **Magister en Psicología Mención**

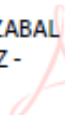
Psicoterapia

Ha sido orientado por el docente

Msc. Aitor Larzabal

Quien considera que forma parte de un trabajo original de su autor

AITOR LARZABAL
FERNANDEZ -
16087797X



Digitally signed by AITOR
LARZABAL FERNANDEZ -
16087797X
Date: 2024.09.19 21:33:41
+02'00'

M.S.c. Aitor Larzabal

Docentes Informantes:

Después de revisar el trabajo de investigación presentado. Los docentes informantes lo han calificado como apto para su defensa oral frente a un tribunal examinador.



Firmado electrónicamente por:
**GABRIELA ANDREA
LLANOS ROMAN**

Nombre: Gabriela Llanos



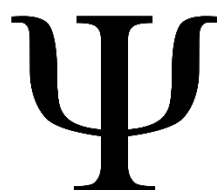
Firmado electrónicamente por:
**MICHELLE
STEPHANIE MEDINA
HERDOIZA**

Nombre: Michelle Medina

Relación entre salud mental, autoestima y asertividad

Jazmin Paola Guañuna Chiguano

Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador



Programa:

Línea: Ciencias Psicológicas

Fecha de defensa:

Director del proyecto:

Tutor Principal: Aitor Larzabal

Resumen

Este estudio pretende analizar el papel de la autoestima y la asertividad como predictores de la salud mental en población ecuatoriana mayor de 18 años. Para ello, se utilizó un enfoque cuantitativo no experimental de corte transversal, empleando el cuestionario de salud mental de Goldberg, la escala de autoestima de Rosenberg, el inventario de autoestima colectiva, la escala de autoestima relacional y el cuestionario de esquema interpersonal asertivo (AISQ). Los participantes fueron 1293 voluntarios y anónimos y se contó con la aprobación del comité de ética en investigación. Los resultados mostraron que la autoestima y la asertividad están significativamente relacionadas con la salud mental. En particular, se encontró que una autoestima más alta, tanto personal como colectiva (pero no relacional), se asocia con una menor depresión y mejor salud mental general.

El análisis de regresión reveló coeficientes de determinación bajos, lo que sugiere que, aunque la autoestima y la asertividad son importantes, no son los únicos factores que influyen en la salud mental. Las diferencias de género también fueron observadas, con las mujeres reportando una mayor puntuación en salud mental en comparación con los hombres. En conclusión, los hallazgos indican que la autoestima y la asertividad están relacionadas positivamente con una mejor salud mental, aunque su influencia es limitada. Estos resultados sugieren la importancia de fomentar la autoestima y las habilidades asertivas como parte de una estrategia integral para mejorar el bienestar psicológico.

Palabras clave: Autoestima personal; autoestima relacional; autoestima colectiva; asertividad; salud mental.

Abstract

This study aims to analyze the role of self-esteem and assertiveness as predictors of mental health in the Ecuadorian population over 18 years of age. A non-experimental cross-sectional quantitative approach was

employed, using the Goldberg Mental Health Questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Collective Self-Esteem Inventory, the Relational Self-Esteem Scale, and the Assertive Interpersonal Schema Questionnaire (AISQ). The participants were 1,293 anonymous volunteers, and the study was approved by the research ethics committee. The results showed that self-esteem and assertiveness are significantly related to mental health. In particular, higher personal and collective self-esteem (but not relational self-esteem) was found to be associated with lower depression and better overall mental health. Regression analysis revealed low

determination coefficients, suggesting that while self-esteem and assertiveness are important, they are not the only factors influencing mental health. Gender differences were also observed, with women reporting higher mental health scores compared to men. In conclusion, the findings indicate that self-esteem and assertiveness are positively related to better mental health, although their influence is limited. These results suggest the importance of fostering self-esteem and assertive skills as part of a comprehensive strategy to improve psychological well-being.

Keywords: Personal self-esteem; relational self-esteem; collective self-esteem; assertiveness; mental health.

Introducción

La OMS (2013) define a la salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p. 8). La salud mental es crucial para experimentar emociones positivas, así como para manejar y autorregular los estados emocionales negativos (Greco, 2010). El cultivar pensamientos y acciones positivas permite a la persona valorarse y aceptarse plenamente, reconociendo tanto sus virtudes como sus defectos, para construir relaciones basadas en

valores que permiten una buena convivencia (Maitta et al., 2018).

La salud mental ha adquirido una posición prioritaria en el ámbito de la salud pública (Restrepo et al., 2012). En la última década, Ecuador ha experimentado un notable avance en la evolución de su sistema de salud mental (Baena, 2018). Los determinantes de la salud mental son diversos, abarcando aspectos familiares, sociales, laborales y económicos (Maitta et al., 2018) junto con la influencia de factores genéticos y ambientales (Casavilca-Zambrano et al., 2019). No obstante, se han identificado disparidades en la salud mental relacionadas con el género; específicamente, los hombres presentaron mayores alteraciones en comparación con las

mujeres (Moreta-Herrera et al., 2021). Un elemento clave como factor protector de la salud mental es el papel de la familia, que fomenta en niños y adolescentes las expectativas a futuro, facilita la pertenencia a grupos, contribuye al desarrollo moral, influye en el autoconcepto y autoestima, y previene conductas de riesgo propias de la adolescencia (Haquin et al., 2004).

El concepto de autoestima, según Coopersmith (1990), es la evaluación continua que una persona realiza sobre sí misma, siendo una actitud de aprobación que refleja la percepción de su propia importancia, capacidad, dignidad y éxito (Citado de Ayvar, 2016). Esta autoevaluación está vinculada a factores como las prácticas educativas familiares y la percepción que los niños tienen sobre sí mismos y sus padres (García et al., 2005). Aunque la autoestima no es innata y se construye a lo largo de la vida, es moldeada por una secuencia continua de acciones y sentimientos que se desarrollan en las experiencias (García, 2010).

Las agencias de socialización juegan un papel crucial en su formación (Díaz et al., 2018) Se considera que una autoestima alta

cumple una función hedónica, contribuyendo al bienestar general de la persona (Góngora et al., 2009) desempeñando un importante rol como factor protector de los efectos potencialmente negativos de los eventos desagradables. Las personas con una autoestima más favorable confían más en sus capacidades (Cava et al., 2000). Por el contrario, una autoestima negativa se asocia con sentimientos de inferioridad, desvalimiento y falta de confianza para enfrentar los problemas (Rossello et al. 2004).

Uno de los factores protectores más relevantes de la salud mental es la autoestima (Góngora et al., 2009), un nivel alto de autoestima se relacionaría con una población con mejor salud mental, en tanto que niveles bajos se asociarían con una población con trastornos mentales (Mruk, 2006) actitudes y conductas que se asocian son la depresión (Ferreira et al., 2008) ideación suicida, falta de capacidad para generar alternativas de afrontamiento positivas, actitudes disfuncionales (Rossello et al. 2004) trastornos de anorexia y bulimia (Stein & Corte, 2003) Este hallazgo resalta la importancia de comprender

el impacto de estas variaciones en la salud mental (León et al., 2009).

La autoestima colectiva es la evaluación positiva que los miembros de un grupo hacen de sí mismos en relación con su pertenencia a dicho grupo (Sánchez, 1999) los mismos que están influenciados tanto de valores individualistas (logro), colectivista (conformidad y tradición) y orientación mixta (seguridad) (Ros et al, 1997).

En resumen, la autoestima personal se refiere a la percepción que tiene una persona de sus propios atributos, competencias y talentos individuales (Borenz, 1997) siendo fundamental para la salud mental, la felicidad y la productividad creativa (Taylor et al., 1988) la autoestima relacional, por otro lado, se basa en el valor que una persona percibe en sus relaciones con personas significativas, como familiares y amigos cercanos, y está estrechamente vinculada con la salud mental y la satisfacción en las relaciones íntimas (Du et al., 2012). Finalmente, la autoestima colectiva se relaciona con la valoración que un individuo siente hacia los grupos sociales a los que pertenece, y ha demostrado estar asociada con un sesgo grupal y una mayor satisfacción

con la vida (Crocker et al. 1990) Estas tres dimensiones de la autoestima interactúan y contribuyen conjuntamente al bienestar psicológico, ofreciendo una visión integral de cómo las personas perciben y valoran tanto su individualidad como sus conexiones con los demás y con sus grupos sociales (Du et al., 2012).

El asertividad por su parte es una herramienta dinámica y adaptable que se despliega en contextos sociales variados (García, 2010). Su evaluación no solo se centra en la forma externa de la conducta, sino en su capacidad para lograr resultados efectivos y positivos en situaciones específicas (García, 2010). Un estudio muestra que existe correlación significativa y positiva entre el bienestar psicológico y el asertividad, especialmente en adolescentes y jóvenes, aunque esta asociación disminuye en adultos (Velásquez et al., 2008). Los investigadores de ese estudio sugieren que la habilidad asertiva está vinculada de manera positiva con el bienestar psicológico, pero esta relación puede cambiar con la edad debido a la experiencia y las respuestas aprendidas a lo largo del tiempo.

Las habilidades sociales asociadas con el comportamiento asertivo se desarrollan a través del aprendizaje, que puede incluir procesos como la observación, imitación, adquisición de información y práctica (Velásquez et al., 2008). Aquellos individuos con conductas asertivas suelen mostrar mayor seguridad en sí mismos, transparencia y fluidez en la comunicación (Bautista et al., 2020); y facilita que la persona se sienta más satisfecha consigo misma y con las demás (Güell et al., 2000). Por otro lado, la falta de asertividad, caracterizada por rasgos de sumisión o timidez, así como sentimientos de inutilidad personal, se asocia con bajos niveles de autoafirmación (Behar et al., 2006).

Es importante resaltar la estrecha relación entre la autoestima y el asertividad. Se ha observado que a medida que la autoestima de un individuo se fortalece, también se incrementa su habilidad para comportarse de manera asertiva (Bautista et al., 2020). Todo este trayecto subraya la importancia de la comunicación asertiva, conduciendo no sólo hacia el desarrollo de habilidades interpersonales, sino también hacia la consolidación de una autoestima

sólida y la capacidad de relacionarse con los demás de manera equitativa (Caridad et al., 2007). El presente trabajo trata de analizar el papel predictor de la autoestima (tanto personal, relacional y colectiva) y el asertividad en la salud mental.

Materiales y métodos

3.1 Diseño

Se trata de una investigación cuantitativa no experimental de corte transversal.

3.2 Participantes

En el presente estudio participan 1293 individuos ecuatorianos entre 18 y 63 años, con una media de 22,35 años y una desviación estándar de 4,76. El 42,3% de ellos fueron hombres y el 57,7% mujeres.

3.4 Herramientas

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ), elaborado en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra (David Goldberg, 1970), planteadas al sujeto en Escala Likert, conformada por 12 ítems, con tres opciones de respuesta, siendo que 0 es “menos que de costumbre” y “mucho más que

de costumbre” puntúa un valor de 3: Ej. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace? 0) mucho menos que lo habitual, 1) menos que lo habitual, 2) Igual que lo habitual. Puntajes más altos suponen una peor salud mental. La consistencia interna de la prueba tiene un alfa de Cronbach de $\alpha = .92$.

Escala de autoestima de Rosenberg elaborada y validada en la población española (Vásquez et al., 2004) La graduación de respuestas tiene 4 puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). El alfa de Cronbach obtenido fue de $\alpha = .85$.

El inventario de autoestima colectiva de Luhtanen y Crocker (1992) consta de 16 ítems con una escala de 7 puntos en la que 1 significa “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. Otorga una puntuación global de autoestima colectiva, como un valor para cada una de las dimensiones: membresía (ítems 1, 5, 9 y 13)

que mide cómo los individuos evalúan la valía de su grupo social, privada (ítems 2, 6, 10 y 14) que se refiere a cómo los individuos valoran a su propio grupo en comparación con otros grupos, pública (ítems 3, 7, 11 y 15) mide las percepciones que los individuos tienen sobre cómo otros evalúan a su grupo e identidad (4, 8, 12 y 16) que mide cómo las personas evalúan y sienten acerca de su grupo social. La consistencia interna del CSEI, medida con el coeficiente de Cronbach es de $\alpha = .85$.

Escala de Autoestima relacional, elaborada por Du, King y Chi (2012) consta de 7 ítems y evalúa en la estima del autoconcepto que se forma en relación con otras personas importantes (por ejemplo, familia y mejores amigos). El alfa de Cronbach obtenido fue de $\alpha = .89$.

Cuestionario de esquema interpersonal asertivo (AISQ). Esta herramienta está conformada por cuatro dimensiones: (a) apoyo emocional externo, (b) habilidad personal práctica, (c) gestión interpersonal y (d) habilidad personal afectiva. Presenta un total de 21 ítems en una escala Likert de respuesta

de 1 a 5. La consistencia interna, medida con el alpha de Cronbach es de 0,96.

3.5. Procedimiento metodológico

El proyecto de investigación se centró en investigar la relación entre la autoestima, el asertividad y la salud mental en Ecuador. La colaboración fue voluntaria y anónima. El comité de ética en investigación en seres humanos (CEIS-UISEK), aprobó la investigación; los permisos en conjunto con el consentimiento informado fueron incluidos en el cuestionario general dentro de la plataforma Qualtrics. El tiempo requerido para completar los cuestionarios osciló entre 30 y 45 minutos. Los instrumentos fueron aplicados entre Diciembre 2023 a Enero 2024.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó la herramienta estadística SPSS en la versión 27 para llevar a cabo el análisis de datos. Previo a la investigación sobre la relación entre la autoestima, el asertividad y la salud mental, se realizó un análisis descriptivo de las variables fundamentales del estudio. Estas variables incluyeron salud mental, autoestima personal, autoestima relacional, autoestima colectiva y

asertividad, las cuales fueron evaluadas con el objetivo de comprender la distribución de los datos y ofrecer una visión general de la muestra de participantes.

Para examinar las relaciones preliminares entre las variables, se llevó a cabo un análisis de correlación bivariado con el coeficiente de correlación de Pearson para las variables continuas.

Con el objetivo de identificar la relación que existe entre la autoestima, el asertividad y la salud mental, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal. Se empleó la salud mental como variable dependiente y autoestima y asertividad como variables independientes. Se realizaron análisis paso a paso, comenzando con un modelo simple e incorporando gradualmente variables adicionales para evaluar su contribución al modelo predictivo.

Cabe mencionar que todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo de acuerdo con las pautas éticas establecidas y tomando en cuenta la confidencialidad de la información de los participantes. No obstante, es fundamental reconocer ciertas limitaciones, como exclusión a personas menores de edad,

la duración del cuestionario puede afectar la calidad de las respuestas hacia el final del cuestionario, acceso a la tecnología, introduciendo posibles sesgos, que pueden influir en la interpretación de los resultados.

4. Resultados

4.1 Descripción de variables

Tabla 1

Estadísticos descriptivos del Cuestionario de Salud General de Goldberg

	<i>M</i>	<i>DE</i>
Síntomas psicossomáticos	13,76	4,04
Ansiedad	13,76	5,05
Disfunción social	14,50	4,10
Depresión	11,65	5,12

Como se observa en la tabla 1, la dimensión síntomas psicossomáticos tiene una ($M = 13,76$; $DE = 4,04$), ansiedad ($M = 13,76$; $D = 5,05$), disfunción social ($M = 14,50$; $D = 4,10$), depresión ($M = 11,65$; $D = 5,12$).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos, análisis de frecuencia y porcentaje del Autoestima de Rosenberg.

	<i>M</i>	<i>DE</i>
Autoestima	24,42	2,12
	<i>F</i>	<i>%</i>
Baja	889	68,8%
Media	265	20,5%
Alta	11	0,9%

En la tabla 2 se observa la autoestima con una ($M = 24,42$; $DE = 2,12$) y en relación con frecuencia y porcentaje el 68,8% de la población con una autoestima baja, el 20,5% media y el 0,9% alta.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos del Autoestima Relacional y Colectiva

	<i>M</i>	<i>DE</i>
--	----------	-----------

Autoestima	34,91	9,53
Relacional		
Membresía	18,29	3,93
Privada	17,84	3,38
Pública	17,31	4,64
Identidad	18,16	3,58
Colectiva Total	71,61	11,35

Como se observa en la tabla 3, la autoestima relacional tiene una ($M = 34,91$; $DE = 9,53$), membresía ($M = 18,29$; $DE = 3,93$), privada ($M = 17,84$; $DE = 3,38$), pública ($M = 17,31$; $DE = 4,64$), identidad ($M = 18,16$; $DE = 3,58$), colectiva total ($M = 71,61$; $DE = 11,35$).

	<i>M</i>	<i>DE</i>
Apoyo emocional externo	13,89	3,36
Habilidad personal	10,27	2,39
Gestión Interpersonal	21,72	5
Habilidad personal afectiva	14,03	3,33
Total	59,91	12,97

Como se observa en la tabla 4 la dimensión apoyo emocional tiene una ($M = 13,89$; $DE = 3,36$), habilidad personal ($M = 10,27$; $DE = 2,39$), gestión interpersonal ($M = 21,72$; $DE = 5$), habilidad personal efectiva ($M = 14,03$; $DE = 3,33$) y total de asertividad ($M = 59,91$; $DE = 12,97$).

Tabla 4

Estadísticos descriptivos del Cuestionario de Esquema Interpersonal AISQ

4.2 Correlación entre variables

Tabla 5

Matriz de correlaciones del GHQ con Autoestima Relacional, Autoestima Colectiva y Autoestima Personal

	A. Relac	Autoestima Colectiva					A. Pers
GHQ	1	2	3	4	5	6	7
Síntomas somáticos	,00	-,13*	-,13*	-,03	-,16*	-,15*	-,18*
Ansiedad e Insomnio	,02	-,13*	-,12*	-,02	-,14*	-,14*	-,19*
Disfunción social	-,01	-,15*	-,13*	-,02	-,15*	-,15*	-,16*
Depresión	-,07	-,26*	-,19*	-,08*	-,27*	-,27*	-,24*
GHQ Total	-,01	-,20*	-,17*	-,05	-,21*	-,21*	-,23*

*Nota: * $p < .001$; 2. Membresía; 3. Privada; 4. Pública; 5. Identidad; 6. Total*

En la tabla 5 se analiza la relación entre la salud mental y la autoestima desde las perspectivas personal, relacional y colectiva. Los resultados muestran no existir relación entre la salud mental y la autoestima relacional, no obstante, en cuanto al autoestima colectiva, se encuentran relaciones negativas entre la depresión y la autoestima colectiva de membresía ($r = -.26$; $p < .001$), identidad ($r = -.27$; $p < .001$) y autoestima colectiva total ($r = -.27$ $p < .001$) lo que sugiere que las personas con autoestima colectiva alta, que valoran positivamente a su grupo y que asignan mucha importancia a la pertenencia de su grupo obtienen puntajes más bajos en depresión. La misma dinámica se repite con las puntuaciones globales del GHQ, con relaciones negativas con la membresía ($r = -.20$; $p < .001$), identidad ($r = -.21$; $p < .001$) y autoestima colectiva total ($r = -.21$; $p < .001$). Por otra parte, la autoestima personal se

asocia negativamente con la depresión ($r = -.24$; $p < .001$) y el total del GHQ ($r = -.23$; $p < .001$) en este caso, de nuevo, una alta autoestima personal se asocia a una menor depresión y puntajes más bajos del GHQ, puntajes bajos, que sugerirían una mejor salud mental.

Tabla 6

Matriz de correlaciones del GHQ con el AISQ

	AISQ				
GHQ	1	2	3	4	5
Síntomas somáticos	-,26*	-,15*	-,21*	-,21*	-,23*
Ansiedad e Insomnio	-,24*	-,12*	-,18*	-,18*	-,20*
Disfunción social	-,20*	-,12*	-,16*	-,17*	-,18*
Depresión	-,33*	-,24*	-,29*	-,26*	-,31*
GHQ Total	-,31*	-,19*	-,26*	-,25*	-,28*

*Nota 1. * $p < .001$; 1. Apoyo Emocional; 2. Habilidad Personal; 3. Gestión interpersonal; 4. Habilidad personal afectiva; 5. Asertividad total*

Por otra parte, en la tabla 6 se encuentran las correlaciones del GHQ con el asertividad. En este caso, se encuentran de nuevo relaciones negativas entre todas las dimensiones de la salud mental y el asertividad, lo que indica que puntajes altos de asertividad se asocian a puntajes bajos en el GHQ, lo que sugeriría una mejor salud mental de las personas más asertivas. Se desatacan que la depresión se relaciona negativamente

con el apoyo emocional ($r = -.33; p < .001$), la gestión interpersonal ($r = -.29; p < .001$), y el asertividad total ($r = -.31; p < .001$), lo que indica que las personas con un alto apoyo y gestión interpersonal obtendrían puntajes más bajos en depresión y viceversa.

Tabla 7

Matriz de correlaciones del Autoestima Personal, Relacional y Colectiva con AISQ

	AISQ				
Autoestima	1	2	3	4	5
Relacional	,23*	,22*	,23*	,24*	,25*
Membresía	,47*	,41*	,51*	,47*	,51*
Privada	,29*	,25*	,37*	,34*	,35*
Pública	,34*	,32*	,30*	,32*	,34*
Identidad	,33*	,28*	,42*	,36*	,39*
Colectiva Total	,49*	,44*	,54*	,51*	,55*
Personal	,24*	-,16*	-,23*	-,23*	-,24*

*Nota 1. * $p < .001$; 1. Apoyo Emocional; 2. Habilidad Personal; 3. Gestión interpersonal; 4. Habilidad personal afectiva; 5. Asertividad total*

Como se observa en la tabla 7, la autoestima colectiva y relacional se asocia positivamente con cada una de las dimensiones del asertividad, no ocurre lo mismo en cambio con la autoestima personal, donde aparecen relaciones inversamente proporcionales. La autoestima colectiva general se relaciona de una manera

considerable con cada una de las dimensiones del asertividad, es decir, con el

apoyo emocional ($r = .49; p < .001$), la habilidad personal ($r = .44; p < .001$), la gestión interpersonal ($r = .54; p < .001$), la habilidad personal afectiva ($r = .51; p < .001$), y el total del asertividad ($r = .55; p < .001$), lo que sugiere que las personas con alto autoestima colectiva tienen un mejor asertividad y viceversa.

Tabla 8

Análisis comparativo por género

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Salud Mental	6,24	6,87	8,25	7,18	-5,06	,02
Autoestima	59,12	13,06	60,45	12,89	-1,79	,72

Nota. t = prueba t de student; p = significancia

En la Tabla 8 se evidencia la presencia de diferencias estadísticamente significativas por género respecto a la salud mental ($t = -5.06, p < 0.05$) y variable ($t = -1.79, p > 0.05$), en el que las mujeres muestran una mayor puntuación que los hombres en salud mental. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la autoestima entre hombres y mujeres.

Tabla 9

Análisis de regresiones

Nota. R^2 = coeficiente de determinación; F = ANOVA; β = Coeficiente beta no estandarizado; B = Coeficiente beta estandarizado; t = prueba

En la tabla 9 se determinó el grado de influencia que tienen las variables consideradas predictores en el estudio con la salud mental con el Análisis de Regresión Lineal Simple. Los análisis muestran que ninguna de las variables tiene un potencial predictor amplio, ya que los coeficientes de determinación oscilan entre el .036 y el .077 lo que explicaría entre el 3,6% y el 7,7% de la varianza. En cuanto a las dimensiones del asertividad y autoestima colectiva, los resultados son similares por lo que no se han incluido en la tabla.

Discusión

Los resultados del estudio confirman que existe una relación significativa entre la autoestima y la salud mental en la población ecuatoriana mayor de 18 años. En particular, la autoestima personal y colectiva se correlacionan negativamente con la depresión y los puntajes generales del Cuestionario de

Salud General de Goldberg (GHQ). Esto sugiere que las personas con una alta autoestima personal y colectiva tienden a presentar menores síntomas de depresión y mejores indicadores de salud mental en general.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura existente que destaca la importancia de la autoestima como un factor protector contra los trastornos mentales. Por ejemplo, Góngora et al. (2009) y Mruk (2006) han señalado que una alta autoestima está asociada con una mejor salud mental, mientras que niveles bajos de autoestima están vinculados con una mayor incidencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. En este estudio, la autoestima personal se asoció negativamente con la depresión ($r = -.24$; $p < .001$) y con los puntajes totales del GHQ ($r = -.23$; $p < .001$), lo que indica que una autoevaluación positiva se traduce en una mejor salud mental.

La autoestima colectiva, que refleja la evaluación positiva que los individuos hacen de su pertenencia a un grupo social, también mostró una relación significativa con la salud

mental. Específicamente, la autoestima colectiva de membresía ($r = -.26; p < .001$), la identidad ($r = -.27; p < .001$) y la autoestima colectiva total ($r = -.27; p < .001$) se correlacionaron negativamente con la depresión. Estos resultados sugieren que valorar positivamente la pertenencia a un grupo social y asignar importancia a esta pertenencia puede contribuir a reducir los síntomas de depresión y mejorar la salud mental general.

Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre la autoestima relacional y la salud mental en este estudio. Esto podría indicar que, aunque las relaciones interpersonales son importantes para el bienestar, la percepción individual de la autoestima en el contexto de relaciones significativas no tiene un impacto tan directo en la salud mental como la autoestima personal y colectiva.

Estos hallazgos coinciden con estudios previos que han encontrado una relación positiva entre la asertividad y el bienestar psicológico, especialmente en adolescentes y jóvenes (Velásquez et al., 2008). La capacidad

para comportarse de manera asertiva puede contribuir a una mayor autoconfianza y satisfacción personal, lo que a su vez mejora la salud mental.

La autoestima colectiva y relacional se asociaron positivamente con todas las dimensiones de la asertividad, lo que sugiere que las personas que valoran positivamente su pertenencia a un grupo social y sus relaciones interpersonales tienden a ser más asertivas. Esto es consistente con la idea de que una autoestima sólida en estos ámbitos puede fomentar una comunicación más efectiva y habilidades interpersonales más fuertes (Bautista et al., 2020).

Sin embargo, la autoestima personal mostró relaciones inversamente proporcionales con la asertividad. Esto puede indicar que, aunque una alta autoestima personal es beneficiosa para la salud mental, no necesariamente se traduce en una mayor asertividad. Es posible que las personas con una autoestima personal alta no siempre sientan la necesidad de comportarse de manera asertiva.

Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para el diseño de intervenciones en salud mental. Fortalecer la autoestima personal y colectiva, así como fomentar habilidades asertivas, puede ser una estrategia eficaz para mejorar la salud mental en la población ecuatoriana. Sin embargo, es crucial considerar las limitaciones del estudio, como la exclusión de personas menores de edad y posibles sesgos introducidos por el acceso a la tecnología y la duración del cuestionario.

El coeficiente de determinación obtenido en los análisis de regresión lineal indica que, aunque la autoestima y la asertividad son factores significativos, no explican una gran proporción de la varianza en la salud mental. Esto sugiere que otros factores, tanto individuales como contextuales, también juegan un papel importante y deben ser investigados en futuros estudios.

En conclusión, este estudio destaca la relación de la autoestima, la asertividad y de la salud mental en la población ecuatoriana. Las intervenciones dirigidas a mejorar estos aspectos pueden contribuir significativamente al bienestar psicológico de los individuos.

Conclusiones

Basándonos en los resultados obtenidos y en el análisis realizado, podemos concluir que la autoestima y el asertividad se relacionan con la salud mental de la población ecuatoriana mayor de 18 años. Los hallazgos de este estudio respaldan la idea de que una autoestima más alta y comportamientos asertivos están asociados positivamente con una mejor salud mental.

En primer lugar, se encontró una correlación significativa entre la autoestima y la salud mental, lo que sugiere que una evaluación positiva de uno mismo puede actuar como un factor protector contra los problemas de salud mental. Específicamente, la autoestima personal mostró una relación negativa con la depresión y los puntajes globales del GHQ, indicando que una alta autoestima personal se asocia con una menor depresión y mejor salud mental general.

Además, las diferentes dimensiones del asertividad, como el apoyo emocional externo, las habilidades personales y la gestión interpersonal, también mostraron correlaciones significativas con la salud

mental. Esto sugiere que la capacidad para expresar las propias necesidades y deseos de manera adecuada puede contribuir a un mejor estado psicológico. Por ejemplo, el apoyo emocional y la gestión interpersonal se relacionaron negativamente con la depresión, indicando que las personas con mayor asertividad tienden a experimentar menos síntomas depresivos.

Los resultados del análisis de regresión muestran unos coeficientes de determinación bajos, oscilando entre el 3% y 7% de la varianza explicada. Esto indica que, aunque la autoestima y la asertividad son factores importantes, no son los únicos determinantes de la salud mental. No obstante, esto sugiere que trabajar en el fortalecimiento de la autoestima y el desarrollo de habilidades asertivas podría ser una estrategia a considerar, aunque insuficiente para mejorar el bienestar psicológico de la población.

Es importante tener en cuenta las limitaciones del estudio, como la exclusión de personas menores de edad y posibles sesgos

relacionados con la duración del cuestionario y el acceso a la tecnología. Estas limitaciones podrían influir en la interpretación de los resultados y sugieren la necesidad de futuras investigaciones que aborden estas preocupaciones. Por ejemplo, estudios futuros podrían incluir a adolescentes para comprender mejor cómo se desarrollan estas relaciones a lo largo del tiempo y considerar métodos alternativos para garantizar la representatividad de la muestra.

En conclusión, aunque la autoestima y la asertividad juegan un papel importante en la salud mental, es evidente que otros factores también deben ser considerados. Por lo tanto, las intervenciones dirigidas a mejorar estos aspectos pueden contribuir significativamente al bienestar psicológico de los individuos, pero deben ser parte de un enfoque más amplio y holístico. Es fundamental desarrollar programas integrales que incluyan estrategias para mejorar la autoestima y la asertividad, así como abordar otros determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud mental.

- Autista, J., Ramos, B., & Pérez, M. (2020). Relación entre autoestima y asertividad en adolescentes universitarios. *Tlatemoani: revista académica de investigación*, 11(34), 1-26.
- Behar, R., Manzo, R., & Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista médica de Chile*, 134(3), 312-319.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872006000300007>
- Borenz, H. (1997). Revisión de la sociedad y la autoimagen adolescente. *Revista Americana de Ortopsiquiatría*, 36(3), 560-562.
<https://psycnet.apa.org/buy/2013-39906-020>
- Caridad, M., Cardeño, N., Cardeño & Castellano, M. (2007). Contribuciones de la comunicación asertiva en la resolución de conflictos dentro de instituciones de educación superior. *Espacios*, 38(50).
<https://www.revistaespacios.com/a17v38n50/a17v38n50p06.pdf>
- Casavilca-Zambrano, S., Cancino-Maldonado, K., Jaramillo-Valverde, L., & Guio, H. (2019). Epigenética: la relación del medio ambiente con el genoma y su influencia en la salud mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(4), 266-273.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v82i4.3648>
- Cava, M. J., Musitu, G., & Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17(2), 151-161.
<https://www.uv.es/~lisis/mjesus/5cava.pdf>
- Rockner, J., & Luhtanen, R. (1990). Autoestima colectiva y sesgo intragrupal. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 58(1), 60-67.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.1.60>
- Vázquez Falcón, D., Fuentes Suárez, I., & Senra Pérez, N. C. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Revista Conrado*, 14(64), 98-103.
<http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/>

Referencias

- Ayvar Velásquez, H. G. (2016). La autoestima y la asertividad en adolescentes de educación secundaria de un colegio estatal y particular de un sector del distrito de Santa Anita. *Avances En Psicología*, 24(2), 193-203.
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2016.v24n2.154>
- Baena, V. C. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>

- Du, H., King, R. B., & Chi, P. (2012). El desarrollo y validación de la escala del autoestima relacional. *Personalidad y Psicología Social*. 53(3), 258-264.
<https://doi.org/10.1111/J.1467-9450.2012.00946.X>
- Ferreira, A., Ferreira, J., & Da Silva, E. (2008). La depresión entre estudiantes de enfermería relacionada a la autoestima, a la percepción de su salud y al interés por la salud mental. *Rev Latino-am Enfermagem*. 16(2).
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/zRfyVPBCTJjxnHw9r5gc45B/?lang=es&format=pdf>
- García, A. (2010). Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *Revista de Educación*. 12, 225-240.
https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5352/Estudio_sobre_la_asertividad.pdf?sequence=5
- García, J., & Román, J. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*. 17(1), 76-82.
<https://www.psicothema.com/pdf/3067.pdf>
- Góngora, V. C., María, Y., & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
<https://www.redalyc.org/pdf/180/18011827002.pdf>
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit Revista de Psicología*. 16(1), 81-93.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68615511009>
- Güell, M., & Muñoz, J. (2000). *Desconócese a ti mismo: programa de alfabetización emocional*. Paidós.
- Haquin F, C., Larraguibel Q, M., & Cabezas A, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), 425-433.
<https://doi.org/10.4067/S0370-41062004000500003>
- nger Solange Maitta Rosado, A., José Cedeño Párraga, M., Cecilia Escobar García, M., Solange Maitta Rosado, I., & José Cedeño Párraga Martha Cecilia Escobar García, M. (2018a). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*.
<https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>
- León, A., Rodríguez, C., Ferrel, F., & Ceballos, G. (2009). Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública de la Ciudad de Santa Marta. *Psicología desde el Caribe*. 24.
<https://www.redalyc.org/pdf/213/21312270005.pdf>
- Moreta-Herrera, R., Zambrano Estrella, J., Sanchez-Velez, H., & Naranjo-Vaca, S. (2021). Salud mental en universitarios del Ecuador: síntomas relevantes, diferencias por género y prevalencia de casos. *Pensamiento Psicológico*, 19, 1-12.
<https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi19.smue>
- Mruk, C. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: toward a positive psychology of self-esteem*. Springer Publishing Company, Inc
- OMS. (2013). Salud Mental Guía del promotor comunitario.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/31342>
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Salud Pública*. 30(2), 202-211.
<http://ref.scielo.org/vsqnjf>
- Los García, M., & Gómez Jiménez, Á. (1997). Valores personales individualistas y colectivistas y su relación con la autoestima colectiva, *Revista de Psicología Social*. 12(2), 179-199.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111847&info=resumen&idioma=SPA>

- Rossello, J., & Berrios Hernández, M. (2004).
Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en
una Muestra de Adolescentes
Puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of
Psychology*, 38(2), 295-302.
[http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=284382
15](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28438215)
- Stein KF, Corte C. (2003). Reconceptualización de
los factores causales y las estrategias de
intervención en los trastornos alimentarios: un
cambio de la imagen corporal a las
deficiencias del autoconcepto. *Arch Psychiatr
Nurs*. 17(2):57-66. doi:
10.1053/apnu.2003.50000.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and
Well-Being: A Social Psychological
Perspective on Mental Health. *Psychological
Bulletin*, 103(2), 193-210.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>
- Vásquez, A., Jiménez, R., & Vásquez, R. (2004).
Escala de autoestima de Rosenberg; fiabilidad
y validez en población clínica española.
Apuntes de Psicología. 22(2), 247-255.
[https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php
/revista/article/view/53](https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53)
- Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V.,
Pomalaya, R., Dioses, Al., Velásquez, N.,
Araki, R., & Teinoso, D. (2008). Bienestar
psicológico, asertividad y rendimiento
académico en estudiantes universitarios
Sanmarquinos. *Revista de investigación en
psicología*. 11(2), 139-152.
[https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codi
go=3052965](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3052965)