



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Factores asociados a la salud mental de personas divorciadas

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Cumbicus Armijos, Daniela Anabel

DIRECTOR: Bustamante Granda, Byron Fernando Mgtr.

LOJA - ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister
Byron Fernando Bustamante Granda
DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Factores asociados a la salud mental de personas divorciadas, realizado por Daniela Anabel Cumbicus Armijos ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Septiembre de 2018

f)

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Daniela Anabel Cumbicus Armijos declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Factores asociados a la salud mental de personas divorciadas, de la Titulación de Psicología, siendo Mgtr. Byron Fernando Bustamante Granda director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autor: Daniela Anabel Cumbicus Armijos

Cédula: 1900652114

DEDICATORIA

Con todo mi amor y afecto dedico este trabajo investigativo a aquellos que de una u otra forma fueron y son parte de mi vida y me han acompañado en el recorrido para alcanzar esta meta.

En primer lugar, a Dios por concederme vida, salud y fortaleza para llegar hasta este punto, iluminándome y permitiéndome cumplir uno de mis sueños más anhelados.

A mis padres José y Melania, por ser los mejores padres del mundo, luchadores, ejemplares y amorosos, son el motor de mi vida, me han enseñado a luchar, perseverar y seguir siempre adelante a pesar de los obstáculos, sin su apoyo incondicional no hubiese sido posible culminar mi carrera, nunca me cansaré de agradecerles por todo, en especial por confiar en mí, los Amo infinitamente.

A mis hermanos María José y Luis Fernando, mis verdaderos amigos, gracias por brindarme su apoyo y comprensión, siempre serán mi inspiración para ser mejor cada día.

A mis mascotas Sebastián, Lucas y Esteban, a pesar que ya no se encuentran a mi lado, siempre llenaron mi vida de inmensa felicidad y amor, su compañía y muestras de afecto fueron las mejores, supieron alegrar mis días sin decir ni una sola palabra.

Esto es por ustedes y para ustedes, mi eterna gratitud y amor.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial a mis padres, sin duda alguna sin su ayuda y apoyo no hubiese llegado hasta aquí, gracias por enseñarme que lo que uno se propone se puede lograr con dedicación y esfuerzo.

Un inmenso agradecimiento a mi tutor de tesis Mgtr. Byron Bustamante, por brindarme sus conocimientos, además por su ayuda, paciencia y compromiso a la hora de hacer las correcciones necesarias para la realización de mi trabajo de titulación.

Un agradecimiento a mis amigas, gracias por haber llegado a mi vida y hacer que el transcurso de la carrera sea menos pesado y más divertido.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
INDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Matrimonio.....	7
1.2. Familia.....	7
1.2.1. Funciones de la familia.....	8
1.2.2. Ciclo evolutivo familiar (CEF).....	9
1.2.3. Rompimiento de Pareja	14
1.2.4. Tipos de Familia	14
1.3. Divorcio.....	16
1.3.1. Fases del divorcio.....	18
1.4. Salud mental	20
1.5. Depresión.....	21
1.6. Ansiedad	22
1.7. Variables psicosociales asociadas a la salud mental de personas divorciadas....	23
1.7.1. Flexibilidad psicológica	23
1.7.2. Estrés	24
1.7.3. Resiliencia	25
1.7.4. Soledad	25
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	27
2.1. Diseño de investigación.....	28
2.2. Objetivos	28
2.2.1. General	28
2.2.2. Específicos	28
2.3. Participantes	28

2.4. Instrumentos	29
2.5. Procedimiento de recolección de datos	32
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
3.1. Prevalencia de ansiedad y depresión en los trabajadores divorciados.	34
3.2. Relación entre las variables de estilo de vida, sociodemográficas, depresión y ansiedad.	34
3.3. Relación entre las variables psicosociales, depresión y ansiedad.	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRARFIA	42
ANEXOS.....	58

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Funciones de la Familia	9
Tabla 2. Etapa de formación.....	10
Tabla 3. Etapa de expansión	11
Tabla 4. Etapa de consolidación y apertura.....	12
Tabla 5. Etapa de disolución	13
Tabla 6. Tipos de familia según el número de elementos que la forman	15
Tabla 7. Tipos de familia de acuerdo con la forma de constitución	15
Tabla 8. Crisis evolutivas.....	16
Tabla 9. Crisis estructurales.	17
Tabla 10. Fases del divorcio.....	18
Tabla 11. Tipos de divorcio.....	19
Tabla 12. Características sociodemográficas.	29
Tabla 13. Prevalencia de depresión y ansiedad	34
Tabla 14. Relaciones según el sexo con el PHQ-4, depresión y ansiedad	34
Tabla 15. Relaciones según la prescripción de medicación con el PHQ-4, depresión y ansiedad.....	35
Tabla 16. Relaciones según la prescripción de medicación con el PHQ-4, depresión y ansiedad.....	36
Tabla 17. Correlaciones edad, sueño, trabajo, ocio.....	37
Tabla 18. Correlaciones de factores psicosociales	38

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta Sociodemográfica.....	500
Anexo 2. Patient Questionnaire (PHQ-4).....	52
Anexo 3. Perceived Stress Scale (PSS-14).....	53
Anexo 4. Brief Resilience Scale (BRS).....	54
Anexo 5. UCLA Loneliness Scale Revised Short.....	55
Anexo 6. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7).....	56

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos, de estilo de vida y psicosociales asociados a la salud mental de personas divorciadas. Para ello se analizó 169 personas divorciadas (101 mujeres y 68 hombres). El tipo de investigación es correlacional, prospectiva, retrospectiva y transversal, se utilizó dos variables dependientes (ansiedad y depresión) y tres grupos de variables independientes (1) sociodemográficas, (2) estilo de vida y (3) psicosociales. Se aplicó una encuesta ad hoc para datos sociodemográficos y 4 escalas breves estandarizadas con el fin de evaluar: ansiedad y depresión, estrés, resiliencia, soledad e inflexibilidad psicológica. Los resultados muestran que las personas divorciadas tienen un rango de edad de 24 a 67 años, en su mayoría son mujeres, que existe mayor ansiedad (12.4%) que depresión (6.5%), existen diferencias significativas con respecto a estilos de vida como la actividad física y variables psicosociales como soledad, estrés, resiliencia e inflexibilidad psicológica.

PALABRAS CLAVES: divorcio, ansiedad, depresión, soledad, estrés, resiliencia e inflexibilidad psicológica

ABSTRACT

The objective of this research was determined the sociodemographic, lifestyle and psychosocial factors associated with the mental health of divorced persons. To this end, 169 divorced persons were analyzed (101 women and 68 men). The type of research is correlational, prospective, retrospective and cross-sectional, using two dependent variables (anxiety and depression) and three groups of independent variables (1) sociodemographic, (2) lifestyle and (3) psychosocial. An ad hoc survey and 4 standardized brief scales were applied for the purpose of evaluation: anxiety and depression, stress, resilience, loneliness and psychological inflexibility. The results show that divorced people have an age range of 24 to 67 years, that has greater anxiety (12.4%) than depression (6.5%), there are significant differences with respect to lifestyles such as physical activity and psychosocial variables such as loneliness, stress, resilience and psychological inflexibility.

KEY WORDS: divorce, anxiety, depression, loneliness, stress, resilience and psychological inflexibility

INTRODUCCIÓN

Colin y Capitant (2011) manifiestan que: “el divorcio es la disolución del matrimonio viviendo los dos esposos, a consecuencia de una decisión judicial dictada a demanda de uno de ellos indistintamente, por las causales establecidas por la ley” (p.484). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2016) los divorcios en Ecuador han aumentado en un 119,1% entre el 2006 al 2016.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (1948) define a la salud: no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico y psicológico” (parr.1), mientras que por salud mental se entenderá: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera; y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013, parr.1). Investigaciones sobre el divorcio han demostrado que la terminación de un matrimonio puede tener consecuencias, tanto para hombres y mujeres, los mismos que pueden presentar sensaciones de vulnerabilidad, mayor nivel de estrés, incrementando la probabilidad de cambios negativos en la salud física, mental y emocional, a más de ello incrementa la mortalidad en un 23% (Amato, 2010; García y Solsona, 2011; Sbarra, 2015; Bastida-González, Valdez-Medina, Valor-Segura, Fuentes y Rivera-Aragón, 2017). Según Sánchez-Aragón y Retana-Franco (2013) el divorcio puede ser percibido como una pérdida con características similares al duelo por muerte física, dentro del cual se experimentan sentimientos de tristeza, ira, ansiedad entre otros, también se conoce como duelo romántico.

Por lo tanto, las personas divorciadas son un grupo de riesgo en salud mental, y es necesario identificar los factores asociados a esta vulnerabilidad y también aquellos que podrían protegerles: para Munist et al. (1998) “los factores protectores: son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables” (p. 12). Estudios realizados en México y España señalan que la incidencia de depresión y estrés en personas divorciadas es mayor que en los no divorciados, haciendo énfasis en que las mujeres se encuentran más propensas a sufrir alteraciones en su salud que los hombres, también se indica que las buenas y positivas relaciones maritales son consideradas como un factor protector de la salud mental (Simó-Noguera, Hernández-Monleón, Muñoz-Rodríguez y González-Sanjuán, 2015; Kalmijn, 2017). Es por ello que consideramos necesario identificar qué sucede en las personas divorciadas especialmente en dos problemas de salud mental (ansiedad y depresión).

Las consecuencias de un divorcio no solo se circunscriben a la pareja, también afectan a la familia, al respecto, Amato (2000) señala que las familias que han pasado por el proceso de divorcio, padres e hijos presentan puntuaciones más bajas en una serie de indicadores de bienestar que aquellas familias que tienen una relación estable, además señala una serie de factores protectores en los cónyuges que cumplen estas condiciones: (1) si es el cónyuge que inició el proceso de divorcio, (2) el nivel educativo alto y (3) estar empleado; y en los hijos los factores protectores son: (1) el uso de habilidades de afrontamiento, (2) el apoyo de la familia y amigos, y (3) el tener acceso a intervenciones terapéuticas.

En el contexto del divorcio y la separación, hay una discrepancia entre haber asistido o no a psicoterapia, se evidenció, por ejemplo, que las personas que acuden a terapia presentan mayor capacidad para manejar los estresores diarios (Tapia y González, 2017). Por esto Ghaffarzadeh y Hassan (2012) menciona que “es necesario que las parejas reciban algunos servicios de consultoría que les permitan hacer frente a la cuestión del divorcio adecuadamente, mediante la reducción de la presión y la tensión entre ellos” (p. 284). Son evidencias que nos permiten inferir la importancia del apoyo social y profesional para este grupo.

Las personas divorciadas, al tratarse de un grupo vulnerable, es necesario analizar los factores que pueden predisponerlos como por ejemplo: la inflexibilidad psicológica, que se relaciona con algunas formas de patología y se presenta como una característica principal en los trastornos de ansiedad y depresión (Kashdan, 2010). Además, es necesario identificar otros factores que podrían proteger a las personas divorciadas como por ejemplo la resiliencia que es la capacidad de superar eventos adversos y a más de ello tener un desarrollo exitoso a pesar de las adversidades de la vida (Becoña, 2006), funciona como un factor beneficioso en el afrontamiento de estrés, depresión, ansiedad y enfermedades físicas (Fernandes de Araújo, Inmaculada y Bermúdez, 2015).

Sabiendo las consecuencias que conlleva la ruptura matrimonial, y el aumento de divorcios en Ecuador, se cree conveniente llevar a cabo esta investigación con el objetivo de analizar los factores asociados a su salud mental e identificar la prevalencia de ansiedad y depresión, a más de ello, identificar los factores sociodemográficos, de su estilo de vida y factores psicosociales, que les ponen en riesgo o les protegen de la depresión y la ansiedad; además se explorarán las diferencias sexo.

El presente trabajo está estructurado en tres capítulos: en el primer capítulo que corresponde al marco teórico, se encuentran descritos los conceptos de matrimonio, familia, divorcio, salud mental, depresión, ansiedad y las variables psicosociales asociadas a la salud mental (Inflexibilidad psicológica, estrés, resiliencia, soledad); en el segundo capítulo se describe la metodología de la investigación que abarca, el diseño de investigación, objetivos, participantes, instrumentos y el procedimiento de recolección de datos; en el tercer capítulo se detallan los resultados y la discusión; y finalmente se señalan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Matrimonio

En el ámbito de las relaciones humanas se ha utilizado el término pareja para referirse a un par de personas que han tomado libremente la decisión de unirse y estar juntos, estableciendo un vínculo amoroso y compartiendo objetivos como emprender un negocio, llevar a cabo proyectos y sostenerse afectivamente, en la constitución de la pareja se distinguen tres fases: (1) fase de cortejo (enamoramamiento), (2) fase de nidificación (construcción del hogar) y (3) fase de crianza (crianza de los hijos y convivencia familiar) (Villegas & Mallor, 2017). Cuando se establece una unión matrimonial, existe un sentimiento llamado amor, considerado el motor de la relación, que está compuesto por: (1) pasión, atracción física e interacción sexual (2) intimidad, sentimiento de cercanía donde se muestran sentimientos y pensamientos íntimos (3) compromiso, decisión de querer estar con alguien a pesar de los obstáculos (Sternberg, citado en Villegas y Mallor, 2017).

Según el Código Civil Ecuatoriano (Art. 81, 2005) “matrimonio es un contrato solemne por el cual un hombre y una mujer se unen con el fin de vivir juntos, procrear y auxiliarse mutuamente” de esta manera se formaliza la relación de pareja.

Para llegar a constituir el matrimonio propiamente dicho, la mayoría de las personas pasan por una etapa de enamoramiento el mismo que “se configura en función de una conjunción de pulsión sexual y atracción selectiva hacia una persona, que da lugar al amor, núcleo fundamental en la formación y mantenimiento de la pareja humana” (Villegas & Mallor, 2017, p.40). Las personas continuamente buscan sentirse apreciadas y apoyadas, por ello Punset (2007) menciona que la gente al casarse necesita un verdadero compromiso, donde el motivador principal debe ser la afectividad y fidelidad.

En síntesis, al pasar por una etapa de enamoramiento, se sientan las bases que constituirán el éxito que tenga o no el matrimonio, las relaciones matrimoniales deben estar regidas por el amor, compromiso y ayuda mutua, sentimientos que ayudan a una convivencia armoniosa de pareja.

1.2. Familia

Al haberse formalizado la relación, se pasa a una siguiente etapa que es el matrimonio, estableciéndose como familia. La familia cuenta con múltiples definiciones como por ejemplo la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 16.3, 1948) señala que “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene

derecho a la protección de la sociedad y del Estado”, siguiendo la misma línea la Constitución de la República del Ecuador (Art. 67, 2008) dice que:

Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basarán en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes.

Desde un punto de vista psicológico, Reca (1993) argumenta que la familia es “un sistema social integrado por personas de diferente sexo y edad que tienen una relación de parentesco por consanguinidad o por afinidad y cuyo propósito es la convivencia prolongada y la realización de actividades cotidianas estrechamente relacionadas con la reproducción social” (p.8), mientras que para Zamora, Nieto-Morales, Hernando y Torres (2016) la familia desde hace mucho tiempo atrás se ha venido considerando como un pilar fundamental dado que es la encargada de proporcionar a sus miembros protección, apoyo económico y emocional y afecto, contribuyendo al desarrollo personal de cada uno de sus miembros. Asimismo, Zicavo (2010) asegura que la primera experiencia de convivencia se da en la familia, donde se desarrollan vínculos y sentimientos, aprendiendo a aceptarse con sus defectos y virtudes. Según Lesme (2016) si la convivencia familiar no es la más adecuada puede ocasionar conflictos y causar malestares.

En síntesis, la familia está conformada por dos o más personas que pueden tener o no un grado de consanguinidad, vivir bajo un mismo techo, compartiendo intereses comunes, para asegurar el desarrollo sano de todos sus miembros, además cuenta con el derecho a la protección por parte del estado.

1.2.1. Funciones de la familia

Luego de haber definido qué es familia, entendemos que esta lleva a cabo una serie de funciones internas y externas, generando beneficios para sus miembros y para la sociedad en general. Reca y Tijoux (1996) han enumerado algunas funciones primordiales que debe cumplir la familia, las cuales se encuentran descritas en la Tabla 1.

Tabla 1. Funciones de la Familia

Función Biosocial	Relacionada con las actividades sexuales, reproductivas y afectivas; a nivel micro satisface las necesidades de los miembros del hogar y a nivel macro ayuda a reproducción de la población.
Función Económica	Tiene como finalidad la creación de bienes de consumo y servicios, considerando a la familia como una unidad productiva.
Función Social	Forma un nexo entre el individuo y la sociedad, durante la infancia y la adolescencia tiene el monopolio de la socialización, seleccionando de manera directa o indirecta el grupo social que los rodea.
Función Emocional	A través de los acontecimientos repetidos se van formando los sentimientos y maneras de comunicación, de manera que se genera un estilo para tratar los asuntos cotidianos.

Fuente: Reca y Tijoux (1996)

Elaborado por: Cumbicus (2018)

La familia cumple cuatro funciones que son de gran importancia para asegurar el desarrollo de cada uno de sus integrantes contribuyendo al mantenimiento de la especie, sustento de la familia, socialización para lograr mantener el equilibrio de la sociedad.

1.2.2. Ciclo evolutivo familiar (CEF)

Las funciones antes descritas son parte fundamental para entender la importancia de la familia, también es conveniente conocer que atraviesa por una serie de etapas denominadas ciclo evolutivo familiar (CEF). Glick, Berman, Clarkin y Rait, (2001) argumentan que:

Las familias al igual que los individuos, evolucionan a través del CEF. Este ciclo incluye las transiciones o acontecimientos vitales esperados por los que pasan la mayoría de las familias a lo largo de su desarrollo, en una secuencia bastante predecible, aunque variable, asimismo, incluye el afrontamiento de los cambios sociales, económicos, sociodemográfico, políticos y demás que se presentan en el día a día (p.34).

El CEF indica el camino de desarrollo de cada miembro de la familia con la finalidad de que se ajusten a los distintos requerimientos y exigencias del medio en el que se desenvuelven. En cada etapa se presentan una serie de tareas que el individuo debe ir afrontando (Maganto, 2004; Touriño, Baena, Benitez, Abelleria y Fernandez, 2010). Por ello Moratto, Zapata y Messenger (2015) ha creído conveniente puntualizar cuatro etapas con sus respectivas características: (1) de formación, (2) de expansión, (3) de consolidación y apertura, y (4) de disolución, las mismas que se encuentran especificadas en las tablas 2, 3, 4, 5. Donde se encontrará el principio que rige cada etapa, los procesos incluidos y las tareas.

Tabla 2. Etapa de formación

Fases	Principio que rige	Proceso	Tareas del proceso
Formación de la pareja	Compromiso con el nuevo sistema.	Conquista. Noviazgo. Matrimonio y, Pareja sola.	Prepararse para el rol de hombre o mujer. Independizarse de la familia de origen. Iniciar la formación de una identidad de pareja. Generar una intimidad de pareja. Adaptarse a los roles y tareas de una casa. Manejo del poder. Patrones de resolución de conflictos.

Fuente: Moratto, Zapata, & Messenger (2015)

La etapa de formación es muy importante ya que es aquí donde se formaliza la relación, se experimenta un cambio, pasando de estar solo a compartir espacio, tiempo y responsabilidades con la pareja.

Tabla 3. Etapa de expansión

Fases	Principio que rige	Proceso	Tareas del proceso
Crianza inicial de los hijos		Nacimiento y crianza de los hijos.	Transición de estructura diádica a trídica Aceptación y adaptación al rol de padres Vinculación afectiva madre-hijo Cumplir labores de crianza
Familia con niños preescolares	Aceptación de los nuevos miembros en el sistema	Hasta que el hijo mayor tiene 6 años	Tolerar y ayudar a la autonomía de los hijos Iniciar proceso de socialización y control Modelos de identificación y roles sexuales Tensiones entre roles laborales y familiares de los padres

Fuente: Moratto, Zapata, & Messenger (2015)

Tabla 4. Etapa de consolidación y apertura

Fases	Principio que rige	Proceso	Tareas del proceso
Familia con niños escolares	Aceptación de los nuevos miembros en el sistema.	Crecimiento hasta los 13 años del hijo mayor.	Apertura a otros ecosistemas: la escuela Para ello se requiere: Apoyar la apertura al mundo extrafamiliar. Apoyar el trabajo escolar. Consolidación y estabilización laboral.
Familia con hijos adolescentes	Incrementar la flexibilidad en los límites de la familia, para permitir la independencia de los adolescentes	Adolescencia: de 14 hasta los 20 años del hijo mayor	La familia necesita hacer los ajustes que requiere el comienzo de la pubertad y la madurez sexual, para ello requiere: Ajustarse a las necesidades de independencia. Reconocer la prioridad de los grupos de pares. Apoyar el desarrollo de la identidad personal. Comprender las Crisis de identidad de los padres.
Familia plataforma de lanzamiento	Aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar.	El hijo menor abandona la casa de los padres.	Tolerar la partida de los hijos, lo que requiere: Permitir la independencia de los hijos, elección de pareja y elección vocacional. Cambio de límites intergeneracionales. Apertura de los límites familiares.
Familia de edad media	Aceptar los cambios en los roles generacionales.	Fin de la actividad laboral de la pareja.	Readecuarse y vitalizar la vida de pareja, ello requiere: Asumir roles de abuelos. Desarrollo de un sistema de apoyo mutuo que permita mantener a las distintas generaciones en contacto.

Fuente: Moratto, Zapata, & Messenger (2015)

Tabla 5. Etapa de disolución

Fases	Principio que rige	Proceso	Tareas del proceso
Familia anciana	Aceptación del cambio de roles generacionales	Muerte de uno de los miembros de la pareja	Enfrentamiento de los cambios biológicos propios de la involución. Lo anterior requiere: Enfrentamiento a las múltiples pérdidas: juventud, salud, vitalidad, trabajo, etc.
Viudez		Muerte del miembro restante	Enfrentamiento de la soledad y la muerte de la pareja

Fuente: Moratto, Zapata, & Messenger (2015)

Las tablas mostradas anteriormente describen cada etapa del ciclo evolutivo familiar por el cual deben atravesar todas las familias ya conformadas, pero en algunos casos, no llegan a experimentar cada ciclo en el orden establecido o pudiendo saltarse alguna etapa, debido a aquello, las crisis que se presentan podrían no resolverse, ocasionando el rompimiento de la pareja.

1.2.3. Rompimiento de Pareja

Durante algunas etapas del CEF se presentan algunas crisis como por ejemplo la llegada de los hijos o el no poder tener hijos, el nido vacío, que pueden ocasionar estrés en la familia, el mismo que al no ser superado ocasiona conflictos en la pareja, en relación a ello Vaughan (citado en Rojas, 1994) menciona que el proceso de ruptura al cual llamó “desemparejarse”, inicia con el desenamoramiento en el cual uno de los miembros del matrimonio comienza a sentir insatisfacción acerca de la relación, provocando que la comunicación y el contacto vayan disminuyendo gradualmente, esto ocasiona que se excluya a la pareja de las actividades cotidianas, lo que lleva a buscar nuevas alternativas de satisfacción como actividades sociales con nuevos amigos que no tengan que ver nada con su actual cónyuge e incluso podría iniciar una aventura amorosa, la pareja al percatarse de estos hechos se cuestiona acerca de lo que está sucediendo y es ahí donde comienzan las discusiones y peleas, llevándoles finalmente a tomar la decisión de disolver el matrimonio.

De igual manera, Gottman (1999) menciona que existen cuatro señales predictores de un divorcio, denominadas “cuatro jinetes del apocalipsis” que son: (1) críticas, incluyen palabras ofensivas y negativas acerca de la personalidad, (2) desprecio, pensamientos negativos hacia la pareja (3) actitud defensiva, no acepta equivocaciones, busca argumentos para evadir la culpa y, (4) actitud evasiva, alejamiento de la pareja. Estas cuatro señales no siempre se dan en ese orden, pero comúnmente se suele iniciar con críticas despectivas, lo que ocasiona que la pareja se sienta ofendida tomando actitudes evasivas y de alejamiento. En este contexto se puede evidenciar que las parejas al no actuar de manera adecuada ante los conflictos que se presentan durante el matrimonio pueden ocasionar que se dé la disolución del matrimonio, en este caso las etapas del CEF se darán de manera diferente, ya sea que alguno de los miembros decida enfrentarlo sola o busque una nueva relación, dando lugar a la conformación de una nueva familia, por ello es importante conocer los tipos de familia que existen.

1.2.4. Tipos de Familia

Todas las familias deben cumplir una serie de funciones y atravesar por distintas etapas, sin embargo, no todas son iguales, existen diversos tipos, por ejemplo, Robles (2003) las ha clasificado: (1) según el número de elementos que la forman. Tabla 6 y (2) según la forma de constitución Tabla 7.

Tabla 6. Tipos de familia según el número de elementos que la forman

Familias Nucleares	Familias Extensas
Constituida por una mujer y un hombre unidos en matrimonio, más los hijos tenidos en común, todos viviendo bajo un mismo techo. Se encuentran tres subsistemas:	Constituida por los padres y los hijos, más la colateral que pueden ser tíos, abuelos o algún pariente, todos viviendo bajo un mismo techo.
1. Adulto – adulto (entre pareja)	Se puede formar cuando las familias nucleares se separan o divorcian.
2. Adulto – niño (entre padres e hijos)	
3. Niño – niño (entre hermanos)	

Fuente: Robles (2003)

Tabla 7. Tipos de familia de acuerdo con la forma de constitución

De padres divorciados	Constituida por familias que han pasado por un proceso de ruptura matrimonial.
Reconstituidas	Se da cuando tras la separación o divorcio, uno de los cónyuges decide iniciar una nueva relación de convivencia con vínculo matrimonial o sin él.
Monoparentales	Resulta cuando la pareja decide no seguir viviendo junta, está constituida por solo uno de los padres y los hijos.
Adoptivas	Está basada en la falta de un vínculo biológico entre padres e hijos.

Fuente: Robles (2003)

Luego de conocer los tipos de familia que existe, podemos evidenciar que, al romperse el vínculo matrimonial, se origina la familia divorciada, en la cual nos centraremos ya que, es el objetivo de estudio de nuestra investigación, para ello, empezaremos por definir qué es el divorcio.

1.3. Divorcio

En la actualidad el divorcio es un gran problema social, ya que, al disolverse el vínculo matrimonial, la familia entera sufre una serie de cambios, que ocasionan malestares. Con respecto a ello Díaz (1985) define al divorcio como:

La separación instrumental y funcional de la pareja marital y la pareja parental. La pareja marital debe separarse, mientras que la pareja parental debe permanecer unida, al menos hasta que las funciones parentales dejen de ser necesarias por la autonomía de los hijos (p. 17).

Colin y Capitant (2011) definen el divorcio como el rompimiento del vínculo matrimonial, debido a una decisión judicial por causales establecidas por la ley, la misma que es tomada por uno de los cónyuges. Mientras que Tejedor (2012) incluye la definición de divorcio altamente conflictivo, que consiste en:

Una situación prolongada de conflicto que surge tras la separación, con hostilidad entre los progenitores que puede haberse expresado abierta o encubiertamente a través del litigio en curso, con agresiones verbales y físicas, y tácticas de sabotaje y de engaño o fraude (p. 33).

Además, Yárnoz-Yaben (2008) menciona que el divorcio no solo afecta la salud y el bienestar psicológico, sino, también su vida económica, social y doméstica de la familia. Continuamente la pareja está sometida a numerosos peligros que amenazan la estabilidad del matrimonio, estas crisis pueden ser tipo evolutivo (Tabla 8) o estructural (Tabla 9) (Villegas y Mallor, 2017).

Tabla 8. Crisis evolutivas

En su origen o formación	Fracasos en los procesos de formación: Diferencias importantes de edad, momentos evolutivos distintos, expectativas diversas frente a la vida de pareja y proyectos divergentes que dificultan el propio establecimiento de la relación
Del ciclo vital	Cambios en los momentos evolutivos de la pareja: Embarazo, maternidad, adopción, infancia y adolescencia de los hijos, nido vacío, pérdida de trabajo, enfermedades, jubilación y muerte

Tabla 8. Continuación

Del ciclo relacional	Cambios en el momento evolutivo con respecto a los componentes del amor: Falta de deseo sexual, desenamoramiento, falta de comunicación, infidelidades y alejamiento de la pareja a causa del trabajo.
-----------------------------	---

Fuente: Villegas y Mallor (2017)

Elaborado por: Cumbicus (2018)

Tabla 9. Crisis estructurales.

En las relaciones de simetría	Distribución desigual de poder dando origen a una relación de dominancia-sumisión, pueden llegar a surgir situaciones de dependencia y maltrato.
En la complementariedad	Son producto de desequilibrios presentes desde el inicio de la relación, que se muestran hasta ya pasado algún tiempo, puede deberse a complejos personales de cada miembro.

Fuente: Villegas y Mallor (2017)

Elaborado por: Cumbicus (2018)

Estas son algunas de las crisis que se presentan durante un matrimonio, las cuales al no saber cómo resolverlas o enfrentarlas hacen que tomen la fatal decisión de romper el vínculo matrimonial. Según Gottman (1999) los conflictos que se dan en el matrimonio provocan que los cónyuges busquen relaciones extramatrimoniales que les proporcionen cariño, apoyo, comprensión, atención y respeto, aquello que ya no sienten que tienen dentro de su actual hogar. Leopold (2018) realizó un estudio para examinar las diferencias de género en cuanto al divorcio, llegando a las siguientes conclusiones:

1. Que los hombres reportan mayor vulnerabilidad respecto a las consecuencias a corto plazo, para medidas subjetivas de bienestar.
2. Las consecuencias producidas por el divorcio a mediano plazo resultaron con mucha similitud en cuanto a: bienestar económico subjetivo, salud mental, salud física y bienestar psicológico, movimientos residenciales, propiedad de vivienda y satisfacción con las tareas del hogar y las posibilidades de volverse a unir, la integración social con amigos y parientes, y los sentimientos de soledad.
3. Se muestra que las mujeres presentan aumento del riesgo de pobreza y la crianza de los hijos solteros.

Por lo tanto, el divorcio es la ruptura del vínculo matrimonial, que puede darse debido a crisis no resueltas que se presentan en las distintas etapas de la vida conyugal, lo que ocasiona múltiples problemas tanto en la salud física como psicológica.

1.3.1. Fases del divorcio

Las parejas que han tomado la decisión de romper el vínculo atraviesan una serie de fases, como por ejemplo antes de separarse se presentan conflictos en la pareja, ocasionando que decidan separarse y procedan a trámites legales, luego de disuelto el matrimonio, si existen hijos de por medio, tienen que seguir en contacto, lo que puede ocasionar malestar en los ex cónyuges. (Aspiazu, 2018). A continuación, en la tabla 10, se presentan tres fases del divorcio.

Tabla 10. Fases del divorcio

Fase	Descripción
Pre-Divorcio	Hace referencia a los problemas que se presentan durante la relación como: peleas, discusiones, conflictos y desacuerdos, llevando a la decisión de separarse.
Divorcio	También denominada divorcio legal, debido a que la ruptura es definitiva, se lleva a cabo los trámites para el juicio para legitimizar la separación.
Post-Divorcio	Luego del divorcio los ex cónyuges deben adaptarse a su nuevo estilo de vida, independizándose y afrontando la separación.

Fuente: Aspiazu (2018)

Elaborado por: Cumbicus (2018)

Al pasar por un divorcio se atraviesa una serie de etapas que son de mucha importancia debido a que, a la hora de brindar o pedir ayuda se debe identificar en que etapa se encuentra, para dar el apoyo acertado, conociendo que existen varias definiciones de divorcio se cree conveniente mencionar los tipos de divorcio (Tabla 11).

Tabla 11. Tipos de divorcio

Tipo de divorcio	Descripción
Por mutuo consentimiento.	Es la disolución del vínculo matrimonial que se consigue gracias a una sentencia judicial dando por terminado un procedimiento el que se inició por una solicitud en la que ambos cónyuges estuvieron de acuerdo, sobre todo cumpliendo con todos los requisitos que la ley indica para que se dicte sentencia.
Sin el consentimiento de uno de los esposos.	Es la ruptura del vínculo conyugal que se obtiene por medio de una sentencia judicial que pone fin a un procedimiento que se inició por la petición o demanda por parte de uno de los cónyuges, el mismo solicitante sin el consentimiento del otro solicita al Juez la terminación del vínculo matrimonial y la petición o demanda tiene apoyo en hechos que la ley considera suficientes para otorgar el divorcio.
Por voluntad de uno de los esposos.	Es el rompimiento de la relación marital, la que se obtiene a través de una sentencia judicial la cual da por terminado un procedimiento que inició por la petición o demanda de uno de los cónyuges sin el consentimiento del otro solicita al Juez la terminación del vínculo, es suficiente el simple deseo para que se otorgue el divorcio

Fuente: Aspiazu (2018)

Elaborado por: Cumbicus (2018)

En ciertas ocasiones la decisión de terminar con el matrimonio no siempre se da por mutuo acuerdo, y es posible que este tipo de divorcios se vivan de manera diferente y generen complicaciones en el bienestar de las personas divorciadas.

1.4. Salud mental

Por salud mental se entenderá como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013, parr.1). De igual manera Valeria (2002) afirma que: “la salud mental es aquella donde la persona se encuentra logrando su autorrealización por ende siente un gusto con la vida debido a que se encuentra bien adaptada, logrando así un estado mental positivo, con ausencia de trastornos mentales” (p. 2). Por ello, la OMS (2001) asegura que no existe una completa salud sin una buena salud mental.

En salud mental, los trastornos más comunes son la ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos (Guedea, Astiz, Fernández y Cortés, 2011). En relación a ello la OMS (2001a) muestra que existen 450 millones de personas que tienen trastornos mentales, neurológicos, relacionados con el abuso de alcohol o drogas, lo que se traduce en que, en una de cada cuatro familias, al menos un miembro de ellos puede padecer de algún trastorno mental o del comportamiento.

La OMS (2001b) indica que los individuos que corren mayor riesgo de padecer algún trastorno mental son aquellos que atraviesan por cambios (pérdida del trabajo, pérdida del cónyuge, cambio de residencia), el no saber adaptarse a estos acontecimientos los convierte en personas vulnerables, además, se menciona que al evitar compartir estos problemas con su red de apoyo social tienen más probabilidades de padecer ansiedad y depresión.

La OMS (2001) indica que: “los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar” (p.19). La Organización Panamericana de la Salud [PAHO] (2017) menciona que el estado civil, viudo o divorciado, presenta asociación positiva con la presencia de algún trastorno mental.

Por lo tanto, se puede concluir que la salud mental consiste en que una persona se encuentre en un estado de armonía, donde sepa manejar estresores diarios y de esta manera equilibrar su bienestar para tener una excelente salud tanto física como emocional. Luego de conocer la definición de salud mental y que la alta incidencia de trastornos mentales se podría relacionar con problemas que se presentan y no son

resueltos (i.e. divorcio), se analizará qué sucede en las personas divorciadas con respecto a la depresión y ansiedad.

1.5. Depresión

La OMS (2012) la define como: “un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima” (parr. 1). De igual manera Alberdi, Taboada, Castro, y Vázquez, (2006) mencionan que:

La depresión es entendida como un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles que recoge la presencia de síntomas afectivos presentando una esfera de sentimientos o emociones: ira, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático (p.1).

Cruz-Pérez (2012) señala una serie de signos y síntomas que pueden ser fácilmente detectables como: tristeza, desesperanza, anhedonia, insomnio, disminución de energía, perturbación del apetito y peso, alteraciones en la concentración y memoria a corto plazo, aislamiento social, disminución del deseo sexual, hipersensibilidad al rechazo, comportamiento de toma de riesgos excesivos con pensamientos frecuentes de muerte y suicidio, entre otros.

Además, la OMS (2001) indica que la depresión para el año 2020 será la segunda afección más incapacitante a nivel mundial, superada solamente por la cardiopatía isquémica. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011), señala que: “en muchos países se está registrando un aumento de los casos de depresión, y comportamientos autodestructivos” (pág. 4). Según la Organización Panamericana de la Salud [PAHO] (2017) el número de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4%, de los cuales el 15% corresponde al continente americano y específicamente nuestro país Ecuador se encuentra en el puesto número once de depresión, con un porcentaje del 4,6%.

El estar divorciado es un factor predisponente para sufrir depresión, en un estudio realizado por Salazar (2015) en Perú, muestra que al divorcio y la viudez como acontecimientos vitales estresantes que afectan a la red de apoyo social, aumentando, el riesgo de padecer un trastorno depresivo. Según otras investigaciones en diferentes

países señalan que, el índice de mujeres que padecen sintomatología depresiva es mayor que en los hombres, influyendo el estado civil, es decir el estar viudo o separado (OMS, 2001; Matud, Guerrero & Matías, 2006; Gutierrez, 2010; Salazar, 2015; PAHO, 2017).

En un estudio se mostró que los trabajadores divorciados tienen una mayor tasa de incidencia de síntomas de depresión que los trabajadores casados y solteros, también se encontró que los trabajadores con síntomas depresivos tenían los puntajes más altos que los otros dos grupos en factores físicos, ambigüedad de roles, conflicto de roles, monotonía laboral, carga mental, responsabilidad por las personas, ambigüedad laboral futura, riesgos laborales, personalidad tipo A y control del lugar de trabajo y apoyo social (Yu, et al., 2006).

En síntesis, la depresión se caracteriza principalmente por sentimientos de tristeza y desesperanza que imposibilita a la persona sentir satisfacción por las cosas con las que antes sentía, además se evidencia que uno de los factores predisponentes es el estar divorciado, al ser un trastorno que afecta un gran porcentaje de la población y ser una de las causas de morbilidad es importante conocer su sintomatología para reconocer y hacer una intervención temprana. Este trastorno por lo general se presenta acompañado por otros trastornos, mayoritariamente con la ansiedad, la misma que abordaremos en el siguiente apartado.

1.6. Ansiedad

La depresión y la ansiedad tienen alta comorbilidad, siendo una de las combinaciones más frecuentes; presentándose casi en la mitad de los individuos que padece alguno de los dos trastornos (Zimmerman et al., 2000; OMS, 2001). El estrés, la ansiedad y la depresión consisten en estados de ánimo negativos (Davey et al., 2016) que afectan las condiciones de vida de una persona.

Jarne y Talarn (2000) define la ansiedad como “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, alarma, que hace que el sujeto se sienta molesto” (p.236). El mismo autor menciona tres áreas en las que repercute (1) área cognitiva o psicológica, caracterizada por temor, pesimismo, preocupación excesiva, (2) área conductal, motora o relacional donde se presenta irritabilidad, inquietud, temblores, y (3) área fisiológica o somática en la que está presente la hiperactivación vegetativa.

Según la PAHO (2017) la ansiedad se incrementó en un 14,9% en el periodo comprendido del 2005 al 2015, además se muestra que el 3,6 del total de la población

padece de ansiedad, en nuestro contexto ecuatoriano se calcula que existe ansiedad en el 5,6 % de la población total (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial).

Las personas que han atravesado por un divorcio o muerte de uno de sus cónyuges son más propensas a padecer ansiedad y solicitar tratamiento que las personas solas o casadas (Fine, et al., 2018). De igual manera se comprobó que las mujeres viudas y divorciadas presentan valores superiores de ansiedad y depresión que las demás (Olmedilla, Ortega y Madrid, 2008).

1.7. Variables Psicosociales Asociadas a la Salud Mental de las Personas Divorciadas

1.7.1. Inflexibilidad psicológica

La flexibilidad psicológica es definida como: “la habilidad de estar en contacto con el presente plenamente y conscientemente, cambiando o persistiendo en su comportamiento cuando este se dirige hacia sus valores” (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006, p. 7).

La flexibilidad psicológica forma parte de una serie de procesos que se reflejan en cómo un sujeto: (1) reconoce y se adapta a las demandas situacionales, (2) reconfigura las conductas y los recursos mentales cuando se encuentran comprometidos en el funcionamiento personal y social, (3) mantiene el equilibrio y (4) equilibra los deseos, las necesidades y los dominios de la vida que compiten entre sí (Kashdan, 2010).

Las intervenciones de flexibilidad se enfocan en mejorar (a) la facilidad de discriminación que es la capacidad de evaluar con precisión las características situacionales, (b) el ajuste de adaptación donde se trata de hacer coincidir las estrategias de afrontamiento apropiadas con cada situación, y (c) enfrentar el conocimiento, es decir, cómo utilizar efectivamente cada estrategia (Waugh & Koster, 2015).

Por el contrario, la inflexibilidad psicológica es una de las características que tienen en común los trastornos de depresión y ansiedad (Kashdan, 2010). Levin et al. (2014) menciona que la inflexibilidad puede ser mayor entre aquellas personas que tienen uno o más trastornos psicológicos debido a los niveles elevados de angustia psicológica, también indican que la inflexibilidad psicológica es significativamente más

alta en los trastornos depresivos y de ansiedad. No hay evidencia reportada en la población de divorciados y su impacto en ansiedad y depresión.

1.7.2. Estrés

Benito, Simón, Sánchez, y Matachana (2005) definen el estrés como: “un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo, esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad.” (p. 53). De igual manera Selye (1956) indica que el estrés: “es fundamentalmente una respuesta fisiológica, ya que es la respuesta del organismo a cualquier demanda del medio” (p.5).

Algunas de las consecuencias del alto nivel de estrés pueden ser: enfermedades mentales y físicas, trastornos del sueño, inquietud, irritabilidad, olvido, fatiga anormal, disminución de la resistencia individual e infecciones recurrentes, dolores de cabeza, concentración deficiente, deterioro de la memoria y reducción en la capacidad de resolución de problemas (Beddoe & Murphy, 2004).

La OMS (2001) predice que para el año 2020 la depresión relacionada con el estrés crónico será la segunda causa de invalidez en el mundo. Se muestra que las mujeres tienen rangos de estrés más altos que los hombres (Montemayor, Moreno & González, 2014). En el estrés se presentan emociones negativas como la ansiedad, ira y depresión, por lo que en ocasiones es confundido con la ansiedad (Benito et al., 2005).

El estrés incrementa el riesgo de padecer problemas en la salud psicológica como ansiedad y depresión (McQuade & Young, 2000). En un estudio realizado en Portugal se encontró que hay una alta comorbilidad entre depresión, ansiedad y estrés, además existen diferencias de género dado que se encontró que las mujeres presentaron niveles más elevados de estas variables, que los hombres (Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011). Siguiendo una línea similar Hasanvandi, Valizade, Honarmand & Mohammadesmaeel (2013) mencionan que casi todas las personas experimentan estrés sin embargo las mujeres divorciadas son más propensas a sufrirlo debido a que posterior al divorcio requieren reajustar su entorno social buscando nuevas amistades. Naseem (2018) menciona que los hombres casados eran más eficientes en controlar el estrés con inteligencia emocional que las mujeres.

En un estudio realizado en Australia por Davey, et al. (2016) se evidenció que el estrés tiene una relación causal con la depresión y la ansiedad, mientras que la depresión tenía una relación causal tan solo con la ansiedad y que por lo tanto, se cree

que las intervenciones designadas a disminuir el estrés también pueden resultar favorables para disminuir la depresión y la ansiedad, mientras que las intervenciones destinadas a disminuir la depresión pueden ayudar a bajar los niveles de ansiedad. Los resultados de otro estudio indicaron que el correcto manejo del estrés ocasionó que se disminuyeran significativamente los síntomas corporales, la ansiedad, insomnio y la depresión (Hasanvandi et al., 2013).

1.7.3. Resiliencia

Según Rutter (2013) la resiliencia: “permite que algunas personas tengan un resultado relativamente bueno a pesar de haber experimentado tensiones o adversidades graves, siendo su resultado mejor que el de otras personas que sufrieron las mismas experiencias” (parr. 1). Waugh & Koster (2015) indican tres aspectos de la resiliencia para evitar la recurrencia de depresión: (1) mejorar el manejo del estrés frente a factores estresantes diarios menores, (2) aumentar la positividad, como promover emociones y actitudes positivas frente a situaciones estresantes, y (3) flexibilidad en la capacitación, saber identificar las demandas en el entorno y utilizar la estrategia de afrontamiento adecuadas para satisfacer las demandas. Smith et al. (2008) señalaron que la resiliencia relacionó negativamente con la ansiedad, la depresión y el afecto negativo. En otro estudio se comprobó que los pacientes con un alto nivel de resiliencia experimentaron niveles de depresión muy bajos (Liu, et al., 2018). Se esperaría que en la población de divorciados actué como un factor protector para su salud mental.

1.7.4. Soledad

Las personas somos seres sociales, por lo tanto, las relaciones sociales que se mantienen, llegan a ser un factor protector de la salud mental (Rutter, 2013). De hecho, Hauser, Allen y Golden (2006) en un estudio encontró que el apoyo social era una de las tres características asociadas con la capacidad de recuperación a largo plazo luego de presentarse un trastorno mental que requirió atención hospitalaria.

Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) demostraron que los sujetos presentan tres fuentes de apoyo social (1) familia, (2) amigos y (3) un ser querido o pareja, además mencionan que el apoyo percibido por parte de la familia estaba relacionado inversamente con la depresión, en términos de género, las mujeres indicaron un mayor apoyo social de amigos y una pareja, y más síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión que los hombres.

Yárnoz-Yaben (2008) indica que la soledad tiene significativas implicaciones en el funcionamiento psicológico, en su estudio encontró que las personas divorciadas presentan niveles de soledad más altos en comparación con los otros grupos de estudio como son, estudiantes y población en general, en función de ello menciona que: “las personas divorciadas son un colectivo especialmente proclive al sentimiento de soledad” (p.106). La soledad se asoció con algunos los trastornos mentales, especialmente con la depresión (Meltzer et al., 2013).

En su estudio Velarde, Fragua & García, (2016) muestran que una de cada 4-5 personas mayores a 65 años vive sola y en su mayoría son mujeres, casi triplicando a los hombres que viven solos y la causa principal es por la pérdida del cónyuge. En una muestra de 1535 personas con edad promedio de 76,5 años se demostró que vivir solo y poseer sentimientos de soledad incrementan el riesgo de mortalidad (Teguo, et al., 2016). En la población inglesa las personas solitarias son más propensas a tener dos o más enfermedades físicas, además la misma tiene una mayor prevalencia de resultados adversos como dependencia del alcohol, consumo de drogas, eventos estresantes a lo largo de la vida, peor salud mental (ansiedad y depresión) y menor apoyo social (Stickley y Koyanagi, 2018).

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Diseño de investigación

El alcance de la investigación es de tipo correlacional ya que permitirá medir el grado de relación que existe entre las distintas variables, transversal porque se realizará dentro de un período de tiempo determinado, es prospectiva y retrospectiva porque mediante los instrumentos se recolectará información actual y pasada. Además, es un estudio cuantitativo pues se basará en el análisis de datos numéricos como indicadores de las variables de estudio.

En esta investigación se trabajará con dos variables dependientes: ansiedad y depresión y con tres grupos de variables independientes: (1) sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, tipo de universidad, estado de propiedad de vivienda, tipo de contrato. (2) estilo de vida: horas de sueño, horas de trabajo, horas de ocio, nivel de actividad, tipo de alimentación, antecedentes psicofármacos, antecedentes médicos. (3) psicosociales: inflexibilidad psicológica, estrés, soledad y resiliencia.

2.2. Objetivos

2.2.1. General

Determinar los factores sociodemográficos, de estilo de vida y psicosociales asociados a la salud mental de personas divorciadas

2.2.2. Específicos

- Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los trabajadores divorciados
- Identificar las relaciones entre las variables de estilo de vida y sociodemográficas, con depresión y ansiedad.
- Identificar las relaciones entre inflexibilidad psicológica, estrés, soledad y resiliencia, con depresión y ansiedad.

2.3. Participantes

Para el desarrollo de esta investigación se tomó como muestra a 169 personas divorciadas, se describen sus características en la tabla. 12, además cada sujeto cumplió los siguientes criterios de inclusión:

- Haber consentido participar libremente del proceso de investigación.

- Que al momento de responder declare ser una persona divorciada.
- Que conteste la totalidad de instrumentos sin dejar ninguna pregunta en blanco.
- Que las respuestas hayan pasado algunos filtros de calidad, como estar dentro de un rango de tiempo adecuado, no tener respuestas ilógicas (i.e. Medir más de 3 metros).

Tabla 12. Características sociodemográficas.

	n	%
Sexo		
	101	40.2
Femenino	68	59.8
Masculino		
	87	
Vivienda	42	51.5
Alquilada	40	24.9
Propia		23.7
Otros		
	M	DT
Edad	44.11	9.67

Elaborado por: Cumbicus (2018)

Las personas divorciadas de esta muestra se encuentran en rango de edad de 24 a 67 años con una media de $\bar{x}=44.11$ (DT= 9.67), además en su mayoría son mujeres y cuentan con una vivienda alquilada.

2.4. Instrumentos

Se utilizarán 5 escalas breves y psicométricamente adecuadas con el fin de evaluar distintos indicadores de salud mental, y una encuesta ad hoc para recolectar las variables demográficas y de estilo de vida (Vaca, Bustamante, Jiménez, Ruisotto y Pineda, 2015).

1. Para evaluar la variable dependiente se utilizará una escala breve de screening:

Patient Health Questionnaire of Depression and Anxiety (PHQ-4)

Evalúa depresión y ansiedad asociados con deterioro social en las últimas 2 semanas (Wingenfeld, Schneider y Brähler, 2010). Se utilizó la versión española de 'Generalized Anxiety Disorder-7 scale' (GAD-7) and the Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8) (Kroenke, Sitzer, Williams y Löwe, 2009); compuesta por los ítems 1, 2,3 y 4 de la escala original. El formato de respuesta consta de una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). Una mayor puntuación corresponde a mayores niveles de depresión y ansiedad. La versión española de la escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 78$, test-retest $r = 64$ y la validez de constructo fue respaldada por intercorrelaciones con otras escalas de autoinforme PHQ-2 y GAD-2 y con factores de riesgo demográficos para la depresión y la ansiedad (Wingenfeld, Schneider y Brähler, 2010).

2. Para evaluar las variables sociodemográficas y de estilo de vida se usará:

Encuesta Sociodemográfica y de Salud

Es una encuesta ad hoc que evalúa variables sociodemográficas y de salud; la escala tiene 20 ítems: 10 de variables sociodemográficas y 10 de salud; con un formato de respuesta cerrada (Vaca et al., 2015).

3. Para evaluar las variables psicosociales se utilizará:

Perceived Stress Scale (PSS-14)

Evalúa el grado en que las situaciones de la vida son percibidas como estresantes, es decir, como el individuo valora su vida en términos de impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga (Remor, 2006), se utilizó la versión española de la escala Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) la cual está compuesta de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo), una mayor puntuación corresponde a mayor nivel de estrés percibido. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 81$, test-retest $r = 73$), y validez concurrente de 0.78 con HADS-T distress (Remor, 2006).

Brief Resilience Scale (BRS)

Es un instrumento que evalúa la capacidad de las personas de adaptarse al estrés (Smith et al., 2008). Consta de 6 ítems dirigidos a evaluar el grado de resiliencia o capacidad de las personas de adaptarse al estrés y situaciones adversas. Los sujetos responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = neutral, 4 = de acuerdo, 5 = muy de acuerdo. Los análisis psicométricos una consistencia interna que oscila entre .80 y .91. La fiabilidad test-retest es .69 al mes de administrar el test y .62 a los tres meses.

UCLA Loneliness Scale Revised-Short

Evalúa la sensación subjetiva de soledad, entendida como la percepción de una menor disponibilidad de relaciones significativas, especialmente referida al apoyo emocional (Morejón y García-Boveda, 1994). Se utilizó la versión española de Short Scale for Measuring in Large Surveys (Hughes, Waite, Hawkley y Cacioppo, 2004), compuesta por los ítems 2, 11 y 14 de la escala original. El formato de respuesta consta de una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = a veces, 4 = siempre), una mayor puntuación corresponde a mayor percepción de soledad. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = .75$, test-retest $r = .70$), y validez concurrente de 0.90 con la versión completa (Morejón y García-Boveda, 1994).

Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Evalúa flexibilidad/inflexibilidad psicológica entendida como la persistencia de un pensamiento o comportamiento desadaptativo que se relaciona con un amplio rango de trastornos psicológicos que afectan la calidad de vida de la persona (Bond et al., 2011). Se utilizó la versión española de Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7) de Hayes (2004). La escala está compuesta por 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1= nunca, 2= muy rara vez, 3= rara vez, 4=algunas veces, 5=frecuentemente, 6=casi siempre y 7 = siempre), donde una mayor puntuación corresponde a mayor nivel de inflexibilidad psicológica. La escala demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = .71$, test-retest $r = .88$), y validez concurrente de 0.97 con la escala AAQ-I (Ruíz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013).

2.5. Procedimiento de recolección de datos

Los análisis de datos que se presentan en este trabajo de investigación se realizan a partir de la base de datos proporcionada y autorizada por el proyecto: “Distribución Nacional del Consumo Problemático de Sustancias y otros Indicadores de Salud Mental en la Comunidad Universitaria” perteneciente al paquete de trabajo de salud pública del proyecto Smarth Land- Gestión del territorio inteligente, financiado por la Universidad Técnica Particular de Loja, desde el 5 de enero de 2015 al 23 de diciembre de 2017 (Directora Silvia L. Vaca Gallegos; Co-director. Pablo Ruisoto Palomera). Esta información será utilizada en esta tesis exclusivamente con fines académicos.

El análisis de datos incluyó estadísticos descriptivos, se calculó media y desviación típica, porcentajes válidos y correlaciones de pearson para la relación de variables, los análisis fueron realizados en SPSS 24. Los resultados fueron sintetizados en tablas para el análisis de las mismas y a su vez la discusión de cada objetivo como se verá en el siguiente apartado.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Prevalencia de ansiedad y depresión en los trabajadores divorciados.

Tabla 13. Prevalencia de depresión y ansiedad

	F	%
Ansiedad (n= 169)	21	12,4
Depresión (n= 169)	11	6,5

Se evidencia que en la muestra de personas divorciadas la ansiedad es mayor que la depresión, esto corrobora los datos mostrados por la PAHO (2017) que señala que en Ecuador las personas que padecen ansiedad corresponden al 5,6 % y depresión al 4,6%, cabe resaltar que la depresión y ansiedad en personas divorciadas es casi el doble del promedio de los ecuatorianos. De igual manera Marsiglia (2010) realizó un estudio en Caracas con una muestra de 1159, donde se detectaron 160 casos de ansiedad (13,8%) y 88 casos de depresión (7,6%), nuestros resultados son similares a los reportados en este estudio, aunque no se tratan de personas divorciadas.

Sin embargo, no coincide con la literatura donde Robles, Morales, Jiménez, y Morales (2009) en su estudio comparó variables psicosociales como el estado civil entre pacientes con y sin depresión o ansiedad, resultando que las personas separadas padecen mayor depresión (68%) que ansiedad (32%).

3.2. Relación entre las variables de estilo de vida, sociodemográficas, depresión y ansiedad.

Tabla 14. Relaciones según el sexo con el PHQ-4, depresión y ansiedad

		n	Media	DT	t	p
Total Patient Health Questionnaire(PHQ-4)	Hombre	68	1.71	2.67	-1.67	.097
	Mujer	101	2.42	2.74		
Media Ansiedad	Hombre	68	.45	.77	-1.71	.088
	Mujer	101	.66	.82		
Media Depresión	Hombre	68	.40	.64	-1.33	.186
	Mujer	101	.54	.69		

En relación a la variable sexo con ansiedad y depresión no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, lo que nos lleva a concluir que el ser hombre o mujer no se encuentra asociado con depresión o ansiedad en la muestra de divorciados.

Estos resultados no coinciden con algunos estudios realizados en diferentes países que indican, que el índice de mujeres que padecen sintomatología depresiva es mayor que en los hombres y que influye el estado civil, especialmente estar viudo o separado (OMS, 2001; Matud, Guerrero & Matías, 2006; Gutierrez, 2010; Salazar, 2015; PAHO, 2017). De igual manera, estudios realizados en México y España señalan que la incidencia de depresión y ansiedad en personas divorciadas es mayor y que las mujeres se encuentran más propensas a sufrir alteraciones en su salud que los hombres (Simó-Noguera, Hernández-Monleón, Muñoz-Rodríguez y González-Sanjuán, 2015; Kalmijn, 2017).

Tabla 15. Relaciones según la prescripción de medicación con el PHQ-4, depresión y ansiedad

		N	Media	DT	f	p
Total Patient	Ninguna	38	2.79	3.10	1.769	.155
Health	Es inferior a 30 minutos al día	56	2.36	2.90		
Questionnar e (PHQ-4)	Es superior a 30 minutos al día de intensidad moderada	57	1.67	2.13		
	Es superior a 30 minutos al día de intensidad alta.	18	1.50	2.79		
Media	Ninguna	38	.70	.88	.665	.575
Ansiedad	Es inferior a 30 minutos al día	56	.62	.84		
	Es superior a 30 minutos al día de intensidad moderada	57	.50	.69		
	Es superior a 30 minutos al día de intensidad alta	18	.44	.84		
Media	Ninguna	38	.70	.79	2.987	.033
Depresión	Es inferior a 30 minutos al día	56	.56	.72		
	Es superior a 30 minutos al día de intensidad moderada	57	.33	.51		
	Es superior a 30 minutos al día de intensidad alta	18	.31	.60		

En cuanto a la relación entre la variable actividad física con depresión y ansiedad, de manera general no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, al analizar por separado la media de depresión y ansiedad, se evidencia que existe una diferencia significativa entre depresión y el nivel de actividad física, es decir, el realizar o no actividad física estaría asociado con la depresión.

Respecto a esta relación concuerda con la literatura encontrada es decir Zafra, Toro y Garrido (2008) en su estudio encontraron que las mujeres divorciadas que realizan algún tipo de actividad física presenta menor depresión que las que no lo realizan, es decir la actividad física está relacionada con el nivel de depresión.

En este caso contradice la literatura, donde se dice que la actividad física se relaciona con el control de estrés, ansiedad, depresión, entre otras y que en los resultados de sus estudios señalan que las personas divorciadas realizan mayor actividad física que los solteros (Salazar, Molina, Muñoz y Bautista, 2011; Rosales-Ricardo et al., 2017).

Tabla 16. Relaciones según la prescripción de medicación con el PHQ-4, depresión y ansiedad

	Le han prescrito algún medicamento por problemas psicológico/emocionales en el último año?	N	Media	DT	f	p
Total Patient Health Questionnaire (PHQ-4)	Sí	13	3.62	3.23	2.56	.040
	No	156	2.01	2.65		
Media	Sí	13	1.04	.95	2.48	.030
Ansiedad	No	156	.54	.78		
Media	Sí	13	.77	.83	1.703	.118
Depresión	No	156	.46	.66		

En la relación que existe entre la variable de medicación con depresión y ansiedad se muestra que existen diferencias, luego se las analizó por separado, evidenciándose que las personas comúnmente se medican por ansiedad.

Este resultado concuerda con la literatura que nos dice que el divorcio está asociado con una mayor prevalencia del uso de medicamentos psicotrópicos (Metsä-Simola y Martikainen, 2013).

Tabla 17. Correlaciones edad, sueño, trabajo, ocio

		Edad	Horas diarias de sueño	Horas diarias de trabajo	Horas diarias de ocio
Total Patient Health Questionnaire (PHQ-4)	Correlación de Pearson	-.166	-.249	.155	-.185
	Sig. (bilateral)	.031	.001	.044	.016
	N	169	169	169	169
Media Ansiedad	Correlación de Pearson	-.170	-.218	.126	-.215
	Sig. (bilateral)	.028	.004	.102	.005
	N	169	169	169	169
Media Depresión	Correlación de Pearson	-.133	-.244	.164	-.117
	Sig. (bilateral)	.084	.001	.034	.130
	N	169	169	169	169

Al realizar un análisis de la relación entre la depresión y ansiedad medidos con el PHQ-4 y la edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Que son los resultados esperados según la literatura, en un estudio se analizó las variables como edad sobre el impacto emocional y no se encontraron diferencias significativas, lo que concluyó que la edad en la mujer no está asociada con la presencia de problemas emocionales (Del Barrio y Domenech, 1993).

En relación a la variable de horas diarias de sueño con depresión y ansiedad se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con una correlación bilateral, es decir, a más horas de sueño, menos depresión y ansiedad. Estos resultados se relacionan con el estudio donde se ha encontrado que las personas divorciadas, duermen menos tiempo en comparación con solteros o viudos (mexicanos), especialmente cuando están en edades laborales (20 a 59 años), pudiendo afectar su salud mental (Castrejón, Vargas, Juárez, y Zepeda, 2015).

En cambio, al analizar la relación de la variable horas diarias de trabajo con depresión y ansiedad, se ve que hay diferencias estadísticamente significativas, pero solo en depresión, lo que nos lleva a concluir que, a mayores horas dedicadas al trabajo, mayor depresión.

Por otro lado, se analizó la relación entre horas diarias de ocio con depresión y ansiedad, los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas, pero solo en ansiedad, es decir, mientras menos horas se dedica al ocio está asociado con mayor ansiedad. Esto concuerda con la literatura donde nos dice que las personas divorciadas necesitan replantearse sus redes de apoyo, fortaleciendo relaciones de amistad o buscando

nuevas amistades, por ello dedican más tiempo al ocio (Kalmijn y Broese van Groenou, 2015; Kalmijn y Uunk, 2007).

3.3. Relación entre las variables psicosociales, depresión y ansiedad.

Tabla 18. Correlaciones de factores psicosociales

			Estrés Percibido	Soledad	Resiliencia	Inflexibilidad Psicológica
Total Patient Health Questionnaire (PHQ-4)	Correlación de Pearson		.662	.543	-.465	.694
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
	N		169	169	169	169
Media Ansiedad	Correlación de Pearson		.618	.479	-.422	.634
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
	N		169	169	169	169
Media Depresión	Correlación de Pearson		.601	.526	-.437	.646
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
	N		169	169	169	169

Las correlaciones entre las variables psicosociales (Estrés, Soledad, Resiliencia e Inflexibilidad psicológica) con depresión y ansiedad, indican que en todos los casos hay diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la variable estrés, no coincide con la literatura que nos dice que el estado civil (Soltero/ casado) no influye en los niveles de estrés (Gutierrez, 2017). Sin embargo, en otros estudios se evidencia que el estrés se encuentra relacionado con problemas en la salud psicológica como ansiedad y depresión, aumentando el riesgo de padecer alguna de ellas, estos estudios fueron realizados tanto en divorciados como solteros arrojando resultados similares (McQuade & Young, 2000; Davey, et al., 2016; Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011).

Otra variable analizada fue la resiliencia que de igual manera se encontraron diferencias significativas, es decir es poseer un mayor grado de resiliencia está relacionado con menor depresión y ansiedad, esto concuerda con los resultados encontrados por Smith et al. (2008) donde señala que la resiliencia se relacionó negativamente con la ansiedad, la

depresión y el afecto negativo. Otro estudio comprobó que los pacientes con un alto nivel de resiliencia experimentan niveles de depresión muy bajos (Liu, et al., 2018)

En relación con la variable soledad concuerda con los resultados encontrados por Yarnóz (2008) en su estudio encontró que las personas divorciadas presentan niveles de soledad más altos en comparación con los otros grupos estudio como son, estudiantes y población en general, en función a ello menciona que: “las personas divorciadas son un colectivo especialmente proclive al sentimiento de soledad” (p.106).

La soledad se asoció con algunos los trastornos mentales, especialmente con la depresión (Meltzer, 2013). De igual manera en la población inglesa las personas solitarias son más propensas a tener dos o más enfermedades físicas, además la soledad tiene una mayor prevalencia de resultados adversos como dependencia del alcohol, consumo de drogas, eventos estresantes a lo largo de la vida, peor salud mental (ansiedad y depresión) y menor apoyo social (Stickley y Koyanagi, 2018).

De acuerdo a los resultados encontrados en inflexibilidad psicológica, concuerda con la literatura ya que se menciona que la inflexibilidad psicológica es significativamente más alta en los trastornos depresivos y de ansiedad. (Masuda, Mandavia y Tully, 2014; Levin et. al, 2014), cabe mencionar que estos resultados fueron encontrados en la población en general.

CONCLUSIONES

- El tener una condición de divorciado se relaciona con mayor prevalencia de ansiedad y depresión en comparación con la población general, y es mayor el nivel de ansiedad comparado con la depresión.
- Las personas divorciadas en su mayoría son mujeres y cuentan con una vivienda alquilada, sin embargo, la depresión y ansiedad en divorciados no se encuentra asociada con variables sociodemográficas como sexo y edad.
- El nivel de actividad física, horas diarias de sueño, trabajo y ocio se encuentra asociado con la depresión y ansiedad que presentan las personas divorciadas.
- En cuanto a las variables psicosociales como soledad, estrés e inflexibilidad psicológica están asociadas negativamente con la depresión y ansiedad de divorciados, se los considera factores predisponentes para padecer alguna de estos problemas de ánimo.
- Otra variable psicosocial como lo es la resiliencia también está relacionada con la depresión y ansiedad, pero de manera positiva, es decir, se considera como un factor protector.

RECOMENDACIONES

- Brindar apoyo a las personas que atraviesan por un proceso de divorcio debido a que son personas con un estado de vulnerabilidad muy alto.
- Implementar un programa de apoyo dentro de los trabajos dirigido a las personas divorcias, ya que como se muestra en la literatura estas son más propensas a alteraciones en su salud física, emocional y mental, afectando su desempeño laboral.
- Incentivar a las personas divorciadas a llevar un estilo de vida saludable con mayor actividad física ya que esto contribuye a que los niveles de ansiedad disminuyan.
- Potenciar las actitudes positivas como la resiliencia que es un factor importante a la hora de manejar estresores diarios.
- Realizar estudios dirigidos a cómo el divorcio afecta a los ex cónyuges, debido a que la mayoría de estudios realizados se centran solo en los problemas que afectan a los hijos.

BIBLIOGRAFIA

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, V. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6.
- Amato, P. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of marriage and family*, 62 (4), 1269-1287.
- Amato, P. (2010). Research on Divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of marriage and family*, 72 (1), 650 – 666.
- Apóstolo, J., Figueiredo, M., Mendes, A., & Rodrigues, M. (2011). Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(2), 348-353.
- Aspiazu, C. (2018). *Análisis de los síntomas clínicos psicológicos que presentan las parejas en proceso de divorcio que acuden al centro de servicios especializados de protección especial, MIES, de la ciudad de Ambato* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato, Ecuador.
- Bastida-González, R., Valdez-Medina, J. L., Valor-Segura, I., Fuentes, N. I., & Rivera-Aragón, S. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 26 (1), 95-102.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125-146
- Beddoe, A., & Murphy, S. (2004). ¿La atención plena disminuye el estrés y fomenta la empatía entre los estudiantes de enfermería? *Journal of nursing education*, 43, 305-312.
- Belkic, K., Landsbergis, P., & Schnall, P. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk?. *Scandinavian journal of working environment health*, 85-128.
- Benito, M., Simón, M., Sánchez, A., & Matachana, M. (2005). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. España: McGraw-Hill.
- Bond et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42 (4), 676-688.
- Castrejón, J., Vargas, D., Juárez, Y., & Zepeda, L. (2015). Tiempo dedicado al sueño en población mexicana. Características asociadas. *Estudios de antropología biológica*, 17 (2), 75-86.
- Código Civil del Ecuador. (2005). Ecuador.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24, 385- 396.
- Colin, A., & Capitant, H. (2011). *Derecho civil: introducción, personas, estado civil, incapaces*. México: Editorial jurídica universitaria S.A.

- Constitucion de la Republica del Ecuador. (2008). Ecuador.
- Cruz-Pérez, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(4), 1310- 1325.
- Davey et al. (2016). The effects of stress-tension on depression and anxiety symptoms: evidence from a novel twin modelling analysis. *Psychological medicine*, 46(15), 3213-3218.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). París.
- Del Barrio, M., & Domenech, A. (1993). Ruptura Matrimonial y Salud Mental: Variables psicosociales asociadas en el caso de la mujer. *Aprendizaje, revista de psicología social*, 8(1), 33-46.
- Díaz, C. (1985). El ciclo del divorcio en la vida familiar. *Revista Terapia Familiar*(15), 3-9.
- Fernandes de Araújo, L., Inmaculada, T., & Bermúdez, M. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 33 (3), 257-276.
- Fine et al. (2018). Examining predictors of help-seeking behaviours in patients with mood and anxiety symptoms. *Psychiatry research*, 265, 190–197.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2011). Estado mundial de la infancia 2011-Resumen ejecutivo: La adolescencia una época de oportunidades. Obtenido de <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/fullreport.php>
- García, T., & Solsona, M. (2011). El divorcio como nudo biográfico. Una revisión de la literatura reciente desde la perspectiva de la vulnerabilidad postdivorcio . *Documents d'Anàlisi geogràfica*, 57 (1), 105-126.
- Ghaffarzadeh, S., & Hassan, N. (2012). The Consequences of divorce on individual, family and society. *Life science journal*, 9 (4), 281-285.
- Glick, I., Berman, E., Clarkin, J., & Rait, D. (2001). *Marital and family therapy*. (4th. ed ed.). Arlington: American Psychiatric Press.
- Gottman, J. (1999). *The seven principles for making marriage work*. New York: Crown Publishers.
- Guedea, E., Astiz, E., Fernández, A., & Cortés, M. (2011). Enfermedad psiquiátrica en atención primaria. *Medicine-programa de formación médica continuada acreditado*, 10(85), 5759-5765.
- Gutierrez, B. (2017). Estres laboral en profesionales de industria de manufactura. España.
- Gutiérrez, J. (2010). *Prevalencia de alteraciones mentales: depresión y ansiedad, en la población salvadoreña. Estado de la salud mental*. (tesis de pregrado). Universidad Tecnológica. El Salvador
- Guyton, A., & Hall, J. (2008). *Tratado de fisiología médica*. Barcelona: Editorial Elsevier.

- Hasanvandi, S., Valizade, M., Honarmand, M., & Mohammadesmaeel, F. (2013). Effectiveness of stress management on mental health of divorced women. *Procedia-Social and behavioral sciences*, 84, 1559-1564.
- Hauser, S., Allen, J., & Golden, E. (2006). *Out of the woods: Tales of resilient teens*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35 (4), 639-665.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 1–25 .
- Hughes, M., Waite, L., Hawkey, L., & Cacioppo, J. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys. *research in aging*, 26 (6), 655-672.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). *El número de divorcios en Ecuador creció 119,1% en diez años*. Obtenido el 12 de Octubre de 2017, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-numero-de-divorcios-en-ecuador-crecio-1191-en-diez-anos/>
- Ivancevich, J., & Matteson, M. (1989). *Estrés y trabajo (2ª ed.)*. México: Trillas.
- Jarne, A., & Talarn, A. (2000). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Kalmijn, M. (2017). The ambiguous link between marriage and health: a dynamic reanalysis of loss and gain effects. *Social forces*, 95 (4), 1607-1636.
- Kalmijn, M., & Broese Van Groenou, M. (2015). Differential effects of divorce on social integration. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22 (4), 455-476.
- Kalmijn, M., & Uunk, W. (2007). Regional value differences in Europe and the social consequences of divorce: A test of the stigmatization hypothesis. *social science research*, 36 (2), 447-468.
- Kashdan, T. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30 (7), 865-878.
- Keys, A., Fidanza, F., Karvonen, M., N, K., & Taylor, H. (1972). Indexes of relative weight and obesity. *Journal of chronic diseases*, 329-343.
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., & Löwe, B. (2009). An ultrabrief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4.
- Leopold, T. (2018). Gender Differences in the Consequences of Divorce: A Study of Multiple Outcomes. *Demography*, 1-29.
- Lesme, D. (2016). *Parentalidad y divorcio, (des) encuentros en la familia latinoamericana*. Costa Rica: ALFEPSI Editorial.

- Levin et al. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of contextual behavioral science*, 3(3), 155-163.
- Liu et al. (2018). Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Therapeutics and clinical risk management*, 14, 441-451.
- López, A. (2008). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. Mexico: UNAM.
- Maganto, C. (2004). *La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo*. San Sebastián: Universidad del país Vasco.
- Marsiglia, G. (2010). Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1 159 pacientes. *Gaceta Médica de Caracas*, 118(1), 03-10.
- Masuda, A., Mandavia, A., & Tully, E. C. (2014). The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian American Journal of Psychology*, 5(3), 230.
- Matud, M., Guerrero, K., & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- McQuade, R., & Young, A. (2000). Future therapeutic targets in mood disorders: the glucocorticoid receptor. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 390-395.
- Meltzer et al. (2013). Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(1), 5-13.
- Metsä-Simola, N., & Martikainen, P. (2013). Divorce and changes in the prevalence of psychotropic medication use: a register-based longitudinal study among middle-aged finns. *Social science & medicine*, 94, 71-80.
- Montemayor, V., Moreno, J., & González, A. (2014). Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos. *Psicología y salud*, 16(1), 79-85.
- Moratto, N., Zapata, J., & Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología*, 8(2), 103-121.
- Morejón, A., & García-Boveda, R. (1994). RULS: Escala de soledad UCLA revisada. Fiabilidad y validez de una versión española. *Revista de psicología de la salud*, 45-54.
- Munist et al. (1998). *Manual de Identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Obtenido de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>
- Naseem, K. (2018). Job Stress, Happiness and Life Satisfaction: The moderating role of emotional intelligence empirical study in telecommunication sector Pakistan. *Journal of social sciences*, 4(1), 7-14.

- Olmedilla, A., Ortega, E., & Madrid, J. (2008). Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte*, 8(31), 224-243 .
- OMS. (1948). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Obtenido de: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Obtenido de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- OMS. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenido de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- OMS. (2012). *Depresión*. Obtenido de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (2013). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud [PAHO]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Punset, E. (2007). *El viaje al amor: las nuevas claves científicas*. Bogota: Ediciones Destino.
- Real Academia Española [RAE]. (Junio de 2018). *Diccionario esencial de la lengua española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=LnOUwtU>
- Reca, I. (1993). *La familia chilena en los noventa, documentos de trabajo N 27*. Santiago: SERNAM.
- Reca, I., & Tijoux, M. (1996). *Familias nucleares pobres: vulnerabilidad y fortalezas. informe de estudio cualitativo*. Santiago: SERNAM.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a european spanish version of the perceived stress scale (PSS). *The spanish journal of psychology* , 9 (1), 86-93.
- Roales-Nieto et al. (2016). Flexibilidad psicológica y autoabandono del tabaco. *International journal of psychology and psychological therapy*, 111-130.
- Rojas, M. (1994). *La pareja rota - familia, crisis y superación*. Valencia, España: ESPASA.
- Robles, A. (2003). *Dinámica de la Familia: un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax México.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L., & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(9), 191-201.
- Rosales-Ricardo et al. (2017). Actividad física y salud en docentes. Una revisión. *Apuntes. medicina de l'Espor*, 159-166.
- Ruisoto, P., Libertad-Vaca, S., Jiménez, M., Ramírez, R., & Espinosa, J. (2015). Análisis de

- variables psicológicas asociadas a la salud y productividad en la universidad. *Alternativas*, 16 (1), 46-54.
- Ruíz, F., Langer, A., Luciano, C., Cangas, A., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological in exhibity: the spanish version of the acceptance and action questionnaire-II. *Psicothema*, 25 (1), 123-129.
- Rutter, M. (2013). Annual research review: resilience—clinical implications. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(4), 474-487.
- Salazar, C. (2015). *Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del hospital nacional dos de mayo. Lima-Perú. Julio 2015-diciembre 2015* (tesis pregrado). Universidad privada ricardo palma. Lima-Perú.
- Salazar, M., Molina, J., Muñoz, C., & Bautista, T. (2011). Calidad de vida y actividad física en estudiantes, docentes y administrativos de una universidad de Bogotá. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 11(1), 19-37.
- Sánchez-Aragon, R., & Retana-Franco, B. (2013). Evaluación tridimensional del duelo Amoroso en México. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación-e avaliação Psicológica*, 2 (36), 49-69.
- Sbarra, D. (2015). Divorce and health: Current trends and future directions. *Psychosomatic medicine*, 77 (3), 227-236.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill.
- Simó- Noguera, C., Hernández-Monleón, A., Muñoz-Rodriguez, D., & González-Sanjuán, M. (2015). The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151 (1), 141-165.
- Smith et al. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200.
- Stickley, A., & Koyanagi, A. (2018). Physical multimorbidity and loneliness: A population-based study. *PloS one*, 13(1).
- Tapia, Y. R., & González, M. G. (2017). Psicoterapia y crecimiento postraumático en el contexto del divorcio y separación. *Salud & Sociedad*, 7 (3), 320-330.
- Teguo et al. (2016). Feelings of loneliness and living alone as predictors of mortality in the elderly: the PAQUID study. *Psychosomatic medicine*, 78(8), 904-909.
- Tejedor, A. (2012). *El síndrome de alienación parental: una forma de maltrato*. Madrid: Editorial EOS.
- Touriño, R., Baena, E., Benitez, N., Abelleria, C., & Fernandez, J. (2010). *Evaluación Familiar en Rehabilitación*. Valladolid : FEARP.
- Vaca, S., Bustamante, B., Jiménez, M., Ruisoto, P., & Pineda, N. (2015). *Identificación de la Distribución del Consumo Problemático de Sustancias y otros indicadores de Salud*

- Mental en una Comunidad Universitaria del Ecuador - Estudio Piloto del CONSEP.*
Loja-Ecuador: EDILOJA.
- Valeria, C. (2002). *El concepto de salud mental en psicología existencial humanística 2.*
Buenos Aires: Paído.
- Velarde, C., Fragua, S., & García, J. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN-Medicina de familia*, 42(3), 177-183.
- Villegas, M., & Mallor, P. (2017). *Parejas a la carta*. Barcelona: HERDER.
- Waugh, C., & Koster, E. (2015). A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical Psychology Review*, 41, 49-60.
- Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122 (1-2), 86–95.
- Yárnöz-Yaben, S. (2008). La Evaluación desde la teoría del apego: El lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. *Psimática*, 95-162
- Yu et al. (2006). Relationship between depression symptoms and stress in occupational populations. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi = Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi = Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 24(3), 129-133.
- Zafra, A., Toro, E., & Garrido, J. (2008). Relaciones entre depresión, ejercicio físico y variables sociodemográficas: un estudio correlacional en una muestra de mujeres. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 3(2), 215-228.
- Zamora, M. L., Nieto-Morales, C., Hernando, S., & Torres, M. (2016). *Guía de Intervención Familiar en casos de separación, divorcio y protección de menores*. Madrid: DYKINSON, S.L.
- Zicavo, N. (2010). *Crianza Compartida: síndrome de alienación parental*. México: Trillas.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- Zimmerman, M., McDermut, W., & Mattia, J. (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1337–1340.

ANEXOS

Anexo1. Encuesta Sociodemográfica

Variables sociodemográficas

Marque con una X según corresponda.

1. Sexo

- Masculino
- Femenino

2. Edad:(años)

3. Peso: (libras)

4. Altura: (cm)

5. En un día normal ¿Cuántas horas dedica a dormir?.....

6. ¿Generalmente al despertar se siente descansado?

- Sí
- No

7. En un día normal ¿Cuántas horas dedica a trabajar o cumplir sus obligaciones?.....

8. En un día normal ¿Cuántas horas dedica a actividades de ocio no obligatorias?.....

9. En relación con su actividad física la mayor parte de los días,

- Es inferior a 30 minutos al día.
- Es superior a 30 minutos al día, de intensidad moderada (ej. caminar a paso rápido, bailar, jardinería, tareas domésticas...).
- Superior a 30 minutos al día, de intensidad alta (ej. salir a correr, salir a la montaña, salidas en bicicletas, aerobio, natación, practicar deportes competitivos...)

10. La mayor parte del día ¿suele comer verduras o al menos 5 frutas?

- Sí
- No, pero considero mi dieta, en general, saludable.
- No, pero considero mi dieta, en general, no es saludable

11. ¿Le han prescrito algún medicamento por problemas psicológicos y/o emocionales en los últimos 30 días?

- Sí
- No

12. ¿Le ha dicho algún médico si padece alguna de las siguientes enfermedades?

Ansiedad

Depresión

Anexo 2. Patient Questionnaire (PHQ-4)

Patient Questionnaire (PHQ-4)

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido nervioso, ansioso o al límite?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido incapaz de parar o controlar tus preocupaciones?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas has sentido poco interés o placer al hacer cosas?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido decaído, deprimido o desesperanzado?	0	1	2	3	4

Anexo 3. Perceived Stress Scale (PSS-14)

Perceived Stress Scale (PSS-14)

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo 4. Brief Resilience Scale (BRS)

Brief Resilience Scale (BRS)

	Totalmente de acuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles.	0	1	2	3	4
2. Lo paso mal superando situaciones estresantes	0	1	2	3	4
3. No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante	0	1	2	3	4
4. Para mí es difícil recuperarme cuando algo malo sucede.	0	1	2	3	4
5. Normalmente paso momentos difíciles sin gran problema	0	1	2	3	4
6. Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones en mi vida	0	1	2	3	4

Anexo 5. UCLA Loneliness Scale Revised-Short

UCLA Loneliness Scale Revised-Short

	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia siente que echa en falta tener compañía?	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se siente dejado de lado?	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se siente aislado?	1	2	3	4

Anexo 6. Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

Avoidance and Action Questionnaire (AAQ-7)

	Nunca	Muy rara vez	Rara vez	Algunas veces	Frecuen temente	Casi siempre	Siempre
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir	1	2	3	4	5	6	7