



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**RELACIÓN ENTRE PROCESOS DE AUTOCONCIENCIA Y SALUD MENTAL  
EN JÓVENES UNIVERSITARIOS**

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica que  
presenta el Bachiller:

**Diego Stanislaw Kobylinski Padilla**

Asesora:

Mg. Doris Julia Argumedo Bustinza

Lima – Perú

2019



*“Adiós – dijo el zorro –. He aquí mi secreto, que no puede ser más simple: solo con el corazón se puede ver bien; lo esencial es invisible a los ojos.”*

- Antoine de Saint-Exupéry



## **Agradecimientos**

A mi mamá, por absolutamente todo.

A mi abuela, por los consejos.

A Pamela, por enseñarme acerca de lo esencial.

A Doris, por lo enseñado y el empuje.

A Jimena, por la compañía en esta aventura.

A Chabuca y Dino por el apoyo incondicional.



## RESUMEN

### **Relación entre Procesos de Autoconciencia y Salud Mental en jóvenes universitarios**

El propósito del presente estudio fue analizar la relación entre los procesos de Autoconciencia y la Salud Mental en jóvenes universitarios. La investigación se basa en el modelo de Mentalidad Psicológica propuesto por Grant (2001) y el modelo de Salud Mental desarrollado por Veit y Ware (1983). De modo específico, se exploró si existen diferencias en la Salud Mental según el sexo de los participantes y si las correlaciones entre los procesos de Autoconciencia y la Salud Mental varían según esta variable sociodemográfica. Para lograr dichos objetivos, se aplicaron dos instrumentos, la Escala de Autorreflexión e Insight (SRIS) y el Inventario de Salud Mental (MHI), a un grupo de 313 estudiantes de entre 18 y 28 años ( $M=21.65$ ;  $DE=1.90$ ) estudiantes de una universidad privada en Lima Metropolitana. Los resultados arrojaron diferencias en puntaje promedio para Lazos Emocionales, Autorreflexión y sus subfactores, con mayores puntuaciones en el caso de las mujeres. Insight mantiene relaciones directas con Bienestar Psicológico y sus subfactores, e indirectas con Estrés Psicológico y sus subfactores. Se encontró una pequeña relación directa entre Compromiso con la Autorreflexión y Depresión. En el caso de los hombres, se mantuvo la relación entre Compromiso y Depresión, mientras que se diluyeron las relaciones entre los Procesos de Autoconciencia. Por último, en el caso de las mujeres, se mantuvieron las relaciones entre Insight y ambos procesos de Autoconciencia. Se discuten los resultados encontrados y se proponen pautas relevantes para una futura investigación sobre el tema.

*Palabras claves:* Procesos de Autoconciencia, Autorreflexión, Insight, Salud Mental, Bienestar Psicológico.

## ABSTRACT

### **Self-Consciousness and Mental Health in young college students**

The purpose of the present study was to analyze the relation between the processes of Self-Consciousness and Mental Health in young university students. The research is based on the model of Psychological Mindedness proposed by Grant (2001) and the mental Health model developed by Veit and Ware (1983). Specifically, we explored whether there are differences in Mental Health according to the sex of the participants and whether the correlations between the processes of Self-Consciousness and Mental Health vary according to this sociodemographic variable. To achieve these objectives, two instruments, the Self-Reflection and Insight Scale (SRIS) and the Mental Health Inventory (MHI), were applied to a group of 313 students aged 18 to 28 ( $M = 21.65$ ,  $SD = 1.90$ ) students from a private university in Metropolitan Lima. The results showed differences in average scores for Emotional Ties, Self-Reflection and their subfactors, with higher scores in the case of women. Insight maintains direct relationships with Psychological Wellbeing and its subfactors, and indirectly with Psychological Stress and its subfactors. A small direct relationship was found between Commitment to Self-Reflection and Depression. In the case of men, the relationship between Commitment and Depression was maintained, while the relations between the Processes of Self-consciousness were diluted. Finally, in the case of women, relations between Insight and both processes of Self-consciousness were maintained. The results are discussed and relevant guidelines are proposed for future research on the subject.

*Key words:* Self-Consciousness, Self-reflection, Insight, Mental Health, Psychological Well-Being.

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
Procesos de Autoconciencia	9
Salud Mental	14
<b>MÉTODO</b>	17
Participantes	17
Medición	17
Análisis de Datos	19
<b>RESULTADOS</b>	21
<b>DISCUSIÓN</b>	25
<b>REFERENCIAS</b>	29
<b>APÉNDICES</b>	39
Apéndice A: Consentimiento Informado	39
Apéndice B: Pruebas de Normalidad	41
Apéndice C: Pruebas de Fiabilidad	43





## **Relación entre Procesos de Autoconciencia y Salud Mental en jóvenes universitarios**

La Autoconciencia es definida por Fenigstein, Scheier y Buss (1975) como el proceso que ocurre cuando una persona se encuentra centrada en sus pensamientos, sentimientos, comportamientos o apariencia. Esta definición se encuentra circunscrita a la creación de un modelo, desde el cual los autores plantean la existencia de dos tipos de autoconciencia: privada y pública (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975). La primera comprende aquellos procesos mediante los cuales uno piensa sobre sí mismo y el impacto que tiene el comportamiento, sentimientos y pensamientos en uno mismo; mientras que la segunda trata sobre los procesos mediante los cuales uno piensa sobre sí mismo en relación al impacto que su comportamiento, sentimientos y pensamientos tienen a nivel social. De aquí en adelante se profundizará en el primer tipo de Autoconciencia.

Los mismos autores ahondan en la importancia de la Autoconciencia Privada. Ellos proponen que una persona con bajos niveles en Autoconciencia Privada tendría la tendencia a evitar pensar en sí mismo, lo que haría una tarea difícil el revelar pensamientos, sentimientos e impulsos internos. En comparación, una persona con un nivel extremadamente alto en Autoconciencia Privada podría caer en una autopreocupación ideacional como un sustituto de la acción. Si se tienen en cuenta estas potenciales dificultades, el terapeuta podría obtener un panorama más claro sobre la manera de dirigir la terapia psicológica al evaluar el nivel inicial de Autoconciencia Privada de su cliente. (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975).

La Autoconciencia Privada ha sido considerada por algunos teóricos como sinónimo del constructo Mentalidad Psicológica (MP) (Farber, 1989). Sin embargo, aunque ambas implican un examen de los procesos mentales y emocionales propios, existen diferencias esenciales entre ambas. Mientras que la MP es un proceso dirigido a la explicación y comprensión de la conducta propia y ajena; la Autoconciencia busca el conocimiento de los pensamientos, sentimientos y comportamiento propios. Por lo tanto, en lugar de ser posibles sinónimos, la Autoconciencia y los procesos que le circundan son, probablemente, solo unos cuantos de una serie de constructos que se combinan para formar la MP.

La MP es un constructo con larga historia en la psicología que cuenta con un rol esencial en el cambio comportamental y ha sido ampliamente definida por distintos autores. Se le reconoce como una capacidad cognitiva que tiene influencia en el cambio comportamental como resultado del tratamiento psicológico. Regularmente se cree que este es un constructo cognitivo que implica la conciencia (Farber, 1985; Hatcher, Hatcher, Berlin, Okla y Richards, 1990) y comprensión de fenómenos psicológicos, tal como la relación entre estados cognitivos, afectivos y comportamentales (Beitel, Ferrer and Cecero, 2005; Farber, 1985). Sin embargo, Grant (2001) propone que, a pesar de

su importancia en el campo psicológico, existe un limitado análisis conceptual e investigación empírica sobre este constructo.

Basándose en Hall (1992, tal como se citó en Grant en el 2001), Grant sostiene que el análisis conceptual ha sido inhibido debido a que raramente algún autor ha tratado de justificar su definición de MP. En cuanto a la investigación empírica, propone que la falta de esta se debe a que la mayor parte de las investigaciones realizadas han sido dentro del marco psicoanalítico, lo que podría actuar como barrera para terapeutas de otro trasfondo teórico o quienes quieran investigar el rol de la MP en el cambio no-terapéutico.

En crítica a las definiciones ya existentes de la MP, Grant (2001) afirma lo siguiente: 1) Centrar la definición exclusivamente en la psicopatología o su uso en terapia, implica que uno no puede aplicar la MP a facetas no patológicas o no terapéuticas de la experiencia humana, 2) Definir este constructo en base al uso de constructos psicológicos para definir el pensar, sentir o comportar de uno mismo sería redundante, 3) Referirse a la MP como un constructo enfocado solo en uno mismo quiere decir que mecanismos psicológicos que median el pensamiento, comportamiento y sentimientos en uno mismo fuesen significativamente diferentes a aquellos en el otro. Esto sugeriría que es prácticamente imposible entender el funcionamiento mental de otra persona y, de esta manera, le quitaría todo sentido a la investigación y teoría psicológica; por ende, la MP debe ser conceptualizada en términos tanto de uno mismo como del otro.

Grant (2001), propondrá entonces la MP como una actividad metacognitiva. Usa como modelo la definición de Moses y Baird (1999); precisando la MP como un proceso ejecutivo de alto orden que hace referencia a cualquier proceso cognitivo mediante el cual uno se refiere, monitorea o controla cualquier aspecto de su cognición. Finalmente, define la MP de la siguiente manera: *“Mentalidad Psicológica es una forma de metacognición; es decir, una predisposición a participar en actos de indagación intelectual y afectiva dirigida hacia el cómo y por qué uno mismo y/u otros actuamos, pensamos y sentimos en la forma en que lo hacemos (Grant, 2001, pp. 6)”*.

Luego de precisar la definición conceptual de MP, Grant, Franklin y Langford (2002) intentarán operacionalizar el constructo a través de la creación de la Self-Reflection and Insight Scale (SRIS), cuyo análisis de estructura interna develará la existencia de dos factores latentes de primer orden: el primero es la Autorreflexión, la cual es definida como los procesos de indagación psicológica en cuanto a los pensamientos, comportamiento y sentimientos. Esta, a su vez, está compuesta por dos factores de segundo orden: Necesidad por Autorreflexión y Compromiso hacia la Autorreflexión. El segundo factor de primer orden es el Insight, definido como la claridad del autoconocimiento a nivel cognitivo, emocional y comportamental.

Ambos constructos han sido ampliamente estudiados en el campo de la psicología. Se han realizado así distintas investigaciones que relacionan a la MP, Autorreflexión e Insight, en conjunto o por separado, con el funcionamiento neurocognitivo, resolución de problemas, programas de reducción de peso o constructos como Claridad del Autoconcepto, Bienestar, Estrés y Salud Mental, entre otros. Algunos de estos estudios, si bien conceptualizan estos procesos de Autoconciencia desde perspectivas teóricas diferentes a las propuestas por Grant, nos proveen de evidencia empírica para comprender su funcionamiento en el campo psicológico.

En Bélgica, Van Camp, Oldenburg y Sabbe (2016), estudiaron la relación entre la Autorreflexión y la Autocerteza con el funcionamiento neurocognitivo, teniendo en cuenta el papel del Insight como mediador. Los resultados demuestran que una mayor Autorreflexión, mediada por distintos procesos de Insight, mejora el nivel del funcionamiento neurocognitivo.

En España (2008), Martínez-Fernández, Tubau, Guilet, Rabanaque y Sánchez investigaron sobre la utilidad de estrategias metacognitivas e Insight en resolución de problemas. Los participantes trataban de resolver un problema dado e iban recibiendo distintas pistas a medida que pasara el tiempo y estos no logren resolverlo. Los resultados señalan que aquellos participantes con un mayor nivel de metacognición pudieron resolver el problema propuesto con mayor facilidad y con menor número de pistas, lo que sugiere que un mayor nivel de metacognición tiene relación con un mayor nivel de Insight.

En México, Gordillo, Mestas, Arana, Gordillo y Tinao (2011) realizaron una investigación que buscó indagar la naturaleza de la relación entre Autorreflexión y el éxito de programas de reducción de peso y mejora de salud física. Los resultados demuestran que la estrecha relación que tiene la Autorreflexión con procesos como el Autoconcepto hacen que focalizarse en tener una mayor Autorreflexión ayude a la efectividad de dichos programas.

Bajo el modelo de Mentalidad Psicológica de Grant, se han realizado estudios como el llevado a cabo por Xu (2011). Se buscó investigar la relación entre Autorreflexión e Insight y las diferencias individuales en múltiples tareas pertenecientes al área de lenguaje. Los resultados obtenidos muestran que aquellos con una mayor necesidad para reflexión están asociados a un menor nivel de vocabulario; y que aquellos con un mayor nivel de Insight están asociados a una alta precisión y velocidad de respuesta.

En Perú, Darcourt (2015) investigó sobre la Claridad del Autoconcepto y Autoestima, aunque ligado directamente a la Autorreflexión y el Insight, en adultos jóvenes. El resultado de esta investigación mostró que el Insight está relacionado positivamente con la Claridad del Autoconcepto, mientras que la Necesidad por Autorreflexión está relacionada negativamente con este. Este resultado

proporciona evidencia que señala que Insight y Autorreflexión podrían no estar estrechamente vinculadas, así como de que no resulta necesaria la Autorreflexión para llegar al Insight.

En el campo del bienestar y la salud mental, Cowden y Meyer-Weitz (2016) realizaron un estudio en Sudáfrica. Se apuntó a explorar si la Autorreflexión e Insight funcionan como predictores de resiliencia y estrés. Los hallazgos mostraron correlaciones positivas para Autorreflexión e Insight con resiliencia; correlaciones negativas solo entre Insight y estrés; y al Insight como única variable predictora para resiliencia y estrés.

Haga, Kraft y Corby (2007) condujeron una investigación transcultural, con población de Noruega, Australia y Estados Unidos. En esta buscaron conocer acerca de la regulación de emociones, su relación con la reevaluación cognitiva (proceso en el que se encuentran implicadas la Autorreflexión e Insight) y el impacto de esta relación en el bienestar de una muestra multicultural. Se encontró que la Autorreflexión y el Insight son un antecedente fundamental para el uso de la reevaluación cognitiva y que al tener un mayor uso de reevaluación cognitiva se pueden predecir niveles positivos de bienestar.

En Estados Unidos, Lyke (2009) condujo un estudio sobre la diferencia en la satisfacción con la vida y felicidad entre sujetos con un mayor y menor nivel de Autorreflexión e Insight. La autora propuso que individuos con un mayor nivel de Insight estarían más felices y satisfechos con su vida que aquellos con un menor nivel; y que mayores niveles en la interacción entre Autorreflexión e Insight también deberían de estar relacionados a una mayor felicidad y satisfacción con la vida.

Sin embargo, los resultados difirieron de las hipótesis iniciales. Las correlaciones demostraron que, si bien existe una relación positiva entre felicidad y satisfacción con Insight, esta no es significativa en la relación con Autorreflexión. El acto de la Autorreflexión por sí mismo no altera los niveles de felicidad o satisfacción con la vida; mientras que el Insight por sí mismo tiene una relación directa, tanto en el alivio del estrés como en el nivel de bienestar. Lyke discute luego, que el factor principal que puede distinguir la Autorreflexión del Insight es un sentido intuitivo de entendimiento. Por lo tanto, se sugiere que es la experiencia de comprensión, ya sea emocional o cognitiva, la que se encuentra singularmente asociada con aspectos del bienestar. Por último, Lyke (2009) resaltó que la relación significativa entre el Insight en felicidad y satisfacción con la vida ocurre solo en personas con un alto nivel de Insight.

También en Estados Unidos, Harrington y Loffredo (2011) realizaron una investigación sobre el nivel predictivo, tanto positivo como negativo, de ciertos procesos de auto-conciencia sobre el bienestar psicológico (Ryff, 1989) y el bienestar subjetivo, representado por el constructo satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Los procesos de auto-conciencia que se revisaron pertenecen a distintos autores, estos fueron: el self-awareness y la auto-reflexividad, desde

el modelo de Fenigstein, Scheier y Buss (1975); la Autorreflexión e Insight, desde el modelo de Grant (2001); y rumiación y reflexión, desde el modelo de Trapnell y Campbell (1999).

Los resultados mostraron que el único predictor positivo para las seis dimensiones del modelo de bienestar psicológico de Ryff y el constructo de satisfacción con la vida, es el Insight. Este hallazgo dota de mayor consistencia a los resultados encontrados por Lyke (2009), lo que a su vez confirma que la disposición a tener una comprensión consciente de los pensamientos, sentimientos y motivaciones propios es importante para el bienestar general. Mientras tanto, la Autorreflexión mostró correlaciones negativas no significativas en casi todos los casos. Solo resultó significativa y positiva la relación predictiva para la escala de Crecimiento Personal del Bienestar Psicológico.

Los autores resaltaron que la Rumiación, conceptualizada como la tendencia a enfocarse repetidamente en las acciones pasadas de uno mismo, es el proceso de auto-conciencia que mantiene una correlación negativa altamente significativa con la escala de bienestar y la dimensión psicológica de la autoaceptación. Harrington y Loffredo (2011) sostienen que este resultado respalda los hallazgos de Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, y Berg (1999). Estos últimos afirmaron que la Rumiación está asociada con autoevaluaciones negativas. Por lo tanto, si se combinan con bajos niveles de auto-aceptación, las personas percibirían que tienen poca autonomía personal y dominio del entorno; lo que resultaría en un impacto negativo para el bienestar psicológico de la persona.

Los mismos Harrington y Loffredo, junto a Perz (2014), diseñaron un estudio con el fin de explorar la superposición entre el mindfulness disposicional, desde el modelo de Baer, Smith y Allen (2004), y el Insight, tal como es conceptualizado por Grant, Franklin y Langford (2002). También se buscó examinar el poder predictivo de ambas variables sobre el bienestar psicológico, y; por último, explorar si el Insight funciona como mediador en la relación entre mindfulness disposicional y bienestar psicológico.

Los resultados demostraron que existe una fuerte correlación positiva entre el mindfulness disposicional y el Insight. Al mismo tiempo, se comprobó que ambas correlacionan positivamente con bienestar psicológico, siendo el Insight aquel que tiene una correlación más fuerte. Por último, el Insight aparece como un importante mediador en la relación entre el mindfulness disposicional y el bienestar psicológico.

Por otro lado, en Australia, Grant y Stein realizaron un estudio (2014) que busca clarificar las relaciones entre las actitudes disfuncionales (suposiciones y creencias negativamente sesgadas con respecto a uno mismo, el mundo y el futuro) (Weissman y Beck, 1978), y las auto-evaluaciones positivas (valoración positiva básica y fundamental de la propia valía, eficacia y capacidad como persona) (Judge, Erez Bono y Thoresen, 2003, p. 304), con la Autorreflexión, el Insight y el bienestar. Los autores propusieron que: 1) Las actitudes disfuncionales anularían la relación entre Insight y

Autorreflexión, al estar positivamente relacionadas con la Autorreflexión y negativamente relacionadas con el Insight. 2) Al controlar dichas actitudes disfuncionales, la relación positiva entre Autorreflexión e Insight se volvería significativamente más fuerte, y 3) El Insight estaría positivamente relacionado a las auto-evaluaciones positivas y las evaluaciones positivas se encuentran positivamente relacionadas al bienestar subjetivo.

Los resultados de esta investigación sugirieron que existe una relación positiva entre Autorreflexión e Insight, siempre y cuando se puedan moderar las actitudes disfuncionales. Esto probó que la Autorreflexión puede incrementar el Insight, el cual a su vez incrementa el nivel de bienestar. Los autores sostienen que una posible explicación para la variación de resultados entre investigaciones que usan la misma escala para medir la relación entre Autorreflexión e Insight se basa en que en ninguna de las investigaciones anteriores se buscó controlar el nivel de actitudes disfuncionales.

Por último, los autores sostienen que la concentración de investigaciones sobre la relación entre Autorreflexión y Rumiación ha generado una identidad falsa, en la cual la Autorreflexión impide el desarrollo de un mayor nivel de Insight. Sin embargo, al controlar las Actitudes Disfuncionales, se ha logrado reconocer que estas son aquello que impide la relación entre Autorreflexión e Insight. De la misma manera, los resultados sugieren que, a diferencia de las investigaciones anteriores, la Autorreflexión puede dirigir hacia un mayor Bienestar, siempre y cuando esté mediada por el Insight.

Como se puede observar, la relación entre Autorreflexión e Insight no ha sido claramente definida hasta el momento. Por un lado, el Insight ha sido ligado especialmente a constructos relacionados con el bienestar de la persona. Por otro lado, la Autorreflexión ha sido ligada a constructos relacionados con características psicopatológicas, tal como Rumiación o Actitudes Disfuncionales, así como relacionado de manera negativa a constructos ligados al bienestar. Hasta el momento, no se ha encontrado claridad sobre la relación entre Autorreflexión, Insight y los distintos factores ligados a la Salud Mental, es decir, si estos procesos de autoconciencia pueden acercar a una persona hacia la salud o hacia la enfermedad.

La salud mental ha dejado de ser considerada solo como la ausencia de enfermedad (Mori, 2000) o la presencia de signos positivos en la persona (Durlak & Wells, 1997; Jiménez, 2001). Hoy en día, distintos autores proponen definir la Salud Mental como un continuo entre dos polos opuestos que simbolizan la enfermedad y la salud (Veit y Ware, 1983; Dávila, 1994; Mori, 2000; Carrazana, 2003; Oramas, Santana y Vergara, 2006). Siguiendo esta línea, y dado que se considera de interés fundamental para los objetivos de esta investigación estudiar ambos procesos de autoconciencia enmarcados un modelo que integre los síntomas psicopatológicos y la sensación de bienestar que

experimenta una persona sin necesidad de encontrarse en una situación clínica, se optó por utilizar el modelo de Salud Mental propuesto por Veit y Ware (1983).

Este modelo define a la salud mental como el resultado del balance entre el bienestar, determinado a partir de la predominancia de afecto positivo y relaciones significativas, y el estrés, manifestado a través de la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa e impulsividad con igual preponderancia dentro de la salud mental de la persona. (Veit y Ware, 1983). Los mismos autores proponen operacionalizar el modelo mencionado y, de esta manera, se crea el Inventario de Salud Mental (MHI, por sus siglas en inglés). En un primer momento, los autores realizaron una aplicación en cuatro ciudades de Estados Unidos dentro de las cuales consideraron que se encontraba una muestra con distintas características. Dicho estudio otorga validez instrumental a la propuesta de Veit y Ware y, además, sustenta la presencia del bienestar y estrés psicológico como factores de segundo orden; y al afecto positivo, los lazos emocionales, la ansiedad, la depresión y la impulsividad como factores de primer orden (Laguna, 2017), extendiéndose, de esta manera, a lo largo del espectro salud – patología.

El valor de los resultados hallados ha llevado a distintos autores a replicar la investigación original de Veit y Ware en países como Israel (Florian & Drory, 1990), Taiwán (Liang, Chong, Krause, Liang & Ying, 1992), India (Sood, Bakhshi & Devi, 2013; Brar, Kaur & Sharma, 2013 y Damodaran & Varghese, 2016), China (Watson, Wang, Thompson & Meijer, 2014) y Pakistán (Khan, Hanif & Tariq, 2015), donde se realizaron aplicaciones a población clínica, lo cual provee evidencia sobre la validez del instrumento en grupos diferenciados. También se ha encontrado relación entre salud mental, bajo el modelo de Veit y Ware (1983) y utilizando el MHI, y diferencias significativas en relación al género (Damodaran & Varghese, 2016; Florian & Drory, 1990; Khan, Hanif, & Tariq, 2015); con lugar de residencia (Liang, Chong, Krause, Liang & Ying, 1992), autoestima (Brar, Kaur & Sharma, 2013), resiliencia (Sood, Bakhshi & Devi, 2013), interacción social (Damodaran & Varghese, 2016). Por otro lado, en Australia se realizó un trabajo multidisciplinario y multicultural, en el cual se tradujo el Inventario de Salud Mental a trece idiomas (Queensland Transcultural Mental Health Centre, 2005).

En distintos continentes, esta misma escala (MHI-5) ha sido utilizada en países como China, India y Pakistan (Shahenna, 2014); y en Europa, en Reino Unido (McCabe, Thomas, Brazier & Coleman) y Holanda (Cuijpers, Smith, Donker, Have & De Graaf, 2009) con resultados favorables. En el contexto latinoamericano, hasta el momento se ha presentado una versión resumida de cinco ítems que se centran en evaluar sintomatología ansiosa y depresiva (McHorney & Ware, 1995), la cual ha sido utilizada en Brasil (Figueiredo, Callegaro & Koller, 2014). Además, en el año 2017 se realizó un estudio sobre las propiedades psicométricas del Inventario de Salud Mental (MHI-38) en

Lima, Perú, con resultados bastante favorables, comprobando la importancia de un modelo continuo y multidimensional del constructo (Laguna, 2017).

Con lo revisado hasta el momento, se comprueba que el valor y alcance de este instrumento en distintas culturas y muestras, incluyendo la peruana y nos permite contemplar la Salud Mental como un continuo. Interesa, por tanto, explorar la asociación entre los procesos de Autoconciencia de Insight y Autorreflexión, según el modelo de Grant (2002), y los distintos componentes, Bienestar y Estrés, del modelo de Salud Mental propuesto por Veit y Ware (1983).

Durante la revisión de diversos estudios sobre Salud Mental, se ha hecho visible la necesidad de tomar en cuenta la variable “sexo” (Damodaran & Varghese, 2016; Florian & Drory, 1990; Khan, Hanif, & Tariq, 2015), dado que parece establecer diferencias en los niveles de bienestar (Thies, Starks, Denmark & Rosenthal, 2016; Merrill, Srinivas, & Fivush, 2016) y estrés (Masood, Ozakazi & Takeuchi, 2009; Schlack & Petermann, 2013; Cano, et al., 2016) de las personas. Sin embargo, las investigaciones recientes no logran clarificar el panorama para el caso de la prevalencia de problemas psicopatológicos (Kira, Shuwiekh & Bujold-Bugeaud, 2016; Compas, et al., 1997), dado que, si bien existe una brecha que divide a hombres y mujeres por tipo de psicopatología con mayor prevalencia, en los últimos años esta se viene estrechando (Ministerio de la Protección Social, 2003; Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009; Hernández, 2013; Fiestas y Piazza, 2014 y Gómez-Restrepo, 2015).

El presente estudio tiene como objetivo principal analizar la relación entre la Autorreflexión, el Insight y la Salud Mental en jóvenes universitarios. De manera adicional y específica, se explorará la existencia de diferencias significativas en los mismos Procesos de Autoconciencia y Salud Mental según el sexo del participante, así como si las correlaciones entre la Autorreflexión, el Insight y la Salud Mental difieren al tomar en cuenta el sexo. Para lograr estos objetivos, se evaluará en un único momento a jóvenes universitarios, a quienes se accedió mediante su centro de estudio.



## Método

### Participantes

En este estudio participaron un total de 313 estudiantes pertenecientes a una universidad privada de Lima. El 39.9% del grupo participante estuvo conformado por mujeres. El rango de edad del grupo de estudio va desde los 18 a los 28 años ( $M = 21.65$ ;  $DE = 1.90$ ).

Los estudiantes fueron contactados en su institución educativa, y fueron evaluados grupalmente en sus aulas de estudio; dependiendo de la disponibilidad de la institución. Al momento de la aplicación, cada participante recibió un consentimiento informado (Apéndice A), en el cual se explicaba la naturaleza de la investigación y la importancia de su participación, así como sus derechos durante todo el proceso de investigación. Luego de llenar el consentimiento informado, se les entregó a los participantes los instrumentos que fueron usados para la investigación. Por último, se invalidaron 8 protocolos, debido a que los participantes no completaron el 30% o más en una o ambas escalas.

### Medición

Con el fin de medir los procesos de autoconciencia, autorreflexión e insight, se utilizó la *Escala de Autorreflexión e Insight (SRIS)* (Grant, Franklin y Langford, 2002) adaptada al español por Darcourt (Darcourt, 2015). La SRIS es una escala que cuenta con 20 ítems y un sistema de respuesta tipo Likert. El rango de su puntuación va desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 6 (totalmente de acuerdo). En el estudio original (Grant, et al. 2002) se encontró que dos factores explicaban, en conjunto, el 56% de la varianza total. Estos factores fueron nombrados Autorreflexión o SRIS-SR, que cuenta con 12 ítems e Insight o SRIS-IN, que cuenta con 8 ítems. Dentro de la Autorreflexión se describieron dos factores de menor orden: Necesidad de Autorreflexión y Participación en la Autorreflexión. En el mismo estudio, los autores obtuvieron coeficientes alfa de .91 para la subescala de Auto reflexión y de .87 para la subescala de Insight. Finalmente, la correlación test-retest luego de 7 semanas fue de .77 para la SRIS-SR y de .78 para la SRIS-IN (Grant, Franklin y Langford, 2002).

En Inglaterra, Roberts y Stark (2008) realizaron una investigación con estudiantes universitarios para determinar la validación factorial de la SRIS. El análisis de componentes principales reveló tres factores que explican el 56.4% de la varianza total: 6 ítems se dirigieron hacia el primer factor “Necesidad de Autorreflexión”, 6 ítems hacia el segundo factor “Participación en la Autorreflexión” y 7 ítems hacia el tercer factor “Insight”; 1 ítem cargaba con los tres factores con un valor  $<.3$ . Los niveles de alpha de Cronbach para los factores fueron .87, .83 y .85 respectivamente.

Sauter, Heyne, Blöte, van Widenfelt y Westenberg (2010) realizaron una adaptación de la escala, dirigida hacia niños y adolescentes en Holanda. En el análisis de componentes principales, se

encontró que 2 factores explicaban el 39.3% de la varianza total: los 12 ítems de la escala original de Autorreflexión se dirigieron hacia uno de estos factores y 7 de los ítems de Insight se dirigieron hacia el restante; 1 ítem de la escala original de Insight (ítem 3) se dirigió hacia el primer factor. Se obtuvo un alpha de Cronbach de .77; mientras que para Autorreflexión se obtuvo una confiabilidad de .84 y para Insight una confiabilidad de .77.

En Brasil, DaSilveira, DeCastro y Gomes (2012) realizaron un estudio en el cual la escala replicó la estructura factorial del estudio original de Grant, Franklin y Langford. Se concluyó que la Escala de Autorreflexión e Insight estaba conformada por 2 factores que explicaban el 49.2% de la varianza total. El coeficiente alfa para la sub-escala de Autorreflexión fue de .90 y para la sub-escala de Insight fue de .83.

En Perú, Darcourt (2015) adaptó la SRIS al español. Para ello, se llevó a cabo un proceso de doble traducción dirigido por expertos en el tema y con un adecuado manejo del idioma inglés y el español. En dicho estudio, la escala global reportó una confiabilidad con un alpha de Cronbach de .84. La confiabilidad de las subescalas osciló entre .81 y .86, mientras que los puntajes de asociación ítem-test oscilaron entre .37 y .77.

Para el presente estudio, la Escala de Autorreflexión e Insight reportó un coeficiente alpha de .87. La confiabilidad de las subescalas osciló entre .79 y .91, mientras que las correlaciones ítem-test oscilaron entre .31 y .78.

La segunda escala que se utilizó con el propósito de medir La Salud Mental fue la adaptación al español (Centro de Salud Mental Transcultural de Queensland, 2015) del *Inventario de Salud Mental (MHI)* (Veit y Ware, 1983). El MHI es una escala conformada por 38 ítems con un sistema de respuesta que cuenta con 6 opciones para 35 de los ítems y 5 opciones para 3 de ellos. En el estudio original (Veit y Ware, 1983) se encontró que dos factores de primer orden explicaban el 43% de la varianza total. El primero de estos factores es el Bienestar Psicológico, que cuenta con 14 ítems y describe los estados positivos de la salud mental. El segundo es el Estrés Psicológico, que cuenta con 24 ítems y describe los estados negativos para la salud mental. El factor Bienestar Psicológico está conformado por 2 factores de segundo orden: Afecto Positivo General y Lazos Emocionales; mientras que el factor Estrés Psicológico está conformado por 3 factores de segundo orden: Ansiedad, Depresión y Pérdida de Control Emocional o Comportamental. En el estudio mencionado, se obtuvo una confiabilidad de .92 para el factor Bienestar Psicológico y una confiabilidad de .94 para el factor Estrés Psicológico. El MHI obtuvo un coeficiente de .96. En cuanto a la estabilidad, los coeficientes varían en un rango entre .62 y .64. (Veit & Ware, 1983).

En Pakistán, se realizó una adaptación (Khan, Hanif y Tariq, 2015) del MHI. El análisis factorial exploratorio reveló la existencia de dos factores principales, el primero explicando el 22.55%

y el segundo explicando el 33.56% de la varianza. El coeficiente de confiabilidad obtenido para Bienestar Psicológico fue de .95, mientras que el coeficiente obtenido para Estrés Psicológico fue de .96.

En Perú, se realizó un análisis de la estructura interna de este instrumento (Laguna, 2017). Se encontró, mediante un análisis factorial exploratorio, que a nivel bidimensional los factores corresponden a la distribución original del instrumento, Bienestar y Estrés Psicológico. En este análisis se obtuvo un coeficiente alpha de .90 para ambas escalas globales mencionadas.

En el presente estudio, para el Índice General de Salud Mental (MHI por sus siglas en inglés) se obtuvo un coeficiente alpha de .96 y una relación ítem test entre .41 y .79. Además, se obtuvo un coeficiente alpha de .94 para la escala global Estrés Psicológico, con relaciones ítem test entre .43 y .71. Para la escala global de Bienestar Psicológico el coeficiente alfa obtenido fue de .93 y las correlaciones ítem test oscilan entre el .56 y .79.

### **Análisis de Datos**

El análisis de los datos se ejecutó utilizando el programa SPSS 22.0. Se desarrolló, en primera instancia, un análisis exploratorio de la data. Luego, para comprobar los supuestos de normalidad en la distribución de las puntuaciones de las variables en estudio, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, rechazando la hipótesis de normalidad (Apéndice B). Sin embargo, al examinar los índices de curtosis y asimetría, se observó que estos se encuentran dentro de los niveles esperados para asumir una tendencia a la simetría en la distribución de los puntajes ( $\pm 1.5$ ) (Pérez, 2004; y Martínez, Hernández y Hernández, 2014) Por este motivo, luego de comparar que no existen diferencias significativas en los resultados entre estadísticos no paramétricos y los paramétricos, se decidió utilizar estos últimos.

Para responder a los objetivos del estudio, se analizó en primer lugar si existen diferencias en los diversos componentes de los procesos de autoconciencia y la Salud Mental según el sexo del participante. Para ello se utilizó el análisis de diferencias de medias a través de la prueba T-Student, estableciendo el tamaño del efecto de las diferencias a partir de la *d* de Cohen. Luego, para establecer la magnitud y significancia de las relaciones entre la Autorreflexión, Insight y los componentes de Salud Mental medidos por el MHI, se ejecutó un análisis de correlaciones bivariadas de Pearson. Finalmente, se ejecutó un análisis de correlaciones bivariadas de Pearson entre los constructos en estudio según el sexo del participante.



## Resultados

### Correlaciones bivariadas entre los constructos

Se encontró que el Insight muestra una correlación grande y directa con el Índice total de Salud Mental. Asimismo, mantiene una relación mediana y directa con Bienestar Psicológico y sus subfactores Afecto Positivo General, Lazos Emocionales y Satisfacción con la Vida. Por otro lado, se encontró una correlación grande y negativa entre Insight con Estrés Psicológico y Pérdida del Control Emocional. La relación de Insight con Ansiedad y con Depresión es también negativa, aunque de tamaño mediano. Luego, se encontró una pequeña relación positiva entre Compromiso en la Autorreflexión y Depresión. Finalmente, el Insight se relacionó de manera pequeña y directa, tanto con Compromiso con la Autorreflexión y Necesidad de Autorreflexión, como con Autorreflexión (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Correlaciones bivariadas entre los factores de Salud Mental y Autorreflexión e Insight*

Escala	MHI An	MHI De	MHI CE	MHI AG	MHI LE	MHI SV	MHI EP	MHI BP	MHI I	SRIS ESR	SRIS NSR	SRIS I	SRIS SR
SRIS ESR	.041	<b>.12*</b>	.04	-.01	-.02	.01	.07	.01	-.04	1	<b>.81**</b>	<b>.20**</b>	<b>.95**</b>
SRIS NSR	.03	.08	.01	.01	-.01	.01	.04	.01	-.02	<b>.81**</b>	1	<b>.13*</b>	<b>.95**</b>
SRIS I	<b>-.48**</b>	<b>-.44**</b>	<b>-.57**</b>	<b>.37**</b>	<b>.34**</b>	<b>.35**</b>	<b>-.56**</b>	<b>.40**</b>	<b>.53**</b>	<b>.20**</b>	<b>.13*</b>	1	<b>.17**</b>
SRIS SR	.03	.11	.03	.01	-.02	.01	.06	-.01	-.03	<b>.95**</b>	<b>.95**</b>	<b>.17**</b>	1

*Nota. MHI An = Ansiedad. MHI De = Depresión. MHI CE = Pérdida del Control Emocional. MHI AG = Afecto General Positivo. MHI LE = Lazos Emocionales. MHI SV = Satisfacción con la vida. MHI EP = Estrés Psicológico. MHI BP = Bienestar Psicológico. MHI I = Índice General de Salud Mental. SRIS ESR = Compromiso en la Autorreflexión. SRIS NSR = Necesidad de Autorreflexión. SRIS I = Insight. SRIS SR = Autorreflexión.*

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### Correlaciones bivariadas entre los constructos según sexo

Al analizar las correlaciones entre los constructos por sexo, se observa que, en el caso de los hombres, la relación entre Insight e Índice General de Salud Mental se reduce a mediana. Las relaciones entre Insight, Estrés Psicológico y Pérdida de Control Emocional, si bien continúan siendo significativas, reducen su tamaño, volviéndose medianas. Por otro lado, la relación entre Insight y Lazos Emocionales, aunque se mantiene significativa, reduce su tamaño, volviéndose pequeña. Se mantiene la relación positiva y pequeña entre Compromiso con la Autorreflexión y Depresión. Por último, la relación entre Insight y Autorreflexión y sus sub-factores, se diluye (Tabla 2)

**Tabla 2**

*Correlaciones bivariadas entre los factores de Salud Mental, Autorreflexión e Insight en hombres.*

<b>Escala</b>	MHI An	MHI De	MHI CE	MHI AG	MHI LE	MHI SV	MHI EP	MHI BP	MHI I	SRIS ESR	SRIS NSR	SRIS I	SRIS SR
SRIS ESR	.05	<b>.15*</b>	.07	-.09	-.12	-.04	.10	-.10	-.11	1	<b>.79**</b>	.11	<b>.95**</b>
SRIS NSR	-.03	.08	-.01	-.04	-.08	-.03	.01	-.05	-.03	<b>.79**</b>	1	.06	<b>.95**</b>
SRIS I	<b>-.40**</b>	<b>-.39**</b>	<b>-.47**</b>	<b>.30**</b>	<b>.19**</b>	<b>.22*</b>	<b>-.47**</b>	<b>.30**</b>	<b>.43**</b>	.10	.06	1	.09
SRIS SR	.01	.12	.03	-.07	-.11	-.04	.06	-.08	-.07	<b>.95**</b>	<b>.95**</b>	.09	1

*Nota. MHI An = Ansiedad. MHI De = Depresión. MHI CE = Pérdida del Control Emocional. MHI AG = Afecto General Positivo. MHI LE = Lazos Emocionales. MHI SV = Satisfacción con la vida. MHI EP = Estrés Psicológico. MHI BP = Bienestar Psicológico. MHI I = Índice General de Salud Mental. SRIS ESR = Compromiso en la Autorreflexión. SRIS NSR = Necesidad de Autorreflexión. SRIS I = Insight. SRIS SR = Autorreflexión.*

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Finalmente, en el caso de las mujeres, Insight sostiene y agranda el tamaño de su relación positiva con Lazos Emocionales, volviéndose una relación de tamaño grande. De la misma manera, las relaciones entre Insight y Ansiedad, Depresión y Pérdida de Control Emocional se mantienen indirectas y se vuelven grandes. La relación entre Compromiso con la Autorreflexión y Depresión se diluye. Por último, se mantienen las relaciones directas de Insight con Compromiso con Autorreflexión y sus subfactores (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Correlaciones bivariadas entre los factores de Salud Mental, Autorreflexión e Insight en mujeres.*

<b>Escala</b>	MHI An	MHI De	MHI CE	MHI AG	MHI LE	MHI SV	MHI EP	MHI BP	MHI I	SRIS ESR	SRIS NSR	SRIS I	SRIS SR
SRIS ESR	.04	.07	-.01	.08	.07	.07	.03	.08	.02	1	<b>.84**</b>	<b>.28**</b>	<b>.96**</b>
SRIS NSR	.10	.08	.03	.05	.05	.05	.07	.05	-.01	.84**	1	.19*	<b>.96**</b>
SRIS I	<b>-.59**</b>	<b>-.51**</b>	<b>-.66**</b>	<b>.43**</b>	<b>.50**</b>	<b>.46**</b>	<b>-.62**</b>	<b>.48**</b>	<b>.60**</b>	<b>.28**</b>	<b>.18**</b>	1	<b>.24**</b>
SRIS SR	.07	.08	.02	.07	.06	.06	.05	.07	.01	<b>.96**</b>	<b>.96**</b>	<b>.24**</b>	1

*Nota. MHI An = Ansiedad. MHI De = Depresión. MHI CE = Pérdida del Control Emocional. MHI AG = Afecto General Positivo. MHI LE = Lazos Emocionales. MHI SV = Satisfacción con la vida. MHI EP = Estrés Psicológico. MHI BP = Bienestar Psicológico. MHI I = Índice General de Salud Mental. SRIS ESR = Compromiso en la Autorreflexión. SRIS NSR = Necesidad de Autorreflexión. SRIS I = Insight. SRIS SR = Autorreflexión.*

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### **Diferencias en los constructos según sexo**

Finalmente, a partir de los análisis realizados, se encontró que existen diferencias significativas con un efecto mediano en las puntuaciones promedio de Lazos Emocionales, Compromiso por la Autorreflexión, Necesidad de Autorreflexión y Autorreflexión según sexo. En estos casos, las mujeres presentan una mayor puntuación promedio en comparación con los hombres (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Comparación de Medias de acuerdo a sexo para los diferentes Procesos de Autoconciencia y Salud Mental.*

	Sexo				<i>t</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Masculino (n = 188)		Femenino (n = 125)					
	M	D.E.	M	D.E.				
MHI An	24.24	6.28	24.15	8.11	.11	217.04	.91	.01
MHI De	9.78	3.12	10.08	3.55	-.80	311	.43	-.09
MHI CE	19.53	5.83	19.76	7.29	-.29	225.19	.77	-.03
MHI AG	38.13	7.93	39.15	9.81	-.97	224.47	.332	-.11
<b>MHI LE</b>	<b>7.98</b>	<b>2.42</b>	<b>8.54</b>	<b>2.43</b>	<b>-2.02</b>	<b>311</b>	<b>.04</b>	<b>-.23</b>
MHI SV	4.05	.91	4.16	1.10	-.90	229.59	.37	-.11
MHI EP	59.64	14.69	60.10	19.48	-.23	213.25	.82	-.03
MHI BP	53.81	10.96	55.44	13.56	-1.12	224.86	.26	-.13
MHI I	160.16	23.31	161.20	30.89	-.32	211.38	.75	-.04
<b>SRIS ESR</b>	<b>26.61</b>	<b>5.31</b>	<b>28.69</b>	<b>5.21</b>	<b>-3.41</b>	<b>310</b>	<b>.00</b>	<b>-.40</b>
<b>SRIS NSR</b>	<b>27.90</b>	<b>5.27</b>	<b>29.18</b>	<b>5.41</b>	<b>-2.10</b>	<b>310</b>	<b>.04</b>	<b>-.24</b>
SRIS I	33.44	4.98	34.22	7.34	-1.04	200.68	.30	-.12
<b>SRIS SR</b>	<b>54.56</b>	<b>10.01</b>	<b>57.87</b>	<b>10.18</b>	<b>-2.84</b>	<b>309</b>	<b>.01</b>	<b>-.33</b>

*Nota. MHI An = Ansiedad. MHI De = Depresión. MHI CE = Pérdida del Control Emocional. MHI AG = Afecto General Positivo. MHI LE = Lazos Emocionales. MHI SV = Satisfacción con la vida. MHI EP = Estrés Psicológico. MHI BP = Bienestar Psicológico. MHI I = Índice General de Salud Mental. SRIS ESR = Compromiso en la Autorreflexión. SRIS NSR = Necesidad de Autorreflexión. SRIS I = Insight. SRIS SR = Autorreflexión.*





## Discusión

A continuación, se discutirán los hallazgos del presente estudio en función a los objetivos planteados. En primer lugar, se analizarán las diferencias en Salud Mental de acuerdo al sexo. A pesar de que solo se encontraron diferencias significativas en el sub-factor Lazos Emocionales, de este resultado se desprenden dos puntos; la disminución de la brecha que diferenciaba los aspectos de Salud Mental dependiendo del sexo, y el mayor puntaje obtenido por las mujeres en Lazos Emocionales.

La ausencia de diferencias en Salud Mental según sexo, contrasta con los estudios mencionados anteriormente, en los cuales se concluye que los hombres tienden a experimentar un menor bienestar psicológico (Thies, Starks, Denmark y Rosenthal, 2016) o que las mujeres son más propensas a experimentar estrés psicológico (Rosenfield, 1989; Afifi, 2007; Schlack y Petermann, 2013). Se debe considerar que la propensión al estrés psicológico experimentada por las mujeres en los estudios de Rosenfield (1989), y Schlack y Petermann (2013) se comprende a partir de la noción sociocultural de que la mujer debe encargarse de la familia y enfocarse solo en la vida familiar. Contrario a esto, Martínez (2007) y Simon (2002) sostienen que, debido a las actuales transformaciones socioculturales en roles de género, este no permite establecer una inferencia fija en cuanto a la asociación entre salud mental y sexo. Puesto que la muestra analizada está comprendida por mujeres universitarias, de las cuales solo el 2.3% se encarga de aportar económicamente al hogar y el 95.8% percibe que su ocupación principal es la de estudiante, se puede asumir que la población de mujeres dentro del grupo de estudio se encuentra centrada en el desarrollo de su formación profesional, y que comparte con la población masculina un mismo contexto, con los mismos estresores, de una vida universitaria.

Afifi (2007), por su parte, plantea que, a nivel social, las mujeres tienden a experimentar una mayor percepción de estrés. Esta se basa en una negación sistemática de seguridad, recursos económicos o una remuneración adecuada al contar con un empleo. No obstante, dentro del grupo de mujeres en esta investigación, el 100% cuenta con servicios de agua, desagüe y servicios básicos; el 94.5% vive en una vivienda de apariencia media – residencial y el 93.8% no trabaja. Si bien es cierto que estos indicadores no aseguran factores como la seguridad física o psicológica, si pueden atenuar el efecto de percepción de estrés por parte de un gran porcentaje de la muestra, lo cual se puede traducir a una menor sensación de estrés psicológico y estrechar la brecha entre indicadores de salud mental con los hombres.

En cuanto a la diferencia encontrada en Lazos Emocionales, el mayor puntaje obtenido por las mujeres coincide con lo propuesto por Ryan, La Guardia, Solky-Butzel, Chirkov y Kim (2005), quienes sostienen que las mujeres tienden a experimentar una mayor confianza emocional en sus relaciones cercanas, lo cual hace que estas sean percibidas como saludables. Los mismos autores proponen que la mayor tendencia a experimentar confianza emocional por las mujeres se puede observar tanto en relaciones familiares, amicales o de pareja. Entonces, dado que no existen diferencias significativas en Bienestar Psicológico, pero sí en Lazos Emocionales, se propone que la diferencia entre hombres y mujeres está orientada hacia la tendencia a formar relaciones emocionales saludables que sean un componente clave en el Bienestar Psicológico de la mujer.

Que el Bienestar Psicológico, por parte de las mujeres, se encuentre circunscrito al ámbito emocional, es también respaldado por los hallazgos de Schaffer (2000), quien sostiene que, a las mujeres, desde la infancia, se les permite tener un mayor contacto y manifestación emocional que a los hombres. Esta idea también concuerda con lo expuesto por Sánchez y Méndez (2011), sobre la supremacía en habilidades y expresión emocional por parte de las mujeres al experimentar sus emociones con mayor naturalidad. Por otro lado, las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en cuanto a la Autorreflexión, Necesidad por la Autorreflexión y Compromiso con la Autorreflexión difieren de lo encontrado en los estudios previamente mencionados (Roberts & Stark, 2008; DaSilveira, DeCastro & Gomes, 2012; y Darcourt, 2015); sin embargo, concuerdan con lo hallado por Csank y Conway (2004). Estos últimos proponen que las mujeres tienden a reflexionar más sobre sí mismas que los hombres y que son más sensibles a los efectos de esta reflexión. El contraste entre los estudios mencionados y el estudio de Csank y Conway podría deberse a que, mientras que el resto de estudios se basa en evaluaciones por auto-reporte, estos miden la Autorreflexión como un aspecto procesual (Darcourt, 2015), resultando en una mayor sensibilidad al momento de encontrar diferencias entre hombres y mujeres. Cabe resaltar que este es el primer estudio basado en la medición de auto-reporte del Self Reflection and Insight Scale en coincidir con dichos resultados. Si bien la creencia común es que existe una mayor tendencia a la reflexividad por parte de las mujeres, al momento no se ha encontrado evidencia empírica que lo corrobore.

La relación entre Insight y el Índice General de Salud mental y sus sub-factores, sigue la tendencia de lo hallado en las investigaciones citadas anteriormente. El Insight se relaciona de manera directa con aquellos constructos pertenecientes al bienestar y la satisfacción con la vida (Lyke, 2009; Harrington y Loffredo, 2011; Harrington, Loffredo y Perz, 2014), mientras que se relaciona de manera indirecta con el estrés psicológico y los constructos asociados a este (Lyke, 2009; Cowden y Meyer-Weitz, 2016). Por otro lado, Autorreflexión no mantuvo una relación significativa con alguno

de estos constructos, ya sea con aquellos relacionados al Bienestar o al Estrés. Este hallazgo aporta evidencia a la hipótesis de que quien influye en el Bienestar Psicológico, es el Insight. Es decir, no basta con reflexionar sobre un pensamiento, acción o sentimiento, sino que el llegar a la comprensión de estos pensamientos, sentimientos o acciones es crucial para generar una sensación de bienestar.

En cuanto a la diferencia encontrada en las relaciones entre Procesos de Autoconciencia y Salud Mental según sexo, el cambio más resaltante ocurre en la relación entre el subfactor de Bienestar Psicológico, Lazos Emocionales y el Insight. Esta relación obtiene un tamaño pequeño en los hombres y un tamaño grande para mujeres. Los resultados obtenidos concuerdan con los expuestos por Merrill, Srinivas y Fivush (2017), quienes sostienen que el bienestar de las mujeres está estrechamente ligado a la comprensión (Insight) y relación con otras personas (Lazos Emocionales). En la misma línea, Mandell y Pherwani (2003) sostienen que los lazos emocionales de las mujeres se encuentran ligados a una disminución de la sensación de estrés y aumento de sensación de bienestar siempre que se encuentren relacionadas a la comprensión emocional de dichos lazos. Es decir, los Lazos Emocionales conducen hacia una mejor Salud Mental y se encuentran relaciones con un mayor nivel de Insight

Las diferencias evidenciadas en las relaciones entre Insight con Autorreflexión y sus subfactores según sexo, demuestran que la Autorreflexión aporta, en las mujeres, al Insight y, por ende, al Bienestar Psicológico. En el caso de los hombres, no existe relación entre Insight y Autorreflexión. El único factor de Autorreflexión que muestra relaciones significativas es el Compromiso en la Autorreflexión y aporta a la Depresión. En base a esto, se propone que, dado que los hombres comprenden la necesidad de autorreflexionar, pero embarcarse en autorreflexión supone un acercamiento a emociones relacionadas a la depresión, el compromiso se ve interrumpido por distractores momentáneos (Merrill, Srinivas y Fivush, 2017), y genera rechazo. De esta manera, el proceso de compromiso se hace más largo, y al no encontrar entendimiento, cae en depresión. Mientras tanto, para las mujeres, se sostiene que el proceso de Reflexión – Entendimiento se da de manera continua. Esto es corroborado por la relación entre Procesos de Autoconciencia y la disolución de la relación entre Compromiso y Depresión.

En la misma línea, Fujita, Diener y Sandvik (1991) proponen que las mujeres experimentan una mayor intensidad de afecto, la cual funciona como un regulador. Es decir, la mayor intensidad afectiva dirigiría a las mujeres a comprometerse y a necesitar el acto de la Autorreflexión sobre aquello que les genera sentimientos percibidos como negativos; llegando, en muchos casos, al Insight. Por otro lado, los hombres tienden a buscar distractores momentáneos, por lo cual, a pesar de percibir

la Necesidad de Autorreflexión, interrumpe el Compromiso y, por ende, dificulta el Insight sobre el malestar o sentimiento que les afecta.

Lo expuesto hasta aquí, permite una mayor claridad respecto a las relaciones entre Insight, Autorreflexión y los factores de Salud Mental estudiados. En el caso de las mujeres, la Autorreflexión aporta al Insight y ambos se relacionan al bienestar y la Salud Mental. Mientras tanto, en el caso de los hombres, se encuentra relación entre Insight, bienestar y Salud Mental, pero no existe participación de la Autorreflexión en ninguno de los casos. Por tanto, se puede concluir que, si bien en ambos casos se encuentran procesos de Autoconciencia ligados a la Salud Mental, existen distintas vías entre hombres y mujeres para poder llegar al Bienestar.

En relación a las limitaciones del presente estudio, es importante señalar que, debido a su naturaleza correlacional, no se puede inferir causalidad entre los constructos estudiados ni descartar que estas relaciones se deban a variables que no han sido consideradas ni controladas durante la investigación. Una segunda limitación consiste en la escasa cantidad de investigaciones que utilizan el MHI como instrumento de medición en contexto latinoamericano. Sin embargo, cabe mencionar que la validación de sus propiedades psicométricas en Perú abre las puertas al uso de este instrumento en futuras investigaciones. Otra limitación consiste en la extensión de 167 ítems del protocolo utilizado, dado que este contuvo elementos que son parte de una investigación más amplia, en la cual se enmarca el presente estudio y puede influir en la cantidad de casos incompletos. Una última limitación supone utilizar como grupo de estudio a una población que, a pesar de ser diversa en cuestión de nivel socioeconómico y académico, no logra abarcar la diversidad que estos suponen dentro de la sociedad peruana.

Finalmente, apuntando a futuras investigaciones, y con el fin de precisar los resultados obtenidos hasta el momento, se considera relevante ampliar la medición a distintas poblaciones, en contextos distintos al de esta investigación. También se considera importante la investigación en distintos grupos etarios. Por último, sería relevante realizar un estudio que combine los distintos métodos de recolección de datos, tanto el procesual como el de auto-reporte, a fin de identificar cuál de estos sería más sensible al momento de identificar diferencias dentro de un mismo grupo y por sexo.

## Referencias

- Afifi, M. (2007). Gender Differences in Mental Health. *Singapore Medical Journal*.48, pp. 385 – 391.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Brar, R., Kaur, J. & Sharma, I. (2013). Mental Health of Elderly as Related To Their Well Being and Self Esteem. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 2(11), 54-57.
- Cano, M., Sánchez, M., Trepka, M., Dillon, F., Sheehan, D., Rojas, P., Kanamori, M., Aub, R. & De La Rosa, M. (2016). Immigration Stress and Alcohol Use Severity Among Recently Immigrated Hispanic Adults: Examining Moderating Effects of Gender, Immigration Status, and Social Support. *Journal of Clinical Psychology*, Vol 73, No 3, pp. 294-307. 10.1002/jclp.22330
- Carrazana, V. (2003). El Concepto de Salud Mental en Psicología Humanista – Existencial. *Ajayu: Órgano de Difusión del Departamento de Psicología*, Vol 1, No 1, pp 1 – 19.
- Compas, B., Oppedisano, G., Connor, J., Gerhardt, C., Hinden, B., Hammen, C. & Achenbach, T. (1997). Gender Differences in Depressive Symptoms in Adolescence: Comparison of National Samples of Clinically Referred and Nonreferred Youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 6, No 4, pp. 617-626
- Conte, H. & Ratto, R. (1997). Self-report measures of psychological mindedness. In McCallum, M. & Piper, W. (Eds.). *Psychological mindedness: A contemporary understanding* (pp. 1-26). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Cowden, R. & Meyer-Weitz, A. (2016) Self Reflection and Self-Insight Predict Resilience and Stress in Competitive Tennis. *Social Behavior & Personality: an international journal*. Vol. 44 Issue 7, p1133-1149. 17p. – DOI: 10.2224/sbp.2016.44.7.1133
- Cuijpers, P., Smith, N., Donker, T., Have, M. & De Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research*, 168, 250-255.
- Damodaran, D. & Varghese, P. (2016). Gender and Mental Health: Are There Differences? *The international Journal of Indian Psychology*, 3(2), 190-199. doi: 18.01.134/20160302
- Darcourt, A. (2015). *Claridad del Autoconcepto, autoestima, Autorreflexión e Insight en adultos jóvenes residentes en Lima*. Tesis para Licenciatura. PUCP.
- DaSilveira, A., DeCastro, T. & Gomes, W. (2012). Escala de Autorreflexão e Insight: Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, 43(2), 155-162.
- Dávila, H. La Salud Mental. *Difusión en Investigación*. Ministerio de Desarrollo Humano – Secretaría Nacional de Salud. (pp. 11-15)
- Farber, B. & Golden, V. (1997). Psychological mindedness in psychotherapists. In McCallum, M. & Piper, W. (Eds.). *Psychological mindedness: A contemporary understanding* (pp. 1-26). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Fenigstein, A., Scheier, M. & Buss, A. (1975). Public and Private Self-Consciousness: Assessment and Theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 43, 4, pp 522-527.
- Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for windows*. London-Thousand Oaks- New Delhi: Sage publications.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.

- Fiestas, F. y Piazza, M. (2014) Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol 31, 1. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2014.311.6>
- Florian, V. & Drory, Y. (1990). Mental Health Inventory (MHI) – Psychometric properties and normative data in the Israeli population. *Israel Journal of Psychology*, 2(1), 26-35.
- Fujita, F., Diener, E. & Sandvik, E. (1991) Gender Differences in Negative Affect and Well-Being: The Case for Emotional Intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 61, 3, pp:427-434.
- Gómez-Restrepo (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental: Tomo 1. Minsalud y Colciencias.
- Gordillo, F., Mestas, L., Arana, J., Salvador, J., Gordillo, A., y Tinao, J. (2011). ¿Son relevantes los procesos volitivos y de autorreflexión en los programas de reducción de peso? *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios* vol.2 no.2 Tlalnepantla jul./dic. 2011
- Grant, A. & Stein, D. (2014). Disentangling the Relationships Among Self-Reflection, Insight, and Subjective Well-Being: The Role of Dysfunctional Attitudes and Core Self-Evaluations. *The Journal of Psychology*, 148:5, 505-522, DOI: 10.1080/00223980.2013.810128
- Grant, A. (2001). Rethinking Psychological Mindedness: Metacognition, Self-reflection, and Insight. *Behaviour Change*, 18, 8-17.
- Grant, A., Franklin, J. & Langford, P. (2002) The Self-reflection and Insight Scale: A new measure of Private Self-Consciousness. *Social Behavior and Personality*, 30, 821-836.
- Gravetter, F., & Wallnau, L. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Haga, S., Kraft, P. y Corby, E. (2007). *Emotion Regulation: Antecedents and Well-Being Outcomes of Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression in Cross-Cultural Samples*.

- Hall, J. (1992). Psychological-mindedness: A conceptual model. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 131-140.
- Hatcher, R. & Hatcher, S. (1997). Assessing the psychological mindedness of children and adolescents. In McCallum, M. & Piper, W. (Eds.). *Psychological mindedness: A contemporary understanding* (pp. 1-26). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Harrington, R. & Loffredo, D. (2011). Insight, Rumination and Self-Reflection as Predictors of Well-Being. *Journal of Psychology*, 145:1, 39-57. *Personality and Individual Differences* 46 (2009) 66–70 - DOI: 10.1080/00223980.2010.528072
- Harrington, R., Loffredo, D. & Perz, C. (2014). Dispositional mindfulness as a positive predictor of Psychological well-being and the role of the private self-consciousness Insight factor. *Personality and Individual Differences* 71 (2014) 15–18. The University of Houston-Victoria, School of Arts & Sciences.
- Hernández, R. (2013). *Salud Mental: Diagnóstico estadístico sobre depresión y estrés en las mujeres mexicanas*.
- Jiménez, J. (2001). Influencia de la autoconciencia estado y rasgo sobre la autoestima. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 54 (1), 5 – 16.
- Khan, M. Hanif, R. & Tariq, N. (2015). Translation and Validation of Mental Health Inventory. *Pakistan Journal of Psychological Research*.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222
- Kira, I., Shuwiekh, H. & Bujold-Bugeaud, M. (2016). Toward Identifying the Etiologies of Gender Differences in Authoritarianism and Mental Health: An Egyptian Study. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. DOI: 10.1037/pac0000206



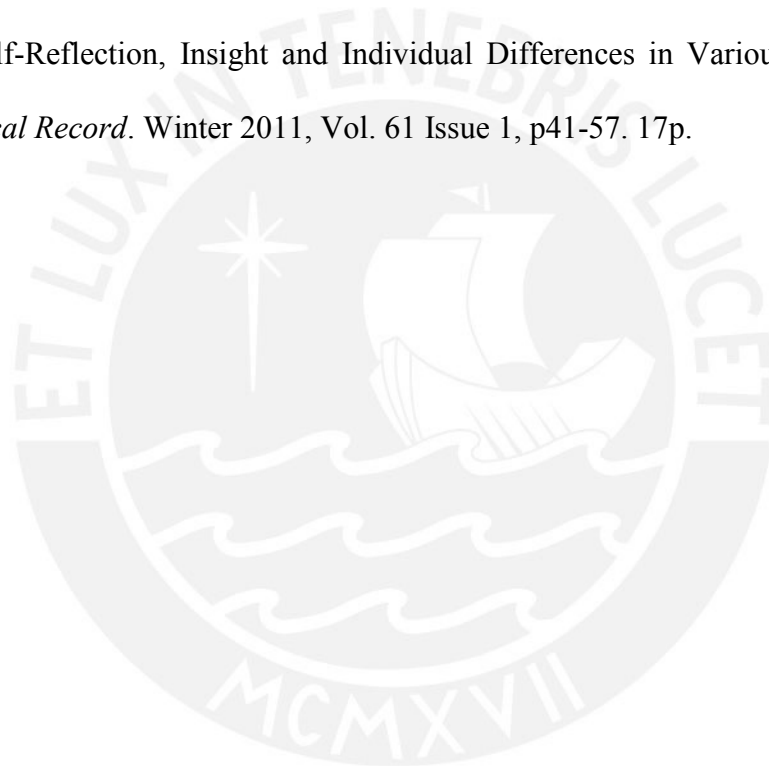
- Laguna, T. (2017). *Propiedades psicométricas del inventario de salud mental (MHI-38) en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis para Licenciatura. PUCP
- Liang, J., Chong, S., Krause, N. Liang, T. & Ying, H. (1992). The Structure of the Mental Health Inventory Among Chinese in Taiwan. *Medical Care*, 30(8), 695- 676.
- Lyke, J. (2009). *Insight, but not self-reflection, is related to subjective well-being*. *Personality and Individual Differences*. 49. Pp 66-70.
- Mandell, B. & Pherwani, S. (2003) Relationship Between Emotional Intelligence and Transformational Leadership Style: A Gender Comparison. *Journal of Business and Psychology*, Vol 17, 3, pp: 387-404.
- Martínez, I. (2007). Módulo 2: Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. *Actualización de Programa de formación de Formadores/as de Género en Salud*.
- Martínez-Fernández, R., Tubau, E., Guilet, L., Rabanaque, S., y Sánchez, E. (2008). *Utilidad de distintas ayudas en la resolución de un problema de Insight y su relación con las estrategias metacognitivas*.
- Martínez, M; Hernández, M. y Hernández, M. (2014). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Marqués, S. C., López, S. J., & País-Ribeiro, J. P. (2011). Use of the “Mental Health Inventory – 5” with Portuguese 10-15 Years Old. *The Spanish Journal of Psychology* Vol. 14 No. 1, 478-485. doi:10.5209/rev\_SJOP. 2011.v14. n1.43
- Masood, N., Ozakazi, S. & Takeuchi, D. (2009). Gender, Family, and Community Correlates of Mental Health in South Asian Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* Vol.15, No. 3, pp. 265-274.

- McCabe, C., Thomas, K., Brazier, J. & Coleman, P. (1996). Measuring the mental health status of a population: A comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI5). *The British Journal of Psychiatry*, 169(4), 516-521. doi: 10.1192/bjp.169.4.516
- McCallum, M. & Piper, W. (1990). The psychological mindedness assessment procedure. *Psychological Assessment*, 2, 412-418.
- McHorney, C. A., & Ware, J. E., Jr. (1995). Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. *Medical Care*, 33(1), 15-28. DOI: 10.1097/00005650-199501000-00002
- Merril, N., Srinivas, E. & Fivush, R. (2017). Personal and Intergenerational Narratives of Transgression and Pride in Emerging Adulthood: Links to Gender and Well-Being. *Applied Cognitive Psychology*. DOI: 10.1002/acp.3308.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia.
- Moses, L. & Baird, J. (1999). Metacognition. In Wilson, R. & Keil, F. (Eds.). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. pp. 533-535.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Encontrado en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Palma, B y Cosmelli, D. (2007). Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del “Insight”: la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3 (2008), pág. 14 – 27
- Pérez, C. (2004). Técnicas de análisis multivariante de datos. Aplicaciones con SPSS. Madrid: Pearson Prentice Hall.

- Roberts, C. & Stark, P. (2008). Readiness for self-directed change in professional behaviours: factorial validation of the Self-Reflection and Insight Scale. *Medical Education Journal*, 42, 11, pp. 1054-1063. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03156. x.
- Rodríguez, J., Kohn, Robert & Aguilar-Gaxiola, S. (2009) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. ISBN: 978-92-75-31632-0
- Rosenfield, S. (1989). The Effects of Women's Employment: Personal Control and Sex Differences in Mental Health. *The Journal of Health and Social Behavior*. 30, pp. 77 – 91.
- Ryan, R., La Guardia, J., Solky-Butzel, J., Chirkov, V & Kim, Y. (2005). On the interpersonal regulation of emotions: Emotional reliance across gender, relationships, and cultures. *Personal Relationships*, 12, pp: 145–163.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). Human health: New directions for the next millennium. *Psychological Inquiry*, 9, 69 – 85.
- Sánchez, R. y Méndez, R. (2011). Elementos mediadores de la felicidad y el bienestar subjetivo en hombres y mujeres. *Revista Costarricense de Psicología*. 30, pp. 51 – 76.
- Sauter, F. M., Heyne, D., Blöte, A. W., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M., (2010). Assessing Therapy-Relevant Cognitive Capacities in Young People: Development and Psychometric Evaluation of the Self-Reflection and Insight Scale for Youth. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(3), 303-17. doi: 10.1017/S1352465810000020.
- Schaffer, H. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI
- Shaheena, M. (2014). Mental Health and Coping among Youth in Kashmir: Implications for Psychological Intervention. *Delhi Psychiatry Journal*, 17(2), 295-302.

- Shlack, R. & Petermann, F. (2013). Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: The KiGGS study. *Public Health*, Vol 13, 6, pp: 6-28.
- Simon, R. (2002) Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health. *American Journal of Sociology*, Vol 107, 4, pp. 1065-1096.
- Smith, B. (2005) *Autorreflexión, subjetividad y Rorschach. XVII International Congress of Rorschach and Projective Methods*. Roma.
- Sood, S., Bakhshi, A. & Devi, P. (2013). An Assessment of Perceived Stress, Resilience and Health of Adolescents Living in Border Areas. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 3(1), 1-4.
- Strupp, H. (1988). What is therapeutic change? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 75-82.
- Thies, K., Starks, T., Denmark, F. & Rosenthal, L. (2016). Internalized Homonegativity and Relationship Quality in Same-Sex Romantic Couples: A Test of Mental Health Mechanisms and Gender as a Moderator. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* Vol 3. No 3, pp. 325-335.
- Trapnell, P. & Campbell, J. (1999) Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284–304.
- Trochim, W. M., & Donnelly, J. P. (2006). *The research methods knowledge base*. Cincinnati, OH: Atomic Dog.
- Van Camp, L., Oldenburg, J. & Sabbe, B. (2016). How self-reflection and self-certainty are related to neurocognitive functioning: an examination of cognitive Insight in bipolar disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, DOI: 10.1080/13546805.2015.1137214

- Veit, C. & Ware, J. (1983). The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 3, N°5. Pp 730-745.
- Watson, R., Wang, W., Thompson, & Meijer, R. (2014). Investigating invariant item ordering in the Mental Health Inventory: An illustration of the use of different methods. *Personality and Individual Differences*, 66, 74-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.017>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301–320.
- Xu, X. (2011). Self-Reflection, Insight and Individual Differences in Various Languages Tasks. *Psychological Record*. Winter 2011, Vol. 61 Issue 1, p41-57. 17p.





## Apéndices

### Apéndice A: Consentimiento Informado

Usted está siendo invitado a participar en una investigación cuyo objetivo es conocer las características psicológicas de los universitarios peruanos.

Esta investigación está siendo realizada por Diego Stanislaw Kobylinski Padilla y Teresa del Rosario Laguna Romero, estudiantes de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú para el curso de Seminario Preliminar de Tesis a cargo de la Mg. Doris Argumedo Bustinza (C. Ps. P. 6987)

#### Procedimiento

Si usted acepta participar, se le pedirá que conteste a una serie de preguntas relacionadas al tema y objetivos del estudio, lo cual tomará alrededor de 30 minutos de su tiempo. Su participación y sinceridad en las respuestas es muy valiosa para nosotros ya que nos permitirá obtener información científica que ayudará a entender mejor cómo y por qué los universitarios peruanos se ven y perciben a sí mismos de la manera en que lo hacen.

#### Derechos como participante

Usted, como participante, cuenta con los siguientes derechos:

- Anonimato: Todos los datos y respuestas son totalmente anónimos, de manera que será imposible identificarlos individualmente.
- Integridad: Participar en esta prueba no le causará ningún tipo de daño. Por el contrario, sólo requerirá unos minutos de su tiempo.
- Participación voluntaria: Usted tiene el derecho a abstenerse de participar o de dejar de responder (si usted lo ve por conveniente) en el momento en que usted desee.

Para cualquier información adicional o dificultad que haya surgido usted puede escribir al siguiente correo: [dargume@pucp.pe](mailto:dargume@pucp.pe)

En función a lo leído, ¿desea participar de la investigación?

SI

NO





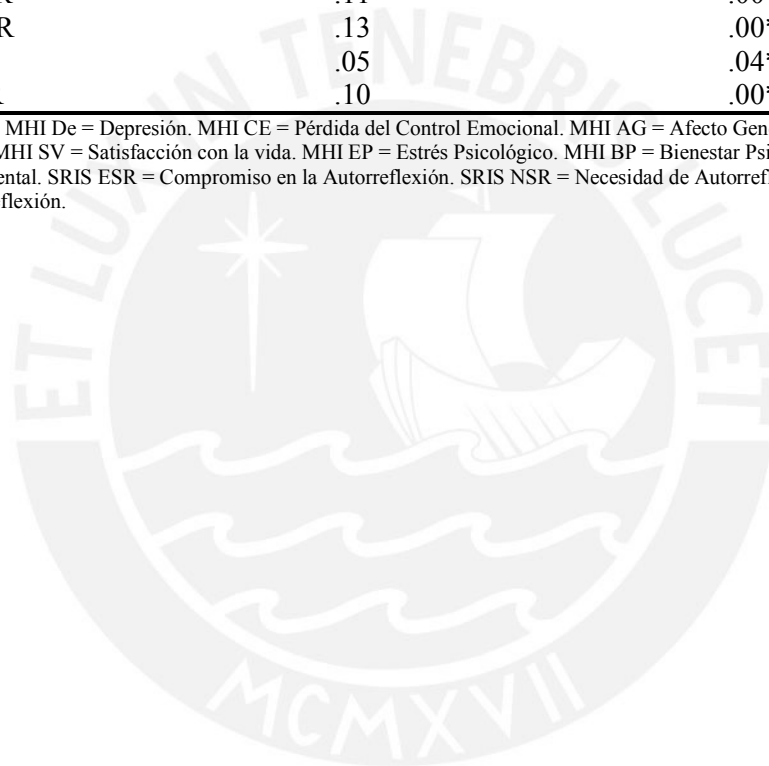
## Apéndice B: Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	<i>P</i>
MHI An	.95	.00*
MHI De	.14	.00*
MHI CE	.11	.00*
MHI AG	.05	.06
MHI LE	.13	.00*
MHI SV	.20	.00*
MHI EP	.07	.00*
MHI BP	.05	.04*
MHI I	.05	.06
SRIS ESR	.11	.00*
SRIS NSR	.13	.00*
SRIS I	.05	.04*
SRIS SR	.10	.00*

Nota: MHI An = Ansiedad. MHI De = Depresión. MHI CE = Pérdida del Control Emocional. MHI AG = Afecto General Positivo. MHI LE = Lazos Emocionales. MHI SV = Satisfacción con la vida. MHI EP = Estrés Psicológico. MHI BP = Bienestar Psicológico. MHI I = Índice General de Salud Mental. SRIS ESR = Compromiso en la Autorreflexión. SRIS NSR = Necesidad de Autorreflexión. SRIS I = Insight. SRIS SR = Autorreflexión.

\* $p < .05$

$n = 313$





### Apéndice C: Pruebas de Confiabilidad

Compromiso con la Autorreflexión:

	Estadísticos de Fiabilidad	
	Alfa de Cronbach	n
Compromiso con la Autorreflexión	.83	6

Ítems	Correlación ítem-test corregida
SRIS 1	.51
SRIS 8	.63
SRIS 10	.72
SRIS 13	.43
SRIS 16	.70
SRIS 19	.64

Necesidad de Autorreflexión:

	Estadísticos de Fiabilidad	
	Alfa de Cronbach	n
Necesidad de Autorreflexión	.86	6

Ítems	Correlación ítem-test corregida
SRIS 2	.57
SRIS 5	.55
SRIS 7	.73
SRIS 12	.70
SRIS 15	.71
SRIS 18	.72

Insight:

Estadísticos de Fiabilidad		
	Alfa de Cronbach	n
Insight	.79	8

Ítems	Correlación elemento-total corregida
SRIS 3	.31
SRIS 4	.56
SRIS 6	.43
SRIS 9	.40
SRIS 11	.67
SRIS 14	.60
SRIS 17	.60
SRIS 20	.37

Autorreflexión:

Estadísticos de Fiabilidad		
	Alfa de Cronbach	n
Insight	.91	12

Ítems	Correlación ítem-test corregida
SRIS 1	.50
SRIS 2	.65
SRIS 5	.58
SRIS 7	.70
SRIS 8	.60
SRIS 10	.78
SRIS 12	.72
SRIS 13	.45
SRIS 15	.70
SRIS 16	.78
SRIS 18	.71
SRIS 19	.73

Estrés Psicológico:

Estadísticos de Fiabilidad		
	Alfa de Cronbach	n
Insight	.94	24

Ítems	Correlación ítem-test corregida
MHI 2	.50
MHI 3	.55
MHI 8	.70
MHI 9	.57
MHI 11	.60
MHI 13	.63
MHI 14	.63
MHI 15	.48
MHI 16	.60
MHI 18	.61
MHI 19	.57
MHI 20	.59
MHI 21	.61
MHI 24	.62
MHI 25	.70
MHI 27	.63
MHI 28	.68
MHI 29	.60
MHI 30	.71
MHI 32	.63
MHI 33	.71
MHI 35	.60
MHI 36	.65
MHI 38	.45

## Bienestar Psicológico:

Estadísticos de Fiabilidad		
	Alfa de Cronbach	n
Insight	.93	14

Ítems	Correlación ítem-test corregida
MHI 1	.71
MHI 4	.67
MHI 5	.60
MHI 6	.79
MHI 7	.71
MHI 10	.65
MHI 12	.64
MHI 17	.76
MHI 22	.59
MHI 23	.69
MHI 26	.69
MHI 31	.74
MHI 34	.81
MHI 37	.56

## Índice General de Salud Mental:

Estadísticos de Fiabilidad		
	Alfa de Cronbach	n
Insight	.96	36

Ítems	Correlación ítem-test corregida
MHI 1	.71
MHI 2	.57
MHI 3	.46
MHI 4	.69
MHI 5	.65
MHI 6	.46
MHI 7	.60
MHI 8	.48
MHI 10	.61
MHI 11	.79
MHI 12	.76
MHI 13	.64
MHI 14	.66
MHI 15	.58
MHI 16	.73
MHI 17	.76
MHI 18	.56
MHI 19	.58
MHI 20	.54
MHI 21	.57
MHI 22	.60
MHI 23	.41
MHI 24	.59
MHI 25	.67
MHI 26	.51
MHI 27	.54
MHI 29	.63
MHI 30	.56
MHI 31	.67
MHI 32	.58
MHI 33	.66
MHI 34	.54
MHI 35	.66
MHI 36	.57
MHI 37	.71
MHI 38	.55