FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo de fin de Carrera titulado:

Relación entre salud mental, asertividad e impulsividad en hombres y mujeres ecuatorianos

Realizado por:

Alison Mailly Cóndor Clavijo

Director del proyecto:

MSc. Michelle Stephanie Medina Herdoiza

Como requisito para la obtención del título de:

MAGISTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN PSICOTERAPIA

QUITO, MARZO del 2025

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, Alison Mailly Cóndor Clavijo, ecuatoriano, con Cédula de ciudadanía N° 2100479720, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional, y se basa en las referencias bibliográficas descritas en este documento.

A través de esta declaración, cedo los derechos de propiedad intelectual a la

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, reglamento y normativa institucional vigente.

Firmado electrónicamente por:
ALISON MAILLY
CONDOR CLAVIJO
Validar únicamente con FirmaEC

Alison Mailly Cóndor Clavijo

C.I.: 2100479720

DECLARACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

MSc. Michelle Medina

LOS PROFESORES INFORMANTES:

Después de revisar el trabajo presentado lo han calificado como apto para su defensa oral ante el tribunal examinador.

MSc. Gabriel Osorio

MSc. Mayra Castillo

Quito, 06 de marzo de 2025

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Alison Mailly Cóndor Clavijo

C.I.: 2100479720

Artículo de tesis

Relación entre salud mental, asertividad e impulsividad en hombres y mujeres ecuatorianos, Trabajo final de Maestría

Alison Mailly Cóndor Clavijo [1], Michelle Stephanie Medina Herdoiza[2]

[1] Maestría en Psicología mención en Psicoterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, UISEK; alison.condor@uisek.edu.ec
[2] Magister en Psicología; michelle.medina@uisek.edu.ec
***** Autor de Correspondencia: alison.condor@uisek.edu.ec; Tel.: +593985767287

Resumen: El objetivo del presente estudio fue analizar la relación que hay entre la salud mental, la asertividad y la impulsividad en una muestra de participantes ecuatorianos y además se compararon las variables entre hombres y mujeres. El enfoque fue cuantitativo, el alcance correlacional y de corte transversal. El número de participantes fue de 1626 personas en un rango de 18 y 78 años de edad (689 hombres y 937 mujeres). Se utilizaron herramientas de autoinforme, como el Cuestionario de Salud Mental (MHC), el Cuestionario de Esquema Interpersonal Asertivo (AISQ) y la Escala de Impulsividad de Barratt. Se realizaron análisis correlacionales los cuales revelaron una relación significativa positiva y negativa entre las variables. Además, se encontró que los hombres tienen mayor bienestar social, bienestar emocional, bienestar psicológico y salud mental que las mujeres. Estos resultados contrastan con otros estudios que señalan que las mujeres suelen presentar niveles más altos salud mental. En conclusión, se sugiere desarrollar programas de psicoeducativos respecto a la gestión emocional e implementar intervenciones con enfoque de género.

***Palabras clave*:** salud mental, asertividad, impulsividad, hombres, mujeres

Abstract: The objective of the present study was to analyze the relationship between mental health, assertiveness and impulsivity in a sample of Ecuadorian participants and the variables were also compared between men and women. The approach was quantitative, the scope was correlational and cross-sectional. The number of participants was 1626 people between 18 and 78 years of age (689 men and 937 women). Self-report tools were used, such as the Mental Health Questionnaire (MHC), the Assertive Interpersonal Schema Questionnaire (AISQ), and the Barratt Impulsivity Scale. Correlational analyzes were carried out which revealed a significant positive and negative relationship between the variables. In addition, it was found that men have greater social well-being, emotional well-being, psychological well-being and mental health than women. These results contrast with other studies that indicate that women tend to have higher levels of mental health. In conclusion, it is suggested to develop psychoeducational programs regarding emotional management and implement interventions with a gender focus.

***Keywords*:** *mental health, assertiveness, impulsivity, men, women*

1. Introducción

El reconocimiento de la salud mental como un aspecto integral de la condición humana tiene sus bases científicas en la antigua Grecia en el siglo V a.C., cuando los griegos comenzaron a buscar explicaciones a los trastornos mentales a través de la teoría humoralista, misma que vinculaba la salud al equilibrio de cuatro fluidos corporales: bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre; y atribuía los trastornos mentales a desequilibrios específicos del cerebro (Salaverry, 2012).

La importancia de la salud mental radica en su papel como un componente esencial de la salud general y el bienestar, debido a que permite desarrollar habilidades individuales y colectivas fundamentales para facilitar la toma de decisiones, la construcción de relaciones sociales y la transformación del entorno (Ovidio et al., 2022). Los factores psicológicos, ambientales y sociales tienen un impacto significativo en las diversas áreas de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Tanto en América Latina y el Caribe como en países desarrollados, el avance económico, las transformaciones sociales y la mayor longevidad han ido acompañados de un incremento en los problemas psicosociales(J. Rodríguez, 2007). Las enfermedades mentales han adquirido un peso significativo, causando un elevado nivel de sufrimiento personal y social (Organización Mundial de la Salud, 2022). Un análisis de los estudios epidemiológicos más relevantes realizados en la región en las últimas dos décadas encontró una prevalencia anual promedio de 1% para las

psicosis no afectivas, 4.9% para la depresión mayor y 5.7% para el abuso o dependencia del alcohol (J. Rodríguez, 2007).

Salud mental

En 1949, un comité de expertos en salud mental identificó la importancia de incluir tanto la salud mental como la física en los servicios de salud pública, con la misma importancia para la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 1953). Esto llevó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se convierta en pionera como entidad internacional gubernamental en promover actividades relacionadas con la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 1958).

La salud mental es más que la ausencia de enfermedades, mantener una buena salud mental se relaciona con tener bienestar psicológico que permite afrontar desafíos diarios, maximizar el potencial individual y aportar al desarrollo comunitario(Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022). Es un derecho fundamental y clave para el desarrollo personal y social (Organización de las Naciones Unidas, 2017). Los factores psicológicos, biológicos, genéticos, sociales y estructurales presentan un rol importante dentro de la salud mental (Maiita et al., 2018)

En la actualidad, los problemas de salud mental siguen siendo un gran desafío para la calidad de vida de las personas, así como un factor importante de costos económicos, tanto para los individuos como la sociedad y los sistemas de salud (Rodríguez, 2016). En Ecuador, son pocos los estudios que abordan la incidencia, prevalencia y factores condicionantes de las enfermedades mentales, por ello el país forma parte del 30% de naciones sudamericanas que asignan menos del 2% de su presupuesto de salud para estas enfermedades (Rodríguez, 2016). Actualmente los casos de enfermedades mentales aumentan en Ecuador, mientras persiste la dificultad para acceder a los servicios de salud debido a la falta de recursos económicos y humanos (Suárez et al., 2021).

Asertividad

El término asertividad tiene sus bases en la terapia conductual, introducido por Joseph Wolpe y Arnold Lazarus en los años 60. Sin embargo, se consolidó en la década de los 70, cuando ganó reconocimiento y se estableció como una herramienta clave para abordar diversos problemas en las relaciones sociales, lo que impulsó la creación de asociaciones dedicadas exclusivamente a su desarrollo(Caballo, 1983). El análisis de una conducta como asertiva o no, requiere considerar tres aspectos: el conductual, que abarca las acciones realizadas por la persona, como defender derechos, expresar desacuerdos o aceptar cumplidos; el personal, que se centra en los destinatarios de la conducta; y el situacional, que se enfoca en las circunstancias específicas en las que se desarrollan dichas acciones (Caballo, 1983)

La asertividad implica la capacidad de una persona para expresar sus pensamientos, emociones y deseos de forma clara, respetuosa y directa, sin temor a ser juzgada, pero también sin transgredir los derechos de los demás (Naranjo, 2008). La persona asertiva se comunica de manera abierta y honesta con los demás, y actúa con seguridad, reconociendo y aceptando sus propias limitaciones y estableciendo límites claros en sus relaciones (Pick, et al., 1990). Evita tanto la represión de las emociones como la expresión destructiva de las mismas, eligiendo las relaciones sociales con firmeza y delicadeza (Gaeta & Galvanovskis, 2009).

Impulsividad

La impulsividad tiene su origen etimológico en la palabra latín impulsus que significa golpear o empujar (Sánchez et al., 2013). Los franceses la empleaban para describir comportamientos instintivos fuera de control consciente (Cobo, 2003). Durante el siglo XIX, se analizaron estas conductas como parte de una patología de la voluntad, que inicialmente se vinculaba al intelecto y las emociones, pero que más tarde fue considerada una función mental independiente susceptible de alteraciones. Esto dio lugar a su investigación científica como un síntoma de diversos trastornos psicológicos desde el ámbito médico y psicológico (Sánchez et al., 2013).

La impulsividad se caracteriza como una forma de comportamiento inadecuado, caracterizada por una excesiva activación motora, ausencia de planificación, decisiones apresuradas y una inclinación a actuar sin reflexionar (Eysenck, 1997). Esta conducta implica una deficiencia en el control inhibitorio, una tendencia a realizar acciones no planeadas sin considerar adecuadamente las consecuencias y una preferencia por las gratificaciones inmediatas, incluso cuando se presentan alternativas de mayor valor a largo plazo (Olarte et al., 2017).

Con base en lo expuesto, el objetivo de esta investigación es analizar la relación entre la salud mental, la asertividad y la impulsividad en hombres y mujeres ecuatorianos.

2. Materiales y Métodos

Diseño

El presente estudio de naturaleza empírica adopta un enfoque cuantitativo(Hernández et al., 2010) el cual se centra en la recolección y análisis de datos numéricos para identificar patrones, medir variables y establecer relación entre ellas. El diseño es de corte transversal(Manterola et al., 2023) lo que implica que se recopilan datos en un único periodo de tiempo. Además, su alcance es correlacional (Gómez, 2020) lo que busca explorar la presunta relación directa o indirecta entre las variables.

Participantes

La muestra del estudio está conformada por 1626 participantes mayores de edad, cuyas edades que se encuentra en un rango de entre 18 y 78 años, con una media de 24 años, donde 689 son hombres (42.4%) y 937 son mujeres (57.6%). Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico y provienen de todas las provincias del Ecuador. En cuanto al estado civil, 1421 participantes son solteros/as (87.4%), 129 son casados/as (7.9%) 47 se encuentran en unión libre (2.9%), 25 son divorciados/as (1.5%) y 4 son viudos/as (0.2%). Respecto al nivel educativo, 4 participantes (0.2%) no tienen estudios, 34 (2.1%) poseen estudios de secundaria, 888 (54.6%) cuentan con bachillerato, 126 (7.8%) tienen un título de tecnologado, 480 (29.5%) poseen estudios de licenciatura o grado, 79 (4.9%) cuentan con una maestría y 15 (0.9%) con un doctorado.

En relación al número de hijos, 1,338 (82.3%) no tienen hijos, 132 (8.1%) tienen un hijo, 60 (3.7%) tienen dos hijos, 29 (1.8%) tienen tres hijos, 15 (0.9%) tienen cuatro hijos y 2 (0.1%) tienen cinco hijos. En situación socioeconómica 372 participantes equivalente a 22.9% se ubican en el peldaño 5, 44 participantes se encuentran en el peldaño 1 que representa la peor situación con un 1.2% y 55 se ubican en el peldaño 10 que refleja la mejor situación.

Procedimiento y análisis de resultados

El presente estudio fue presentado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Internacional SEK (CEISH – UISEK), obteniendo su aprobación luego de cumplir con todos los requerimientos éticos establecidos. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de encuestas que se realizaron de manera virtual a través de la plataforma Qualtrics.

Se solicitó el consentimiento de los participantes. El tiempo estimado para completar las encuestas fue de 30 a 40 minutos. Los datos fueron recopilados entre diciembre de 2023 y enero de 2024. Posterior a eso, se procedió a depurar los resultados para asegurar su validez y se realizó un análisis estadístico utilizando el software SPSS versión 27.

Salud mental

La escala Mental Health Continuum (MHC) desarrollada por Keyes (2002), es una herramienta diseñada para evaluar la salud mental desde tres dimensiones positivas: bienestar emocional, social y psicológico. En su versión original consta de 40 ítems y se presenta en un formato de autoregistro. Posteriormente Keyes (2009)elaboró una versión más abreviada de 14 ítems la cual es utiliza una escala Likert de 1 a 6 puntos, (1=nunca, 2=una o dos veces por semana, 3=más o menos una vez por semana, 4=más o menos dos veces por semana, 5=casi todos los días y 6=todos los días). Esta versión incluye tres ítems relacionados a bienestar emocional, cinco a bienestar social y seis a bienestar psicológico. La versión en español de esta escala fue validada y adaptada por Echeverría et al., (2017) en un estudio aplicado a 3335 adultos chilenos utilizando un análisis factorial confirmatorio basado en el modelo original de los tres factores. Además, Peña et al., (2017) señalan que esta herramienta es adecuada para medir la salud mental y puede ser utilizada en el contexto ecuatoriano para la evaluación de la salud mental positiva, respaldada por la fiabilidad y validez evidenciadas en los resultados obtenidos en un estudio realizado con población de la ciudad de Cuenca.

El alfa de Cronbanch obtenido de la escala Mental Health Continuum (MHC) en la muestra ecuatoriana de este estudio fue de $\alpha = .951$, lo que evidencia altos niveles de fiabilidad.

Asertividad

El cuestionario de esquema interpersonal asertivo (AISQ) desarrollado por Vagos & Pereira (2010)es una herramienta diseñada para evaluar la asertividad global, consta de cuatro dimensiones: (a) apoyo emocional externo, (b) habilidades personales, (c) gestión interpersonal y (d) habilidades personales afectivas. Se compone de 21 ítems que se evalúan mediante una escala Likert que va de 1 a 5 (Casadiego et al., 2018).

El alfa de Cronbanch obtenido del cuestionario de esquema interpersonal asertivo (AISQ) en la muestra ecuatoriana de este estudio fue de $\alpha = .953$, por lo tanto, es fiable.

Impulsividad

La escala de impulsividad de Barratt (BIS) fue desarrollada en 1959, es una herramienta utilizada para medir la impulsividad en las personas(Verdejo, 2020). Después de realizar múltiples análisis factoriales, Barratt llegó a la conclusión de que la impulsividad no es un constructo unidimensional, rediseñó su escala y propuso que la impulsividad se compone de tres dimensiones: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada (Salvo & Castro, 2013).

La versión en español de la escala de impulsividad de Barratt (BIS – 15) fue validada por Orozco et al. (2010) se realizó con una muestra de 477 participantes, incluyendo sujetos clínicos y no clínicos, se encuentra compuesta por 15 ítems y se responde mediante una escala de Likert de 4 puntos (nunca, raramente, casi siempre, siempre).

El alfa de Cronbanch obtenido de la escala de impulsividad de Barratt (BIS – 15) en la muestra ecuatoriana de este estudio fue de $\alpha = .819$, por lo tanto, es fiable.

3. Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos de la aplicación de la escala Mental Heatlh Continuum (MHC), el Cuestionario de Esquema Interpersonal Asertivo y la Escala de Barratt (BIS – 15)

Tabla 1. *Matriz de correlaciones*

		M	DS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Bienestar Emocional	3,31	0.97		,754**	,804**	,926**	-,321**	-,058*	-,368**	-,324**	,485**
2	Bienestar Social	2,94	0.92			,773**	,911**	-,340**	-,007	-,318**	-,280**	,407**
3	Bienestar Psicológico	19,96	5,67				,931**	-,363**	-,046	-,435**	-,367**	,548**
4	Salud Mental Total	3,19	0,87					-,369**	-,041	-,405**	-,351**	,521**
5	Impulsividad cognitive	16,24	2,94						,286**	,506**	,731**	-,286**
6	Impulsividad motora	20,35	4,22							,262**	,710**	-,095**
7	Impulsividad no planeada	19,54	4,50								,808**	-,498**
8	Impulsividad Total	56,14	8,78									-,398**
9	Asertividad	74,79	15,63									

Nota. ** = correlación significativa al nivel .001

Como se puede observar en la tabla 1, la salud mental positiva se relación negativa y significativamente con la impulsividad total ($r = -.351$; $p < .001$) lo que quiere decir que los participantes que puntúan alto en salud mental, puntúan bajo en impulsividad y viceversa.

La impulsividad total se relaciona negativa y significativamente con la asertividad ($r = .398$; $p < .001$), lo que quiere decir que los sujetos que puntúan alto en impulsividad, puntúan bajo en asertividad y viceversa.

Y la asertividad se relaciona positiva y significativamente con la salud mental (r = .521 ; p < .001) lo que quiere decir que los sujetos que puntúan alto en asertividad, puntúan alto en salud mental.

Tabla 2. *Comparación de medias entre hombres y mujeres.*

Variables		**N**	**M**	**DS**	**t**	**p**
Bienestar Psicológico	Hombre	691	20,60	5,70	4,11	0.00
	Mujer	939	19,44	5,60		
Bienestar Emocional	Hombre	691	3,41	0,99	3,53	0.00
	Mujer	939	3,24	0,95		
Bienestar social	Hombre	691	3,06	0,95	4,69	0.00
	Mujer	939	2,85	0,89		
Salud mental TOTAL	Hombre	691	3,30	0,89	4,41	0.00
	Mujer	939	3,11	0,85		
Impulsividad cognitva	Hombre	604	16,09	2,94	-1,57	0.12
	Mujer	813	16,33	2,94		
Impulsividad motora	Hombre	604	20,54	4,42	1,58	0.11
	Mujer	813	20,18	4,07		
Impulsividad no planeada	Hombre	604	19,76	4,57	1,59	0.11
	Mujer	813	19,38	4,46		
Impulsividad TOTAL	Hombre	604	56,39	8,75	1,05	0.29
	Mujer	813	55,89	8,82		
Asertividad	Hombre	518	73,60	15,95	-2,37	0.18
	Mujer	716	75,74	15,34		

Como se puede observar en la tabla 2, existen diferencias de medias entre hombres y mujeres respecto al bienestar psicológico (t = 4,11; p< .001) específicamente los hombres puntúan más alto (M = 20.60 ; DS = 5.70) que las mujeres (M = 19.44 ; DS = 5.60). Referente al bienestar emocional (t = 3.53 ; p< .001) específicamente los hombres puntúan más alto (M = 3.41 ; DS = 0.99) que las mujeres (M = 3.24 ; DS = 0.95).

En cuanto al bienestar social (t = 4,69 ; p< .001) específicamente los hombres puntúan más alto (M = 3.06 ; DS = 0.95) que las mujeres (M = 2.85 ; DS = 0.89). Y, respecto a la salud mental (t = 4,41 ; p < .001) específicamente los hombres puntúan más alto (M = 3.30 ; DS = 0.89) que las mujeres (M = 3.11 ; DS = 0.85). Referente a la impulsividad cognitiva, motora, impulsividad no planeada, impulsividad total y asertividad se evidencia que no hay diferencia de medias.

4. Discusión

En este estudio se analizó la relación entre salud mental, asertividad e impulsividad en hombres y mujeres ecuatorianos. Los hallazgos de este estudio resaltan la importancia de tomar en cuenta factores tanto individuales como sociales en la salud mental de la población ecuatoriana, así como las diferencias de género.

Los resultados indican que la salud mental presenta una relación inversamente proporcional con la impulsividad, lo que sugiere que niveles más altos de salud mental se relacionan con menores niveles de impulsividad. Este hallazgo respalda la hipótesis inicial y es consistente con la investigación realizada por Sánchez et al. (2013) quienes demostraron que, la impulsividad es un factor de riesgo para diversos problemas emocionales y conductuales, incluyendo dificultades en la autorregulación emocional, la planeación y el control inhibitorio. Además, los resultados evidenciaron que las personas con mayor impulsividad tienden a experimentar un menor bienestar psicológico, social y emocional, lo que está directamente relacionado con la salud mental.

En los análisis de la presente investigación se encontró que los hombres presentan niveles más altos de bienestar psicológico en comparación con las mujeres. Esto contrasta con los hallazgos encontrados en la investigación de Del Valle et al. (2015) quienes evidencian que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en bienestar psicológico en comparación con los hombres. En cuanto al bienestar emocional, los resultados muestran

que los hombres presentan puntuaciones más altas que las mujeres, lo cual se contradice con la investigación de Cova, (2004) , que evidencia que las mujeres tienden a experimentar mayor bienestar y emociones agradables en comparación con los hombres.

Respecto al bienestar social, se evidenció que los hombres puntúan más alto en comparación con las mujeres. Este hallazgo contrasta con el estudio realizado por Zubieta et al. (2012), quienes encontraron que, las mujeres tienen mejores relaciones sociales, son capaces de aprovechar su entorno y contribuir al bienestar común que los hombres.

Por último, en relación con la salud mental, se encontró que los hombres puntúan más alto que las mujeres. Esto es consistente con la investigación de Ramos, (2014) cuyos resultados indican que, los problemas de salud mental son más prevalentes en mujeres, quienes son más vulnerables a la afectación de su salud mental debido a diversos factores sociales.

Los hallazgos de este estudio tienen varias implicaciones prácticas importante en el abordaje la salud mental en la población ecuatoriana. Primero, la relación inversamente proporcional entre salud mental e impulsividad subrayan la necesidad de desarrollar programas de prevención y gestión emocional que ayuden a las personas a regular la impulsividad y fortalecer su bienestar (Olarte et al., 2017). Además, evidencian la importancia de implementar un enfoque de género en las intervenciones (Ramos, 2014), considerando las particularidades de hombres y mujeres, y adaptando los enfoques terapéuticos a las necesidades específicas de cada persona. Asimismo, resaltan la importancia de diseñar políticas públicas que faciliten el acceso equitativo a servicios psicológicos y reduzcan el estigma asociado a la búsqueda de ayuda profesional (López et al., 2008).

Una limitación significativa de este estudio es el uso de medidas de autoinforme para medir la salud mental, la asertividad y la impulsividad, las cuales pueden estar sujetas a sesgos de deseabilidad social o a una falta de introspección por parte de los participantes. La percepción subjetiva de los individuos sobre estas variables puede diferir de su comportamiento real, lo que podría afectar la validez de los datos.

Además, el estudio no controla las variables externas que podrían influir en las relaciones observadas. Factores como el nivel de estrés, el apoyo social, antecedentes psicológicos o la presencia de trastornos emocionales pueden afectar la impulsividad, la asertividad y la salud mental. Por ello, futuras investigaciones deberían considerar estos factores para obtener una comprensión más completa de los fenómenos estudiados.

5. Conclusiones

Los hallazgos de este estudio evidencian una relación inversamente proporcional entre la salud mental y la impulsividad, indicando que un mayor bienestar psicológico, social y emocional se asocia con una menor impulsividad. Además, se identificaron diferencias de género en la salud mental total, donde los hombres obtuvieron puntuaciones mayores, lo que contrasta con estudios previos. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar los factores individuales, sociales y culturales en la comprensión de la salud mental.

Es fundamental promover estrategias de regulación emocional y autocontrol para reducir la impulsividad y fortalecer la salud mental (Olarte et al., 2017). Para ello, se sugiere la implementación de programas psicoeducativos que enseñen técnicas de manejo del estrés, reestructuración cognitiva y toma de decisiones reflexiva. Además, prácticas como el mindfulness y la meditación pueden contribuir al bienestar emocional y mejorar la estabilidad psicológica.

Dado que se encontraron diferencias de género en el bienestar psicológico, emocional y social, es decir, en la salud mental, es recomendable desarrollar intervenciones con enfoque de género (Ramos, 2014), que atiendan las necesidades específicas de hombres y mujeres. Es importante fomentar el acceso equitativo a recursos de salud mental, así como sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud mental para reducir el estigma asociado a la búsqueda de apoyo profesional.

Referencias citadas

1. Caballo, V. (1983). *Asertividad: Definiciones y dimensiones*.
2. Cobo, C. E. (2003). *El Comportamiento Humano*.
3. Cova, F. (2004). Diferencias de género en bienestar y malestar emocional: Evidencias contradictorias. *Terapia Psicológica*, *22*(2).
4. Del Valle, M., Hormaechea, F., & Urquijo, S. (2015). El Bienestar Psicológico: Diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, *7*(3), 6–13.
5. Echeverría, G., Torres, M., Pedrarls, N., Padilla, O., Rigotti, A., & Bitran, M. (2017). Validation of a Spanish Version of the Mental Health Continuum – Short Form Questionaire. *Psicothema*, *29*(1), 96–102.
6. Eysenck, H. (1997). Crime and personality. *Psychology Revivals*.
7. Gaeta, L., & Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: Un análisis teórico-empírico. *Enseñanzas e Investigación En Psicología*, *14*(2), 403–425.
8. Gómez, E. (2020). Análisis correlacional de la formación académico-profesional y cultura tributaria de los estudiantes de marketing y dirección de empresas. *Revista Universidad y Sociedad*, *12*(6), 478–483.
9. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación (Quinta edición)* (Issue 736). McGraw-Hill.
10. Keyes, C. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing of flourshing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2).
11. Keyes, C. (2009). *Brief description of the Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF).*
12. López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en información disponible. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *28*(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004
13. Maiita, I., Cedeño, M., & Escobar, M. (2018). Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, *3*.
14. Manterola, C., Hernández, M., Otzen, T., Espinosa, M., & Grande, L. (2023). *Estudios de Corte Transversal. Un Diseño de Investigación a considerar en Ciencias Morfológicas*. *41*(1).
15. Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertiva. *Actualidades Investigativas En Educación*, *8*(1).
16. Olarte, P., Cavalcante, A., Paramio, A., Zayas, A., & Guil, R. (2017). Impulsividad y Búsqueda en sensaciones: Implicaciones de Intervención en jóvenes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1).
17. Organización de las Naciones Unidas. (2017). *Salud mental y derechos humanos*.
18. Organización Mundial de la Salud. (1958). *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. .
19. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos Mentales*.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1953). Comité de expertos en higiene mental. *Publicaciones Científicas*, *4*.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta*.
22. Orozco, L., Rodríguez, M., Herin, D., Gempeler, J., & Uribe, M. (2010). Validity and Reliability of the Abbreviated Barratt Impulsiveness Scale in Spanish (BIS – 15S). . *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *39*(1).
23. Ovidio, C., Arango, D., Restrepo, D., & Calvo, A. (2022). Salud Mental Positiva: Entre el bienestar y el desarrollo de capacidades. *CES Psicología*, *15*(1).
24. Peña, E., Lima, S., Bueno, G., Keyes, C., & Arias, W. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, *11*(2).
25. Ramos, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, *37*(4).
26. Rodríguez, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental . *Persona y Bioética*, *20*(2).
27. Rodríguez, J. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría Del Uruguay*, *71*(2).
28. Salaverry, O. (2012). La Piedra de la Locura: Inicios Históricos de la Salud Mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *29*(1), 143–148.

29. Salvo, L., & Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de impulsividad Barratt (BIS - 11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, *51*(4). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000400003#:~:text=La%20Escala%20de%20Impulsividad%20de%20Barratt%20(BIS)%20es%20un%20instrumento,con%20la%20eficiencia%20psicomotora17
30. Sánchez, P., Giraldo, J., & Quiroz, M. (2013). Impulsividad: Una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances En Psicología Latinoamericana*, *31*(1).
31. Suárez, V., Lucero, P., Pallo, J., Alvear, L., & Ledesma, W. (2021). Perspectiva y garantía de atención de salud mental en Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *37*(3).
32. Vagos, P., & Pereira, A. (2010). A proposal for evaluation cognition in assertiveness. *Psychology Assement*, *22*(3).
33. Verdejo, A. (2020). Cognition and Addiction. *Journal of Contextual Behavior Science*.
34. Zubieta, E., Muratori, M., & Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial. Explorando diferencias de género. *Salud y Sociedad*, *3*(1), 66–76.

DII-Marzo 2025