



**Universidad de Jaén**

Escuela de Doctorado

## **TESIS DOCTORAL**



# **Cultura del honor y exclusión social de madres solteras en Marruecos: Repercusiones emocionales y psicológicas**

**PRESENTADA POR:**

**El Ghoudani, Karima**

**DIRIGIDA POR:**

**Lopez Zafra, Esther**

**JAÉN, Septiembre 2018**

**ISBN**

**“Si quieren conocer el nivel de desarrollo y evolución de un país, observen la  
condición de la mujer en ese país”**

*(TAHAR BEN JELLOUN)*

**A mi madre Zoubida. Te echo de menos.**

**A mi niño Ilyas, mi marido Hamid y mi familia.**

## AGRADECIMIENTOS

*“Caminante, no hay camino, se hace camino al andar”*. Sabias palabras de Antonio Machado. Un camino que solo he podido recorrer y hacer gracias al apoyo de muchas personas que confiaron en mí y me prestaron todo apoyo y dedicación para poder seguir adelante. Por lo que hoy me gustaría comenzar expresándoles mi más sincero agradecimiento.

De forma muy especial, quiero dejar constancia de mi agradecimiento a la Dra. Esther López Zafra, quien me inició en este campo de estudio, transmitiéndome sus ganas de trabajar, y persistencia. Le agradezco su continuo e incondicional apoyo desde el inicio hasta la culminación de la presente tesis, mostrando su completa disposición, dedicación y fe en mis competencias. Gracias Esther por todo ello, y por hacer posible este trabajo.

Al igual que le presento el mismo reconocimiento al Dr. Francisco Morales Domínguez, por su incesante confianza en este propósito hasta su alcance. Y a la UNED de Madrid que me ha ofrecido igualmente la posibilidad de desarrollar mis competencias en investigación abriendo las puertas de sus centros docentes y permitiéndome participar en sus ciclos formativos y de investigación. Tal dedicación a la continua mejora de las bases competenciales en materia de investigación académica se merece un agradecimiento especial.

Igualmente he de agradecer a Dr. Benaissa Zarhbouch y Dr. Smail Alaoui así como a la Universidad Sidi Mohammed Ben Abdelah de Fez, y Laboratorio de Ciencias Cognitivas (LASCO) por hacer de mí participe en su trabajo de investigación, permitiéndome ampliar

mis conocimientos acerca de las metodologías y procesos de investigación recurrentes en el ámbito marroquí.

A todo el personal docente y catedrático de la Universidad de Jaén su incesante apoyo desde el debut de mi carrera universitaria años atrás, hasta hoy en día. Estando siempre predispuestos a la colaboración y sustento de los distintos proyectos en los que tuve el honor de ser participe.

He de reconocer mi agradecimiento y admiración hacia las asociaciones y organizaciones de protección y apoyo a las madres solteras en Marruecos, por su incesante labor de preservación y lucha por los derechos y libertades de las mujeres, al igual que las facilidades proporcionadas para realizar mi trabajo de la mejor forma posible.

Al igual, he de presentar mí más sentido aprecio y reconocimiento a todas y cada una de las mujeres y madres solteras, por su valentía y coraje en lo que obran en su día a día al igual que por su compromiso y participación en la elaboración de este trabajo.

En segundo lugar, y sin restarles importancia, mi marido Hamid y mi hijo Ilyas, se merecen que les agradezca su esfuerzo y apoyo, tanto emocional como material, perdonando siempre mi ausencia, sacrificándose en todo momento para que se haga realidad lo que en un comienzo solo fue un sueño.

A mis familiares, siempre presentes y dedicados, he de agradecerles su ayuda y predisposición en los momentos más difíciles, siendo su único afán que yo logre alcanzar mi objetivo y traspasar los desafíos que éste ha ido presentando.

En último lugar, estas pocas líneas no podrán nunca reflejar lo que quisiera agradecer a quienes a pesar de su repentina ausencia han sido y siguen siendo la absoluta motivación en cada instante dedicado a este trabajo.

Gracias a todos y todas, por haber aguantado mi malhumor y mi estrés; con todo corazón, ¡MUCHAS GRACIAS!

## ÍNDICE

### Preámbulo

Introducción.....	10
Introduction.....	14

### CAPÍTULO 1. SITUACIÓN DE LA MUJER EN MARRUECOS

1.1. Introducción.....	19
1.2. Situación de las madres solteras en Marruecos.....	32
1.2.1. Las madres solteras en el marco legislativo.....	35
1.2.2. El perfil de las madres solteras en Marruecos.....	36
1.3. Situación de las madres solteras en Marruecos a través del análisis de historias de vida: estudio cualitativo.....	41
1.4. Situación de las madres solteras en España.....	58

### CAPÍTULO 2. CULTURA DE HONOR

2.1. Cultura de honor.....	62
2.1.1. Estudio de la cultura de honor desde la psicología social.....	66
2.1.2. El concepto de honor en Marruecos y en la sociedades Árabes.....	77

### CAPÍTULO 3. EXCLUSIÓN SOCIAL

3.1. Definición de la exclusión social: orígenes y evolución.....	82
3.1.1. Medición de la exclusión social.....	92
3.2. La exclusión social desde una perspectiva psicosocial.....	96
3.2.1. Efectos producidos por el rechazo y la exclusión.....	103
3.3. la madre soltera ante el honor y el rechazo.....	109

## CAPÍTULO 4. VARIABLES EMOCIONALES, PSICOLOGICAS Y SOCIALES

4.1. Ansiedad y depresión.....	112
4.1.1. Ansiedad.....	112
4.1.2. Depresión.....	118
4.2. Inteligencia emocional.....	128
4.2.1. Conceptualización.....	130
4.2.2. Inteligencia emocional y diferencias de género.....	130
4.2.3. Inteligencia emocional y variables intrapersonales.....	135
4.2.4. Inteligencia emocional y las relaciones interpersonales.....	137
4.3. Autoestima.....	143
4.3.1. Conceptualización.....	145
4.3.2. Implicaciones de la autoestima.....	145
4.3.3. La relación entre autoestima y variables de salud psicológica.....	153
4.4. Estrategias de afrontamiento.....	154
4.4.1. Conceptualización.....	160
4.4.2. Las estrategias de afrontamiento en relación con salud física y Psicológica.....	161 168
4.4.3. Las estrategias de afrontamiento ante el rechazo.....	174

## CAPÍTULO 5. OBJETIVOS Y METODOLOGIA DEL ESTUDIO

5.1. Objetivos e hipótesis del estudio.....	180
5.2. Estudio piloto para la adaptación y validación de las escalas al árabe.	187
5.2.1. Estudio piloto.....	192
5.3. Estudio.....	214
5.3.1. Método.....	214
5.3.2. Instrumentos	220



## CAPÍTULO 6. RESULTADOS

6.1. Diseño y análisis estadístico.....	234
6.2. Características del grupo de interés (Marruecos).....	235
6.3. Características del grupo de comparación (España).....	243
6.4. Resultados.....	250

## CAPÍTULO 7.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	304
DISCUSION ET CONCLUSION .....	331

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	358
---------------------------------	-----

## ANEXOS.....

Anexo 1.....	410
Anexo 2.....	431

## **INTRODUCCION.**

La situación de “Madre soltera”, lejos de ser cuantitativamente insignificante, es aún un tema tabú en la sociedad marroquí que, hasta hoy en día, sigue inculcando una imagen muy negativa de ellas. Esto se debe fundamentalmente, al predominio aún de un orden social patriarcal que otorga una gran importancia al honor. Estas mujeres son rechazadas y repudiadas de sus familias y de la sociedad en nombre del honor y la religión y sufren casi siempre en silencio las consecuencias de este rechazo.

El presente trabajo de investigación es el resultado de la inquietud por contribuir al avance en la protección de estas mujeres que son víctimas de la estigmatización y la discriminación social, y surge de la convicción de que, para llegar a solucionar el problema, es necesario indagar y conocer los procesos que lo subyacen.

De ahí creemos que para analizar este tema hemos, en primer lugar, definir y analizar las características y las implicaciones de la cultura de honor en la sociedad en general, en los países Árabes y en Marruecos en particular, y en segundo lugar, posicionar el tema en el entorno donde se produce, con sus modalidades de expresión y su relación con la concepción del honor y exclusión social así como su posición ante la legislación marroquí. Finalmente, para proveer de un marco más concreto, analizamos también el impacto de estos conceptos en la salud y bienestar de las mujeres madres solas e examinamos las posibles variables sociales, emocionales y psicológicas implicadas en el tema.

Además, con el objetivo de establecer un marco de reflexión y comparación, tenemos en cuenta también como segundo país a España dado que sus índices de igualdad son mejores que en Marruecos considerando, dentro de su estrategia como país, el avance en la

igualdad de género y, en teoría, su nivel de cultura de honor es algo menor que en Marruecos. Además, al incluir un grupo control pretendemos no solo comparar sino también conocer (aunque no sea el principal objetivo) el nivel de exclusión que sufren las mujeres españolas debido a la maternidad sola. Podría pensarse que es un tema socialmente superado, pero no ha sido nunca científicamente contrastado, de ahí su interés.

Para lograr estos objetivos, el trabajo se ha estructurado en siete capítulos, los cuatro primeros contienen la revisión teórica conceptual, clave para comprender la propuesta, y los tres siguientes corresponden al trabajo empírico.

El primer capítulo realiza un recorrido por la situación de la mujer en Marruecos considerando diferentes aspectos, entre ellos, la historia y evolución de su estado y situación, y su lucha por la emancipación, que ha conocido un progreso paulatino, empezando desde la creación de los primeros movimientos feministas y asociaciones, las principales modificaciones y adaptaciones del código de la familia (Moudawana), hasta las iniciativas y planes del gobierno actual para asegurar una mayor equidad. También realizamos una lectura de los principales datos sobre la alta incidencia de la discriminación de las mujeres en Marruecos. Luego pasamos a abordar la situación de las madres solteras en Marruecos, como un ejemplo claro de la discriminación inducida por razones culturales como es la cultura de honor, definiendo las características de su perfil tanto desde el marco legislativo a través de una lectura de los artículos de ley que regulan su estatus, como social y socio demográfico basándose en la información y datos ofrecidos por las asociaciones que trabajan en atención a este colectivo. Y para una mejor comprensión de la situación de las madres solteras en Marruecos, y para poder delimitar las posibles variables y procesos implicados, optamos por realizar un primer estudio cualitativo a través del análisis de 11

historias de vida publicadas en la literatura, y que son narradas y transcritas con las mismas expresiones realizadas por las madres. Para terminar, presentamos una lectura de la situación de las madres solteras en España (grupo de comparación).

El segundo capítulo se ha centrado en el estudio del concepto de cultura de honor, abordándolo primero desde la antropología y la sociología y luego desde la psicología social, ofreciendo una amplia definición del concepto, señalando sus principales características, los aspectos que marcan la diferencia entre sociedades y países con alta o baja cultura de honor, y sus implicaciones psicológicas y sociales, como es el caso de la violencia de género. Para concluir, pasamos a describir las características de la cultura de honor en Marruecos y las sociedades árabes, puesto que su cultura está arraigada a tradiciones musulmanas, y por tanto, comparten una conceptualización de honor específica para esta área, donde el honor sigue constituyendo un valor fundamental, que se manifiesta principalmente en la conducta sexual.

En el tercer capítulo se ofrece en primer lugar, una definición del concepto de exclusión, sus orígenes y evolución así como los principales instrumentos utilizados para su medición. Luego, pasamos a abordar el estudio de la exclusión social desde la psicología social, determinando sus principales características y componentes, describiendo los diferentes paradigmas utilizados para su estudio, y explicando sus principales repercusiones y efectos sobre la salud psicológica. Por último, analizamos como las madres solteras, en culturas con alta cultura de honor, suelen ser víctimas de rechazo y exclusión social, y como este último influye sobre su salud psicológica.

El capítulo cuatro contiene una amplia revisión teórica de las variables emocionales, cognitivas y psicológicas consideradas en el presente trabajo. En primer lugar se ofrece una

definición y conceptualización de la ansiedad y la depresión como variables de salud psicológica, enfatizando sobre todo como la maternidad en solitario repercute sobre ellas. Posteriormente, pasamos a describir las variables emocionales (la inteligencia emocional y la autoestima) y cognitivas (las estrategias de afrontamiento), y determinar sus implicaciones y sus relaciones tanto con la exclusión social como con la salud psicológica.

El quinto capítulo se dedica a la presentación del estudio, esto es, los objetivos e hipótesis del trabajo, la descripción de las participantes de ambas muestras, el procedimiento utilizado en ambas muestras, los instrumentos de evaluación, así como el estudio piloto realizado para la adaptación y validación de las escalas al árabe (procedimiento y resultados).

En el sexto capítulo se exponen los resultados obtenidos en el presente trabajo en función de cada hipótesis y el grupo de pertenencia.

El séptimo capítulo se dedica a la discusión de los resultados del trabajo realizado y sus aportaciones, además se exponen las limitaciones del mismo así como propuestas para investigaciones futuras.

Por último, consideramos necesario precisar que esta tesis se enmarca en los derechos humanos, en la igualdad, en la protección de las mujeres que sufren especialmente la exclusión, la discriminación y la violencia. Además, se analiza en un país que está dando pasos importantes en este sentido, pero que todavía debe reconocer aún más las realidades existentes para poder hacer frente a ellas. Por tanto, consideramos que también está en la línea de la estrategia local, regional y nacional de Marruecos.

## **INTRODUCTION.**

La situation de «mère célibataire», loin d'être quantitativement insignifiante, reste un sujet tabou dans la société marocaine qui, à ce jour-là, continue d'en inculquer une image très négative. Ceci est fondamentalement dû à la prédominance d'un ordre social patriarcal qui donne une grande importance à l'honneur. Ces femmes sont rejetées et répudiées par leurs familles et par la société, au nom de l'honneur et de la religion et souffrent presque toujours en silence des conséquences de ce rejet.

Le présent travail de recherche est le résultat du souci de contribuer à l'amélioration de la protection de ces femmes victimes de la stigmatisation et de la discrimination sociale, aussi découle-t-il de la conviction que, la résolution du problème, nécessite une enquête et une connaissance des processus qui la sous-tendent.

Nous pensons donc que pour analyser cette question, nous devons tout d'abord définir et analyser les caractéristiques et les implications de la culture de l'honneur dans la société en général, dans les pays arabes et au Maroc en particulier. Ensuite, faut-il positionner le sujet dans l'environnement où il se produit, avec ses modes d'expression et sa relation avec la conception de l'honneur et de l'exclusion sociale ainsi que sa position devant la législation marocaine. Enfin, pour fournir un cadre plus concret, nous analysons également l'impact de ces concepts sur la santé et le bien-être des mères célibataires et nous examinons également les éventuelles variables sociales, émotionnelles et psychologiques impliquées dans ce problème.

En outre, dans le but d'établir un cadre de réflexion et de comparaison, nous considérons également l'Espagne comme deuxième pays puisque ses indices d'égalité sont

meilleurs que ceux du Maroc, considérant, au sein de sa stratégie comme pays, la progression de l'égalité des genres. Ajoutons qu'en théorie, leur niveau de culture d'honneur est un peu plus bas qu'au Maroc. De plus, en incluant un groupe de contrôle, nous avons non seulement l'intention de comparer deux groupes différents, mais aussi de savoir (même si ce n'est pas l'objectif principal) le niveau d'exclusion subie par les femmes espagnoles en raison de la maternité en célibat. On pourrait penser que c'est un sujet socialement dépassé, mais il n'a jamais été scientifiquement contrasté, d'où l'intérêt de son étude.

Pour atteindre ces objectifs, le travail a été structuré en sept chapitres, les quatre premiers contiennent une révision théorique des concepts clés pour comprendre la proposition et les trois chapitres suivants correspondent au travail empirique.

Le premier chapitre passe en revue la situation des femmes au Maroc en considérant différents aspects, y compris l'histoire, l'évolution de leur statut et de leur situation et leur lutte pour l'émancipation, qui a connu un progrès graduel, à partir de la création des premiers mouvements et associations féministes, les principales modifications et adaptations du code de la famille (Moudawana), jusqu'aux initiatives et plans du gouvernement actuel pour assurer une plus grande équité. Nous avons également effectué une lecture des principales données sur l'incidence élevée de la discrimination à l'égard des femmes au Maroc.

Nous avons ensuite abordé la situation des mères célibataires marocaines en particulier au Maroc, comme un exemple clair de la discrimination, induite justifiée par des raisons culturelles, telles que la culture comme celle de l'honneur. Nous avons ainsi défini les caractéristiques de leur profil, une fois à partir du cadre législatif, ceci à travers une lecture des articles de loi qui régissent leur statut, et une seconde fois à partir des

statistiques et indications sociales et démographiques fournies par les associations qui travaillent au sein de ce collectif et les institutions nationales des statistiques. Pour une meilleure compréhension de la situation des mères célibataires au Maroc et pour pouvoir délimiter les variables et les processus qui s'y rapportent, nous avons choisi de mener une première étude qualitative à travers l'analyse de 11 histoires de vie publiée dans la littérature, qui sont narrées et transcrites avec les mêmes expressions faites par les mères. Enfin nous présentons une lecture de la situation des mères célibataires en Espagne (groupe de comparaison).

Le deuxième chapitre porte sur l'étude du concept de culture de l'honneur, du point de vue de l'anthropologie et la sociologie d'abord, puis la psychologie sociale. Nous essayerons ainsi de donner une définition plus large du concept, en soulignant ses principales caractéristiques, les aspects qui font la différence entre les sociétés et les pays ayant une culture de l'honneur élevé ou faible et leurs implications psychologiques et sociales, comme est le cas de la violence du genre. En conclusion, nous continuons à décrire les caractéristiques de la culture de l'honneur au Maroc et dans les sociétés arabes, car leur culture est enracinée dans les traditions musulmanes et partagent donc une conceptualisation de l'honneur spécifique à cette région où l'honneur reste une valeur fondamentale, qui se manifeste principalement dans le comportement sexuel.

Dans le troisième chapitre, nous proposons, en premier lieu, une définition du concept d'exclusion, de ses origines et de son évolution, ainsi que les principaux instruments utilisés pour sa mesure. Ensuite, nous passons à l'étude de l'exclusion sociale de la psychologie sociale, en déterminant ses principales caractéristiques et composantes, en décrivant les différents paradigmes utilisés pour son étude et en expliquant ses principales



répercussions et effets sur la santé psychologique. Enfin, nous analysons comment les mères célibataires, dans les cultures à haut degré de culture d'honneur, sont souvent victimes de rejet et d'exclusion sociale et comment ces derniers influencent leur santé psychologique.

Le chapitre quatre propose un large examen théorique des variables émotionnelles, cognitives et psychologiques considérées dans le présent travail.

D'abord, une définition et une conceptualisation de l'anxiété et de la dépression en tant que variables de santé psychologique sont proposées, en insistant avant tout sur la façon dont la maternité en célibat est la cause. Postérieurement, nous passons à décrire les variables émotionnelles (intelligence émotionnelle et estime de soi) et les variables cognitives (stratégies d'adaptation) et déterminer leurs implications et relations avec l'exclusion sociale et la santé psychologique.

Le cinquième chapitre est consacré à la présentation de l'étude, à savoir, les objectifs et hypothèses de travail, la description des participantes des deux échantillons, la procédure utilisée dans les deux échantillons, les instruments d'évaluation, ainsi que l'étude pilote réalisée pour l'adaptation et validation des échelles en arabe (procédure et résultats).

Dans le sixième chapitre, on expose les résultats obtenus dans le présent travail selon les hypothèses formulées et selon le groupe d'appartenance.

Le septième chapitre est consacré à la discussion des résultats des travaux réalisés et de leurs contributions, ainsi que des limites de ceux-ci ainsi que des propositions pour de futures recherches.

Enfin, nous jugeons nécessaire de préciser que cette thèse s'inscrit dans le cadre des droits de l'homme, de l'égalité, de la protection des femmes qui souffrent notamment

d'exclusion, de discrimination et de violence. En outre, il est analysé dans un pays qui prend des mesures importantes dans ce sens, mais qui doit encore reconnaître davantage les réalités existant pour pouvoir y faire face. Par conséquent, nous considérons qu'il est également en ligne avec la stratégie locale, régionale et nationale du Maroc.

## **CAPÍTULO 1. SITUACIÓN SOCIAL DE LA MUJER EN MARRUECOS**

*“Por una sociedad que garantice a cada mujer y a cada niño sus derechos en un ambiente digno y responsable”. Este es el objetivo por el que luchan cada día las diferentes asociaciones que se han tomado la responsabilidad de defender el derecho de los niños que han nacido fuera del matrimonio y de sus madres.”* (Asociación INSAF)

### **1.1. INTRODUCCIÓN.**

En la historia de Marruecos, y desde la independencia hasta la fecha de hoy, la evolución del estado y la situación de las mujeres marroquíes ha conocido un progreso paulatino gracias a varios factores como el crecimiento económico, la apertura al exterior, la adhesión a los convenios internacionales y el progreso social relativo que ha experimentado el Estado. El descenso de la tasa de natalidad, el retroceso de la edad media en lo referente a contraer el primer matrimonio, el acceso a la educación, a la formación, y la incorporación de la mujer al mercado laboral atestiguan las significativas transformaciones sociales y culturales en la vida de las mujeres en este país (Ajaaouani, 2012).

El comienzo de la lucha por la emancipación de la mujer marroquí se remonta a los años setenta del siglo XX, cuando surgieron las primeras reivindicaciones y los primeros debates en torno al tema de los derechos de la mujer y, en particular, la revisión del Código de la Familia (Moudawana) (Benlabbah, 2008). Esto se produjo gracias a la apertura política que conoció Marruecos en esta época, y al contexto internacional favorable que se caracterizó por el anuncio de la década de la mujer, proclamado por las Naciones Unidas

(1976-1985) y la promulgación de la Convención sobre la lucha contra todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979).

En los años ochenta tuvo lugar el surgimiento de las primeras organizaciones de mujeres autónomas que comenzaron a aparecer como un grupo social, y en el año 1985 se creó la primera asociación de mujeres independientes (ADFM: Asociación Democrática de Mujeres de Marruecos, 1985) seguida por la Unión de la Acción Femenina (UAF, 1987), la Asociación Marroquí de Derechos de la Mujer (AMDF, 1992), la Liga de los Derechos de la Mujer Democrática (LDDF, 1993) y Jousour: Foro de Mujeres marroquíes en 1995 (González, 2015). A partir de este momento la cuestión de la emancipación de la mujer y la demanda de la igualdad y la democracia se ha planteado de forma independiente.

Otro punto de inflexión se produce a finales de los años noventa, creándose decenas de asociaciones feministas. Este período ha confirmado el fortalecimiento del movimiento, su diversidad y su amplia presencia en varios ámbitos de intervención (véase González, 2015 para una revisión). Estas organizaciones de mujeres han estado en el origen de los avances en la participación política de las mujeres y en favor de una mayor inclusión de las mujeres en las políticas y programas públicos y han impulsado importantes obras de reforma de las leyes. Asimismo, han sacado a la luz muchos temas tabúes, que han sido estrictamente tratados a nivel privado y de la familia, como es el caso de las madres solteras, el trabajo doméstico de las niñas, la violencia contra las mujeres (incluida la violencia doméstica), o el acoso sexual en el lugar de trabajo, entre otros, que han podido ser tratados en la escena pública y política, gracias a la movilización de estas organizaciones. Así, estas asociaciones abogan por la democracia, la justicia y la distribución de las responsabilidades dentro de la sociedad y la familia de una forma equitativa (Zirari, 2010).

La movilización de la sociedad civil y de las diferentes ONGs de mujeres, ha permitido iniciar importantes obras de reformas de ley, siendo la más importante la anteriormente mencionada reforma de la Moudawana (código de estatuto familiar) del 1993 que, aunque no llegó a alcanzar los objetivos esperados, asentó que el código dejara de ser intocable.

Dos años después, y tras la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Pekín (1995), los representantes de la sociedad civil (ONGs, movimientos de mujeres, de derechos humanos, expertos en temas de desarrollo y género) y del gobierno (representantes de todos los ministerios) marroquí redactaron el Plan d'Action pour l'Intégration des Femmes au Développement que ha sido financiado por el Banco Mundial y presentado desde la Secretaría de Estado para la Protección Social, la Familia y la Infancia (López, 2000).

El plan recoge las reivindicaciones históricas de los grupos feministas marroquíes y de derechos humanos, en torno a cuatro ejes principales: el refuerzo de los poderes de las mujeres, la educación, la salud reproductiva y la integración de la mujer en el desarrollo económico. Todo ello con el objetivo principal de mejorar estructuralmente la situación de las mujeres en el país.

Aunque el plan tocaba por igual los cuatro ámbitos, las reivindicaciones sobre educación y sanidad han sido aceptadas por todos los actores políticos; mientras que la reforma del ámbito jurídico es la que ha provocado mayor conflicto. La polémica se centró en el ámbito del refuerzo de poderes de las mujeres, en concreto, en la cuestión de la reforma de las leyes, y especialmente la Moudawana o código de estatuto familiar. Se intenta sacar del ámbito familiar las decisiones concernientes a la familia, para que sean reguladas conforme a bases igualitarias y por un juez. Así mismo, hay un intento de concienciar a la sociedad de la desigualdad y de sus efectos.

Aunque el plan tenía una gran red de apoyo que reunía a varias organizaciones femeninas de partidos de izquierda, asociaciones de derechos humanos y colectivos de artistas e intelectuales, ha tenido también una gran oposición por el partido islamista en el parlamento, junto con los partidos que forman la coalición en el gobierno, el Istiqlal y el USFP (Unión Socialista de Fuerzas Populares). Según ellos, las reformas van en contra de la Charía (Ley Islámica), de la familia y, por lo tanto, de la sociedad, legitimándose en una lectura del Islam que presentan como la única y verdadera, mientras que los defensores del plan defienden a su vez el Iyihad (juicio independiente sobre una cuestión teológica basándose en la interpretación de las escrituras) fomentado desde el Islam (López, 2000).

Además, el Rey Mohammed VI ha declarado en repetidas ocasiones que el desarrollo económico del país no podría lograrse sin la participación activa de las mujeres que implica la mejora de su estado: “¿Cómo puede esperarse poder garantizar paz y prosperidad a una sociedad mientras las mujeres, que constituyen la mitad de esa sociedad, ven sus derechos pisoteados?” (Discurso Mohammed VI, 1999). Confirmando así que los derechos de las mujeres constituyen una apuesta por la modernización y la democratización del estado.

Estos cambios junto con la sensibilización continua del gobierno y de los movimientos feministas, confirmaron la necesidad de asegurar una misma posición tanto para los hombres como para las mujeres en la esfera del desarrollo humano y social del país, y han hecho evidente la necesidad de adaptación de las leyes en general, y el código de la familia en particular a la nueva realidad social. El Código de la Familia (La Moudawana), a pesar de la reforma emprendida en 1993, consagraba el mismo modelo patriarcal, en cuyo seno las mujeres estaban limitadas a las meras funciones de reproducción, donde la poligamia, el repudio, la tutela matrimonial, la desigualdad sucesoria, los deberes de obediencia, etc. Se

practican con total normalidad. Un modelo que no encaja en una sociedad que está en proceso de cambio (Zirari, 2010).

En respuesta a las presiones y movilizaciones de los movimientos feministas y en un intento de establecer un equilibrio entre la modernización y las disposiciones de la doctrina malikí (escuela islámica aplicada en Marruecos), y bajo la supervisión de su Majestad el rey Mohammed VI, en el año 2004, tuvo lugar una nueva reforma del código de la familia, de una gran importancia y tendencia, llevada a cabo por un comité que por primera vez integra a las mujeres. Esta reforma del Código de Familia fue un momento importante en la historia de Marruecos, y ha sido considerada como un triunfo del movimiento feminista, que reivindicaba la eliminación de la discriminación sexual en la sociedad islámica (Benradi, 2006).

El nuevo código de la familia estableció un cambio importante en la conceptualización de las relaciones conyugales, que ha pasado de estar basado en un modelo de obediencia a un modelo de concertación, basado en el principio de la reciprocidad de los derechos y los deberes entre los cónyuges, así como favorece las formas negociadas para la resolución de los conflictos familiares (divorcio por mutuo acuerdo, mediación, etc.). La relación conyugal debe estar basada en la nueva libertad de una elección mutua entre iguales. Con esta nueva modificación de la Moudawana se pretende que las mujeres lleguen a ser ciudadanas con plenos derechos y deberes, dejando atrás un comportamiento conformista, que las relegaba a un colectivo de segundo nivel. El actual Código de Familia intenta eliminar los términos que degradaban a la mujer, tratando de mostrarse igualitario a la hora de conceder derechos y obligaciones, y otorgándole la misma categoría social que al hombre (Cobano- Delgado, 2008).

Sin embargo, no podemos obviar que aun existen determinados aspectos en el Código que mantienen a la mujer en situación de clara desventaja respecto al hombre. Los logros conseguidos a través de esta reforma, se han encontrado con numerosos obstáculos, que han hecho de su aplicación una difícil tarea. La fragilidad de la estructura social (analfabetismo, pobreza, éxodo rural y el acceso limitado a los recursos sociales básicos), así como el dominio de una cultura patriarcal basada en los estereotipos sexistas, creó una alta resistencia en la sociedad. Por tanto, el Estado, a través de sus instituciones, y para poder garantizar una aplicación eficaz de las reformas conseguidas, se ha visto ante la obligación de abrir nuevas perspectivas para afianzar una cultura basada en la equidad y la igualdad de género y erradicar todas las formas de discriminación basadas en el género (Benradi, 2006).

Así, en el año 2006, el gobierno marroquí a través de su Ministerio de Solidaridad, Mujer, la Familia y el Desarrollo Social ha desarrollado la Estrategia Nacional para la equidad y la igualdad de género mediante la integración del enfoque de género en las políticas y los programas de desarrollo (Secrétariat d'Etat Chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées, 2006). Y a partir del 2010 se centró, en sus diferentes programas, sobre la violencia contra las mujeres, a través del desarrollo de una serie de mecanismos y procedimientos en relación a la igualdad de género. Así como la creación de centros multidisciplinarios para ayudar a las mujeres en dificultad social, y fortalecer el esfuerzo de las asociaciones operativas en el campo de la lucha contra la violencia de género. En este contexto, un plan de acción para la igualdad y la potenciación de la mujer ha sido implementado por el gobierno desde un enfoque participativo y en consulta con la sociedad civil, investigadores y expertos en materia (Rapport de la Fédération de la Ligue Démocratique des Droits des Femmes, 2012).



La aprobación de la Constitución en julio de 2011 vino a consolidar estos logros y a crear nuevos desafíos para la promoción y protección de los derechos de las mujeres. En efecto, la Constitución de 2011 consagra la igualdad formal entre hombres y mujeres, prohíbe todas las formas de discriminación y anima a las autoridades a hacer todo lo posible para hacer estos derechos efectivos (Aguilar y Fernández Alles, 2012; Rapport du Conseil Economique et Social, 2012).

En el año 2012, el gobierno presentó el plan ICRAM (Initiative Concertée pour le Renforcement des Acquis des Marocaines- ICRAM) para la igualdad 2012-2016 (PGE). Este plan tuvo como objetivo cumplir los principios y compromisos adoptados en el marco de la Constitución en materia de igualdad, la equidad y la paridad. El plan ICRAM se fundamenta en los principios normativos de la Constitución 2011, aspirando a una nueva construcción de las relaciones sociales entre mujeres y hombres, asegurar la participación justa y equitativa en el diseño y seguimiento de las políticas y los programas de desarrollo en las diferentes áreas, y la distribución equitativa y igualable de las prestaciones y beneficios de esta participación (Guide ITEG, 2014).

En la misma línea, y gracias a la continua lucha incansable de las organizaciones, los movimientos feministas y la sociedad civil, el consejo de gobierno aprueba en abril de 2016 el Proyecto de Ley 103-13 sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres, redactado conjuntamente por el Ministerio de Solidaridad, Mujer, Familia y Desarrollo Social y el Ministerio de Justicia y Libertades, siendo el primer proyecto de ley sobre violencia contra las mujeres que logra ser aprobado por el Consejo de Gobierno, y solo hasta el 14 de febrero 2018 es cuando llega a ser aprobado también por la cámara de representantes con una mayoría absoluta.

Este proyecto de ley introduce nuevos delitos y aumenta las penas existentes en los casos de violencia conyugal o familiar. También propone nuevas medidas para proteger a las supervivientes de violencia, tanto durante los procedimientos judiciales como una vez concluidos, y establece nuevos organismos para coordinar y complementar las medidas judiciales y gubernamentales para combatir la violencia contra las mujeres.

No obstante, las diferentes organizaciones afirman que el proyecto de ley tiene muchas lagunas, y que aún conserva muchos estereotipos de género despectivos, y por tanto requiere modificaciones sustanciales para poder proteger de manera efectiva a las mujeres y niñas de la violencia y la discriminación, y para cumplir las obligaciones internacionales contraídas por Marruecos en materia de derechos humanos.

En particular, el proyecto de ley no reconoce que el género es un concepto dictado por la sociedad y, en cambio, vincula a las mujeres y niñas con sus papeles estereotipados asignados en razón del género como esposas y madres, especialmente con respecto a la violencia. Este sesgo se refleja en la insuficiente protección que se concede a las mujeres y niñas que quedan fuera de los estereotipos asignados a cada género, puesto que no se definen nuevos delitos para otras categorías de mujeres que son vulnerables de forma desproporcionada a la violencia, como las mujeres y niñas migrantes, las mujeres y niñas con hijos fuera del matrimonio y las mujeres y niñas con discapacidad, siendo la mayoría de los delitos de nueva introducción los centrados solo en la protección de las mujeres casadas o divorciadas (Informe Amnistía, 2016).

Además, este proyecto de ley tampoco revoca las disposiciones vigentes que toleran los llamados homicidios en nombre del “honor” al contemplar la reducción de condenas

para quienes agreden a cónyuges adúlteras o familiares que tienen un supuesto comportamiento sexual indebido. En concreto, el artículo 418 del Código Penal afirma que la agresión es “excusable” si se comete contra la cónyuge sorprendida en el acto de adulterio, mientras que el artículo 420 también afirma que la agresión y el homicidio sin premeditación cometido por un “cabeza de familia” (varón) que descubre una “actividad carnal ilícita” en el hogar es “excusable”. Otro anteproyecto de ley para modificar el Código Penal propone ampliar el artículo 420, del “cabeza de familia” a cualquier miembro de la familia.

En la misma línea, este proyecto de ley tampoco elimina otras disposiciones discriminatorias, de la legislación vigente, que se centra en el “honor”, la “moral” y la “respetabilidad” de las mujeres y niñas, e implícitamente en los de sus familias, a costa de su dignidad individual y su derecho a la integridad corporal y que hacen que la severidad de las sanciones por agresión sexual dependan del estado civil o la virginidad de la víctima. El artículo 488 del Código Penal, que actualmente prevé condenas más duras si la violación y el “atentado contra el pudor” tienen como resultado la pérdida de virginidad de la mujer, no se ha modificado en el proyecto de ley (Informe Amnistía, 2016). Por ello, los activistas de las asociaciones exclaman que definir la violencia sexual como un atentado contra el “honor”, la “reputación” o la “virginidad” de una persona, es discriminatorio y perpetúa los estereotipos, y alienta a culpabilizar a la víctima.

Como puede verse fácilmente, la mujer se encuentra en el centro de los desafíos de la sociedad, o sea en el centro del conflicto entre el discurso tradicional basado en la identidad y donde la religión juega un papel central, y el discurso moderno que defiende los valores democráticos y respeta los derechos humanos (Hilal y Vallejo-Peña, 2016). Por eso, los demócratas son más o menos conscientes de la importancia estratégica de la

emancipación de las mujeres, y los integristas intentan usar todas las medidas para frenar esa emancipación, que consideran excesiva para una sociedad que pretende ser musulmana (Benlabbah, 2008).

En resumen, Marruecos en los últimos 10 años está pasando por un proceso de cambio social y transición política a la vista de papeles y roles de género más equitativos, registrando unos avances significativos en materia de derechos humanos y derechos de la mujer (Batnitzky 2008; El khamsi, 2017; Hursh 2012). Una evolución que se ha caracterizado por grandes reformas a nivel institucional y legislativo; el lanzamiento de estrategias nacionales y sectoriales de integración por la igualdad de género y la adopción de medidas para aumentar la representación de las mujeres en las diferentes instituciones de toma de decisiones. Todo ello, permite un mayor empoderamiento de la mujer, tanto dentro de la familia como en la sociedad en general.

Sin embargo, y a pesar de todos estos intentos, y estas reformas, las mentalidades no han evolucionado al mismo ritmo (Hilal y Vallejo-Peña, 2016). Además, la sociedad marroquí se rige por una organización masculina, donde las familias son dirigidas por los miembros masculinos mayores y tienen una estructura ampliada, con personas de muchas generaciones viviendo juntas bajo el mismo techo (El Harras, 2006). Hasta hace unas décadas, la jerarquía social de hombres y mujeres en Marruecos se basaba también en una estricta dicotomía espacial basada en el género (Sadiqi y Ennaji, 2006): la calle y el mercado eran áreas públicas donde los hombres podían evolucionar, y la casa era el espacio privado donde las mujeres estaban confinadas (Belarbi, 1997).

Aunque el papel de las mujeres en Marruecos ha sufrido algunos cambios (Batnitzky 2008), y varias mujeres, especialmente en las zonas urbanas, han empezado a trabajar fuera del hogar, retrasando el matrimonio y teniendo menos hijos (Assaad y Zouari, 2003; Zirari,

2006), el estado y la situación de las mujeres marroquíes todavía están marcados por profundas desigualdades en comparación con los hombres. La función tradicional de las mujeres en el espacio privado sigue siendo destacada y valorada (Sadiqi y Ennaji, 2006) y la discriminación de la mujer sigue siendo una realidad que se refleja claramente en la falta de un marco legal que penalice la violencia de género, en la discriminación salarial, en las actividades femeninas no remuneradas, en el diferencial de los niveles de paro, entre otros (Ajaouani, 2012).

En definitiva, las mujeres en Marruecos, y a pesar de todos los avances y las iniciativas del estado, aún sufren diversas formas de violencia y marginación. La discriminación y la violencia contra las mujeres, en Marruecos, se expresa de diferentes formas (físico, verbal, psicológico,..) en diferentes ámbitos (privado, político, laboral...) y contra diferentes clases de mujeres (violadas, divorciadas, madres solteras, mujeres que ejercen la prostitución....). Uno de estos hechos, y en el que nos centramos en esta tesis, tiene que ver con la situación a la que se exponen las mujeres que se quedan embarazadas fuera del matrimonio, tal y como expondremos más adelante. A continuación presentamos datos concretos de los pocos estudios realizados en relación a estas discriminaciones.

El estudio efectuado en 2011 por la Alta Comisión de Planificación, un organismo gubernamental, reveló que el 62,8% de las mujeres afirmaron haber sufrido violencia psicológica, física, sexual o económica en el año previo a la encuesta. Además se mostró que el 55% de todos los actos de violencia han sido realizados por el marido de la víctima, y que la violencia fue denunciada en sólo el 3% de los casos, de los cuales sólo el 1,8% dio lugar a cargo formal. Este estudio, que sigue siendo la única encuesta de esta naturaleza realizada hasta la fecha, se basó en entrevistas con 8.300 mujeres marroquíes en todo el país.

Al igual, las estadísticas del Observatorio de la violencia contra la mujer que figura en su primer informe anual del año 2015 hablan mucho sobre el alcance de este fenómeno. El documento abarca el período 2013-2014 y es aún más relevante ya que se basa en particular en los datos de las celdas institucionales para la atención de las mujeres víctimas de la violencia, creadas por los Ministerios de Justicia y Salud, así como en los datos recopilados de los servicios de la Seguridad Nacional y la Gendarmería Real. Por lo tanto, las cifras del Departamento de Justicia y Libertades indican que el fenómeno de la violencia física contra la mujer ha aumentado entre 2013 y 2014 del 54.8% al 63.3%, un aumento del 8.33%. En este registro, los actos de violencia cometidos por hombres son del 88% en 2014, contra solo el 11,4% de violencia física ejercida por mujeres contra mujeres. El Departamento de Salud también ha confirmado el empeoramiento del fenómeno de las mujeres maltratadas físicamente. Los hospitales recibieron 12,218 casos en 2014, en comparación con 8,675 casos en 2013. El 75% de estos casos se registran en áreas urbanas, en comparación con el 25% en áreas rurales. Lo mismo puede decirse de la Dirección General de Seguridad Nacional (DGSN), cuyas cifras muestran un aumento del 1,8% en la violencia física contra las mujeres. El número de víctimas aumentó de 15,640 casos en 2013 a 15,865 en 2014. La violencia doméstica ha sido la más grande. La DGSN informó en 2014 cerca de 7.962 mujeres casadas víctimas de la violencia, contra 3.444 mujeres solteras y 2.039 mujeres divorciadas.

En la misma línea, el informe presentado el 20 de octubre de 2015 por el Consejo Nacional de los Derechos Humanos de Marruecos (CNDH) titulado “Situación de la Igualdad y la Paridad en Marruecos: preservación de los objetivos y finalidades de la Constitución”, confirma que más de 6,2 millones de mujeres marroquíes han sido víctimas de al menos una de las diferentes formas de violencia. Por otro lado, el número de matrimonios de menores

de edad, ha aumentado un 7% en 2004 frente al 13% de 2013, año en el que se celebraron en Marruecos 35.152 matrimonios de menores (niñas en el 99,7 % de casos), lo que supuso casi un 11,5 % de los casamientos celebrados en todo el país. La misma tendencia siguió la poligamia, ya que en 2010 cerca de un 43,41 % de peticiones de autorización de matrimonios polígamos fueron aceptados por los jueces.

En cuanto a los derechos sociales, culturales y económicos, el CNDH hace notar que las desigualdades entre hombres y mujeres siguen siendo importantes. En educación, el analfabetismo es de un 37% para las mujeres frente a un 25% en los hombres, siendo la diferencia aún mayor en el ámbito rural, 55% en mujeres frente a un 31% en hombres. En el empleo, la tasa de paro ha aumentado significativamente en el ámbito urbano siendo un 21,9 % en las mujeres frente a un 12,9% en los hombres.

Las desigualdades de género relevantes también están documentadas por el índice de brecha de género de 2017, que muestra que, con una puntuación de 0.598 (0 = desigualdad, 1 = igualdad), Marruecos ocupa el puesto 136 entre 144 países analizados en todo el mundo. La brecha entre hombres y mujeres es particularmente relevante con respecto a la participación y las oportunidades económicas de las mujeres en comparación con los hombres (puntuación de 0.39). Además, la presencia de mujeres en los niveles más altos de toma de decisiones políticas es muy baja (puntuación de 0,117) y la tasa de alfabetización es bastante inferior en las mujeres (60%) que en los hombres (81%) (Global Gender Gap Report, 2017).

Todos estos datos muestran que esta violencia y marginación producen una situación que, lejos de ser un estado de dolor transitorio, implica a menudo un estado de vulnerabilidad permanente que conlleva una serie de representaciones sociales que

transmiten una imagen negativa de la mujer, lo cual la mantiene en un estado de precariedad social permanente.

Por ello, Chafai (1998), plantea que la marginalización de las mujeres a menudo se percibe como una exclusión de las esferas de decisión familiar, social, económica, jurídica y política. Dicha exclusión se vive de una manera más o menos difícil en función de las normas sociales y culturales, así como del grado que estas influyen sobre el individuo. En un país árabe y musulmán como Marruecos, que se rige por un patriarcado que condena cualquier divergencia de las normas, son marginadas muchas clases de mujeres: las madres solteras, las divorciadas, las prisioneras, las empleadas de hogar, las mujeres violadas, etc. La marginación de las mujeres es aun más acentuada en estos países por la estrecha relación entre la mujer y el honor de sus familias.

Por otra parte, la falta de estudios y estadísticas exactas acentúa la gravedad del problema. Y, por tanto, las consecuencias y los efectos son adversos sobre ellas, sus familias y la sociedad en general.

## ***1.2. SITUACIÓN DE LAS MADRES SOLTERAS EN MARRUECOS.***

La situación de “Madre soltera”- objeto del presente estudio- que está lejos de ser cuantitativamente insignificante, refleja la dominancia y persistencia de una cultura patriarcal que contribuye a la estigmatización de las mujeres en general, y de las madres solteras en particular. Según la 16ª edición del informe 'State of The World's Mothers' (2015) ('Estado de las Madres en el mundo') de la ONG “Save The Children”, Marruecos se encuentra en el puesto número 125 de una lista de 179 países en los que ser madre es, en general, un riesgo, tanto a nivel físico como social. Uno de los riesgos esenciales de ser



mujer marroquí y soltera y tener un hijo es la *exclusión social*. La mujer que pasa por eso es expulsada de su comunidad, repudiada. El miedo a pasar por esa situación provoca abortos clandestinos, con graves riesgos para la salud, y abandono de bebés en cualquier lugar. Los datos, arrojan que cada día nacen alrededor de 100 niños fuera del matrimonio convencional; y así una cuarta parte de ellos son rechazados. Por otra parte, las que deciden seguir adelante y criar a su hijo se ven sometidas a un constante juicio social, y se encuentran con muchas dificultades para avanzar en su vida y ser independientes (Bousbaa, 2014).

En los últimos años se han producido algunas mejoras; por ejemplo, que desde 2004, con la Reforma del Código de la Familia, las madres pueden darles a sus hijos un apellido ficticio, que oculte el hecho de no tener o no conocer al padre. Así pueden evitar ser marcados con una X en su documento de identidad. Un pequeño paso que no es suficiente cuando aún por la ley son consideradas como delincuentes y por su comunidad aisladas socialmente (Fundación CODESPA, 2015). Esta situación de madre soltera es una realidad compartida, sin excepción, en todas las partes del reino, tanto en las localidades más conservadoras como en las más tolerantes (Cherkaoui, 2010). El estudio nacional comisionado por Insaf en 2010 sobre las madres solteras en Marruecos han identificado 27.200 mujeres jóvenes que, en 2009, tuvieron un hijo fuera del matrimonio, el 62% de ellos son menores de 26 años. Y en el mismo año, 8.760 niños fueron abandonados, 24 bebés al día, de los cuales el 38% o 3.329 niños, son niños ilegítimos. Estos niños se encontraron muertos de frío y de hambre o recogidos con fines de explotación futuras: la mendicidad, el servicio doméstico y la prostitución. Posteriormente, otro estudio efectuado por Santé sud y INSAF (2016) sobre la región de GRAN CASABLANCA en el intervalo entre 2004 y 2014, han

identificado 37.028 niños que han nacido fuera del matrimonio, donde 9.331 han sido abandonados, así mismo este estudio informa que una media de 2.531 niños/ niñas por año, son criados por sus madres en solitario.

En general, la sociedad marroquí inculca una imagen muy negativa de las madres solteras, debido al predominio aun de un orden social patriarcal que contribuye una gran importancia al honor, que criminaliza a las mujeres y tolera los abusos como la violación y el acoso sexual cometido por los hombres (Naamane-Guessous y Guessous, 2011; Bousbaa, 2017; Berwick y Near, 2017). Estas mujeres son consideradas como un ataque al honor de la familia y el orden social, ya que son mujeres que dieron a luz sin estar casadas.

Por tanto, consideramos que abordar este tema de “madres solteras”, es fundamental por varios motivos. En primer lugar, este trabajo va a contribuir al estudio de los procesos psicológicos y sociales que llevan a excluir a las mujeres y a culpabilizarlas en temas referentes al honor. Además, permitirá conocer el impacto que tiene esta exclusión social, que consideramos alta debida a la importancia otorgada a la Cultura de Honor (CH), sobre la salud y el bienestar psicológico de las madres solteras en la sociedad marroquí en concreto. Todo ello nos permitirá, en un futuro, poder establecer intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida, bienestar psicosocial y salud de estas mujeres.

Su impacto es sobre todo social, porque gracias a la visibilización de este problema, se pueden tomar medidas y realizar acciones conducentes a la resolución de un problema de derechos humanos y sociales, de mujeres que se ven excluidas de su entorno más cercano, normalmente por engaño.

Para entender mejor la situación y el estado de las madres solteras en Marruecos, consideramos de interés delimitar las características de su perfil.

### ***1.2.1. Las madres solteras en el marco legislativo.***

La legislación marroquí aborda la situación de "madre soltera" en dos áreas de la ley: el derecho penal, a través del artículo 490, que tipifica como delito el mantener relaciones sexuales fuera del matrimonio, y el código de familia (la Moudawana), que determina sus lazos y los del presunto padre en relación al hijo/a. Un análisis lógico y racional de la legislación, indica por tanto, disposiciones legales estrictas que probablemente se opondrán a la condena de la madre.

Esta sección del Código Penal, en realidad plantea muchos problemas: su potencial aplicación con arbitrariedad, subjetividad y discriminación en el enjuiciamiento de los hechos cometidos, sobre todo contra las mujeres, que, por embarazo, prueban una sexualidad fuera del matrimonio, mientras que el hombre puede escapar cuando él lo niega. Esta discriminación está en contra de los compromisos asumidos por Marruecos a la CEDAW y la Convención sobre los Derechos del Niño.

El estudio del código de la familia indica que en Marruecos la afiliación paternal no existe: la paternidad de un niño/a nacido/a en una relación de matrimonio se puede inferir, mientras que un niño/a nacido/a fuera del matrimonio indica que este último es ilegítimo, y no puede tener ninguna relación legal con su padre. Sin embargo, el artículo 147 establece la filiación hacia la madre, al dar a luz, por la admisión o por decisión judicial. La madre goza de ciertos derechos (custodia, nacionalidad, herencia) y asume responsabilidades respecto a su hijo natural', pero tiene que elegir un nombre de padre con el prefijo [abd] y un apellido de

los que se le propone, si bien podría darle su apellido si su padre o sus hermanos no se oponen. Por lo tanto, a pesar de los adelantos jurídicos importantes, la disposición de la Ley de estado civil, todavía muestra ser exigente y sesgada.

Aunque el ADN es una técnica que se introdujo para proporcionar evidencia de la afiliación al presunto padre del niño, no es una forma de demostrar su legitimidad. Además, de sus términos de implementación y su costo exorbitante para las "madres solteras", el ADN sigue sujeto de hecho, en su aplicación, a ciertas condiciones, como es la existencia de compromisos conocidos y aprobados en las respuestas y actitudes del padre biológico entre otros (Adnane, 2013).

En cualquier caso, y cualesquiera que sean las nuevas oportunidades que ofrecen la mejora de la legislación, es necesario hacer hincapié en paralelo, sobre la situación actual de las experiencias de madres solteras y la importante resistencia social a la que se enfrentan cada día.

### ***1.2.2. El perfil de las madres solteras en Marruecos.***

Es difícil de establecer con exactitud un perfil único de las madres solteras. Para elaborar este apartado nos basamos en las entrevistas realizadas en las asociaciones contactadas así como en los datos estadísticos publicados por dichas asociaciones.

Las asociaciones enfatizan que el perfil de las madres solteras ha evolucionado, ya que apenas hace una década, la gran mayoría de las madres eran campesinas o recientemente ciudadanas y analfabetas, mientras que últimamente también se da el caso de mujeres ciudadanas, con estudios secundarios y a veces universitarios. Basándonos en las estadísticas

ofrecidas por las diferentes asociaciones con las que hemos trabajado (100% Mamans, y los datos de la alta comisaria de plan (INSAF, 2012), enfatizamos diferentes perfiles en función de las siguientes variables categóricas:

- *Edades :*

Los datos ofrecidos revelan una alta tasa de madres solteras menores de edad. En los años 90, el 33% de las madres tenían menos de 20 años, y a partir del año 2000, la asociación Insaf confirma que las edades del 26% de las madres recibidas oscila entre los 14 y los 20 años. Y el 24,2% en la asociación Solidaridad femenina (ASF). Por tanto, encontramos que, la mayoría de las madres son menores y adolescentes y, por tanto, son inmaduras tanto a nivel psico-afectivo como obstétrico. La cohorte de mujeres que está en su alta plenitud sexual representa la gran parte de casos: Insaf encuentra que el 42% está entre los 21 y 26 años, ASF el 50,4% entre 21 y 30 años y la alta comisaria de plan, el 54% entre los 21 y 29 años. A partir de estas edades, las tasas bajan gradualmente. Nivel educativo:

Según el sondeo realizado por la alta comisaria de plan, el 71% de las madres solteras son analfabetas o solo han sido escolarizadas de 2 a 4 años. Tanto el INSAF como ASF confirman los mismos datos, en concreto, el 44% son analfabetas, 23% tienen un nivel de primaria, el 26 % de secundaria, y solo el 7% el bachiller o más.

Al no ser escolarizadas, estas jóvenes mujeres, han perdido la oportunidad de recibir una educación sexual oportuna para evitar el riesgo de un embarazo no deseado. Pero también se da el caso de jóvenes universitarias que han sido víctimas de su negligencia.

- *La profesión:*

Es notable que una gran proporción de las madres hayan trabajado en el ámbito de la limpieza. INSAF examina que el 45% son empleadas de hogar, y el 40% de las beneficiarias de ASF. La segunda categoría profesional está representada por las trabajadoras (obreras) (fábricas de textil, grandes almacenes etc.): el 31% según ACP, 27 % según INSAF y el 23% según ASF. Y después están las funcionarias y las estudiantes. Las desempleadas representan una sobre cinco según INSAF y una sobre cuatro según ASF, y en cuanto a las que ejercen la prostitución, INSAF solo encuentra un 2% y ASF 1,5%.

Por tanto, la mayoría de las madres pertenecen a una clase socio-económica baja. Una proporción significativa entre ellas mantienen a sus familias, según ACP el 38% de las madres trabajan para ayudar o mantener sus familias antes de los 15 años y el 50% entre los 15 y 20 años, lo que representa el 88%.

A la indigencia se suma el peso de una familia numerosa, el 56% de ellas pertenecen a familias constituidas por 8 o más personas, en la cual pocos miembros trabajan.

- *Estado civil:*

Las diferentes estadísticas enfatizan un predominio de madres solteras que no se han casado nunca antes: más del 80% de las beneficiarias de ASF. Las demás son viudas o divorciadas.

No es raro que una madre soltera haya tenido más de un embarazo ilegítimo, el 11% de las beneficiarias de INSAF han tenido uno o varios embarazos ilegítimos. Esta alta tasa de reincidencia es preocupante.

Según la ACP el 40% de las madres son huérfanas (26% de padre, 7% de madre y 7% de padre y madre). La muerte de uno de los padres o de los dos mete a las jóvenes en una situación de precariedad extrema y la debilita, ya que pierde sus repertorios y se quedan en manos de la clemencia de los demás.

- *Residencia antes del embarazo.*

En el caso de las empleadas de hogar, la mayoría de las madres vivían en casa de su empleador. Sin embargo, una vez que declaran su embarazo, la mayoría son expulsadas. Otras empleadas de hogar o trabajadoras de fábricas que suelen trabajar lejos de sus familias, compartían habitaciones con otras chicas de su pueblo en barrios marginales.

Muchas de ellas también cohabitan con hombres que, casi siempre, les habían prometido casamiento. Pero también es una manera de tener un techo cuando no pueden pagar un alquiler o cuando sus padres las echan al enterarse de su relación con un hombre o sobre todo, en el caso de las huérfanas o hijas de padres separados cuyo padrastro o madrastra no los tolera.

- *Los tipos de relaciones:*

En cuanto a la causa de estos embarazos ilegítimos, se atribuye a tres posibles tipos de relaciones:

Relaciones sexuales consentidas: hace referencia a todo tipo de relaciones donde la madre mantiene relaciones sexuales con su propia voluntad, y comprende relaciones de afecto con promesas de matrimonio, noviazgo oficial, noviazgo no oficial etc...

Relaciones sexuales forzadas: comprende todo tipo de relaciones sexuales mantenidas sin el consentimiento de la madre como es el caso del incesto o la violación.

Prostitución: son mujeres que ejercen la prostitución, y que se quedan embarazadas como consecuencia.

El equipo de la asociación Oum El Banin de Agadir (citado en Naaman-Guessous y Guessous, 2011) propone una categorización con seis perfiles diferentes.

- Las pequeñas empleadas de hogar.
- Las niñas o mujeres viudas o divorciadas, responsables de una familia y que trabajan fuera de su ciudad o pueblo.
- Niñas o mujeres con una relación de noviazgo oficiosa.
- Las estudiantes o alumnas de instituto.
- Las niñas adoptadas que, a la edad de la adolescencia, conocen la verdad y se hacen rebeldes.
- Las víctimas de incesto o de violación.

Por tanto, La vulnerabilidad de estas mujeres jóvenes es generalmente total y son las más expuestas a la marginalización y los riesgos de la calle. El abandono familiar, el vagabundeo y la imagen negativa de la sociedad son factores que agravan su situación, y por tanto sus necesidades de inserción es vital.



### **1.3. SITUACION DE LAS MADRES SOLTERAS EN MARRUECOS A TRAVES DEL ANALISIS DE HISTORIAS DE VIDA: ESTUDIO CUALITATIVO.**

Como comentamos anteriormente, el tema de la maternidad en solitario sigue siendo un tema tabú en la sociedad marroquí, de aquí que los estudios realizados con este colectivo, salvo los llevados a cabo por las asociaciones, son muy pocos, donde la mayoría se han realizado desde la sociología, e historias de vida publicadas en libros o periódicos, que solo nos permiten una descripción inicial de su perfil a nivel socio demográfico y judicial, sin abordar las posibles implicaciones psicológicas y sociales que puede tener.

Por tanto, con el objetivo de tener una visión más detallada de su situación y poder delimitar las variables y los procesos implicados, en el presente estudio, optamos por realizar un primer estudio cualitativo. Nos basamos en el análisis de contenido de una serie de historias de vida publicadas en la literatura, puesto que esta última es una herramienta que nos posibilita conocer realidades sociales desde los propios individuos a través de la narración que hacen de sus historias, lo que nos permite comprender fenómenos psicológicos y sociales (Cornejo, 2006). Además, el utilizar la técnica de análisis de contenido para su procesamiento nos permitirá sistematizar toda esa información de origen cualitativo (Krippendorff, 1990).

De este objetivo general se derivan una serie de objetivos específicos:

- Examinar la conceptualización y la importancia que otorgan las protagonistas a la cultura del honor.
- Examinar la percepción y la conceptualización que realizan las protagonistas de la situación de exclusión y rechazo social experimentado.

- Examinar las estrategias utilizadas por las protagonistas para afrontar su situación tras quedarse embarazadas.
- Examinar los índices de estabilidad emocional informados por las protagonistas.

## **Método**

### **Participantes:**

Para la selección de nuestra muestra, nos hemos basado en dos criterios: representatividad de la muestra y homogeneidad en el estilo narrativo. Para cumplir el criterio de representatividad se procuró seleccionar historias de vida de madres solteras representativas de todas las posibles causas de embarazo: violación, incesto y relación consentida en sus tres principales formas (compromiso, noviazgo informal y concubinato) (Naaman-Guessosse y Guessosse, 2011), y que las protagonistas procedan de diferentes zonas de Marruecos (ciudad-pueblo, norte-sur) y con diferentes niveles educativos. En cuanto al criterio de homogeneidad se ha procurado seleccionar historias que sean narradas y transcritas con las mismas palabras de las madres solteras protagonistas de la historia, y que el relato sea específico de esta parte específica de su vida (desde la etapa cuando se ha quedado embarazada hasta la crianza de su hijo).

De allí, y tras una primera revisión amplia de las historias de vida de madres solteras en Marruecos publicadas en la literatura, y atendiendo a los criterios antes establecidos, se han seleccionado 11 historias de vida, publicadas en 3 libros diferentes: Grossesse de la honte (Naamane Guessous y Guessouss, 2011); Miseria (Ech-chana 2010) y A hautes voix (Ech-chana, 2014).

Y puesto que no se puede analizar sin tener en cuenta el contexto, dado que las personas no son un dato sino un proceso (Ferrarotti, 2007), consideramos de interés comentar algo de las características de las mujeres protagonistas de estas historias de vida seleccionadas para este estudio (véase Tabla 1). Nuestras protagonistas son 11 madres solteras que se han quedado embarazadas fuera del matrimonio, con edades comprendidas entre los 14 a 38 años, con diferentes niveles educativos que va desde sin estudios (4 participantes) a licenciadas (1 participante), el 60% de ellas viven en ámbito rural, mientras que el 40% vive en grandes ciudades. Dos de las madres se han quedado embarazadas por violación, una por incesto, mientras que ocho de ellas ha sido por relación consentida.

Solo 3 de las 11 madres han denunciado a sus parejas para que reconozcan su afiliación al niño, siendo los padres de ellas, en todos los casos, quienes han llevado a cabo el proceso de denuncia; mientras que el resto se han mantenido en silencio.

Tabla 1. Características de las mujeres protagonistas en los relatos.

Nombre	Edad	Origen	Nivel educativo	Causa del embarazo	Denuncia
RAFEA	24	Tafraout (pueblo)	Bachiller /no trabajaba	Violación (ex prometido)	No
SAFIA	24	Fés	Licenciada y cursando otra licenciatura/ Estudiante	Relación consentida (concubinato) conviven	No
MERIEEM	38	Un pueblo de Taza	Sin estudios/ no trabajaba	Relación consentida con promesas de matrimonio (primo hermano)	Si, el padre
OUARDA	24	Sidi bennour	5° de primaria/ ex empleada de hogar a	Relación consentida con promesas de Matrimonio ( le ha	No, porque la familia no sabe

			la edad de 13 años	pedido la mano a su familia y después de quedarse embarazada desapareció)	nada del tema
ZAINA	24	Casablanca	6° de primaria/ obrera empresa de confección	Relación consentida/ informal (compañero de trabajo)	Si, la madre
AHLAM	31	Oujda	Primero de bachiller/ no trabajaba	Violación	No
ZAHRA	26	Región de Asfi	Sin especificar/ limpiadora en un banco	Relación consentida ( ex prometido) concubinato	No
FARIDA	16	Orfanato de casa blanca	Sin especificar	sin especificar	No
AMINA-LATEFA	15	Región de Eljadida	Sin especificar	Relación consentida (prometido)	Si, los padres
HANANE Y SAIDA (hermanas)	18 y 14	Laquliaa un pueblo de Agadir	Sin estudios/ empleadas de hogar	Incesto (padre)	Si, la madre/ 20 años de prisión, pero ha abandonado al bebe y la otra tuvo un aborto natural
Hafida	31	-----	Sin estudios/ obrera/ divorciada	Relación consentida/ novios informal	No

**Procedimiento:**

Como comentamos anteriormente, para el análisis de nuestro corpus documental, optamos por utilizar la técnica de análisis de contenido categorial. Esta técnica es

considerada como una técnica de interpretación y comprensión de textos de todo tipo de registro (escritos, orales, filmados, fotográficos, transcripciones de entrevistas y observaciones, etc...) teniendo en cuenta el contexto en el que se produce, permitiendo nos realizar análisis tanto cuantitativo como cualitativo (Krippendorff, 1990 y Bardin, 1977). Siendo su finalidad analítica primordial, la identificación y explicación de las representaciones cognoscitivas, que son las que otorgan el sentido a todo relato comunicativo (Bardin, 1996).

Existen varias clasificaciones de las técnicas de análisis de contenido, y en el presente estudio optamos por realizar un análisis de contenido de tipo categorial que funciona por operaciones de descomposición del texto en unidades, seguidas de clasificación de estas unidades en categorías, según agrupaciones analógicas (Fernández, 2002). La elección de los datos está justificada; de ahí la prioridad lógica de establecer los objetivos, que nos van a guiar también a la hora de crear las categorías.

Hemos realizado primero una revisión amplia de las historias de vida de madres solteras en Marruecos publicadas en la literatura, que nos ha permitido familiarizarnos con los documentos y extraer las orientaciones iniciales para la determinación de los objetivos y el posterior establecimiento de las categorías de interés y desde ahí la determinación de su contenido.

En nuestra investigación los códigos que se tuvieron en cuenta se pueden observar en la tabla 2, y el criterio de codificación optado es la presencia de las unidades de registro.

En cuanto a las Unidades de registro, no nos vamos a basar en palabras en concreto, más bien vamos a realizar un análisis semántico del discurso que llamaremos citas. Una cita

es un segmento de un documento primario que tiene interés o es importante para la investigación que estamos llevando a cabo. Las citas son segmentos de texto dotados de significados y que constituyen una primera reducción de los datos brutos (Muñoz, 2003). Dentro de cada categoría se establecieron sub-categorías que definen los componentes de cada constructo (Véase tabla 2).

Finalmente, para verificar la fiabilidad de la asignación de códigos a las citas, sobre la codificación ya realizada, otro investigador experto en análisis de contenido llevó a cabo el mismo proceso. Posteriormente, se llegó a un consenso entre ambas investigadoras quedando así codificado el texto (véase Anexo 1).

Tabla 2. Categorías de contenido codificadas y sus respectivos ejemplos de citas.

Categorías	Definición	Ejemplo de citas en el texto
<p>Cultura de honor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Legitimidad de uso de violencia</li> <li>- Sociedad y leyes en torno al honor</li> <li>- Honor individual</li> </ul>	<p>Conjunto de valores que va a guiar a la persona a comportarse de una manera honorable para evitar la deshonra, y conseguir el reconocimiento social. Siendo la el uso de la violencia una respuesta legitima para defender el honor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « ---il est persuadé que je suis sortie du droit chemin.. » « ..esta convencido de que he salido del camino correcto... “</li> <li>- « ..s'ils venaient à savoir ce qui m'est arrivé ils seraient capable de me tuer avec ma fille..” “.. si llegan a saber lo que me ha pasado, serian capaz de matarnos a mi y a mi hija...”</li> <li>- « ...j'ai appelé ma sœur qui m'a traitée de pute et raccrochée au nez.. », « .... He llamado a mi hermana que me ha tratado de puta y me ha colgado.. “</li> </ul>
<p>Exclusión y rechazo social :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Social</li> </ul>	<p>Una situación en la que una persona está sola o aislada por declaraciones explícitas o implícitas que no son apreciadas por otros y que no desean interactuar más</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «... Elle (sa mamans) a refusé de m'ouvrir la porte, elle m'a jeté ma carte d'identité nationale par la fenêtre et m'a dit de ne plus revenir ...» « ... Ella (su madre) no</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Material (económico)</li> </ul>	<p>con ellas o estar en su compañía, que se manifiesta a través de una o varias de las siguientes formas:</p> <p>percibir o tener dificultades económicas, tener dificultad en el acceso a los servicios sociales, limitaciones a la hora de relacionarse con los demás, y su rechazo de forma implícita</p>	<p>quiso abrirme la puerta, me ha tirado mi carnet de identidad por la ventana y me ha dicho de que no vuelva más..”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « ...qu’après l’accouchement, je me suis retrouvée à la rue ...» « ... despues de dar a luz, me he encontrado en la calle... »</li> </ul>
<p>Estrategias afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrategias de afrontamiento adaptativas</li> <li>- Resolución de problema, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social y expresión de emociones</li> </ul>	<p>Estos son "esfuerzos" cognitivos y conductuales que debe realizar una persona para gestionar las demandas externas (entorno y factores estresantes) o las demandas internas (estado emocional). Estas estrategias se pueden dividir en función de su adaptabilidad en estrategias adaptativas a la situación, o desadaptativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « ...je n'ai pas envie de raconter.. » « ... no tenia ganas de contar... »</li> <li>- « ..personne, en dehors de lui et moi n'était au courant de ma grossesse.. » « nadie, fuera de el y yo sabia de mi embarazo.. »</li> <li>- « ..je suis allée chez une tante à casablanca.. » « ...fui a la casa de una tia en casablanca.. »</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrategias de afrontamiento desadaptativas-</li> <li>- Pensamiento desiderativo, autocrítica, retirada social y evitación del problema.</li> </ul>		
<p>Estabilidad emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emociones positivas</li> <li>- Emociones negativas</li> </ul>	<p>El grado en que una persona tiene la habilidad de mantenerse estable y equilibrada emocionalmente o tiende a experimentar emociones negativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “--je me sens déchirée.. ». « .. me siento destrozada.. »</li> <li>- “..aujourd'hui , c'est tout le contraire, je suis devenue hyper réactive, a la moindre remarque j'explose .. » « ..hoy en dia, es todo lo contrario , me volví hiperactiva, a la menor observación me exploto..”</li> <li>- “...Cette confiance je l'ai acquis grâce aux atelier menés par la psychologue de l'association.. » « .. esta confianza la he adquirido gracias a los talleres que nos da la psicóloga de la asociación.. »</li> </ul>

## **Resultados:**

A continuación pasamos a realizar un análisis para ver las categorías que se encuentran más presentes en las historias analizadas. Ello lo hacemos a través del recuento de frecuencia y elaboración de proporciones.

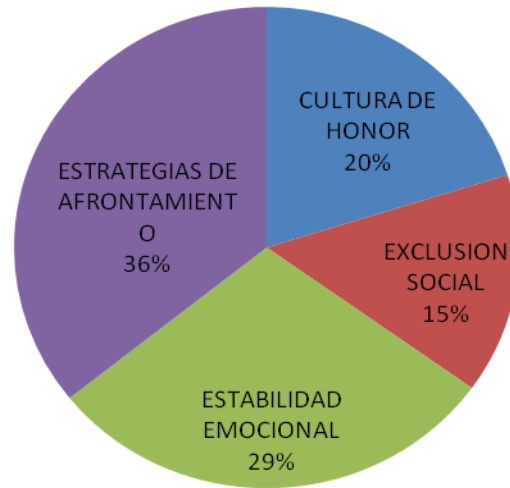
En primer lugar, analizamos las categorías que se encontraban en los textos y su porcentaje de asignación en el total de las historias analizadas. En la tabla 3 podemos observar que el constructo estrategias de afrontamiento es el que tiene mayor porcentaje de aparición, seguido por la estabilidad emocional, cultura de honor y por ultimo exclusión social.

Tabla 3. Número de frecuencias y porcentajes para cada uno de los constructos.

Categoría	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cultura de honor	72	20%
Exclusión social	53	15%
Estabilidad emocional	105	29%
Estrategias de afrontamiento	128	36%

Estos mismos datos van a ser representados en la gráfica 1.

## Frecuencia de presentación de cada constructo



Gráfica 1. Representación gráfica de las frecuencias y porcentajes para cada uno de los constructos de interés.

A continuación pasamos a examinar la construcción de cada constructo, a través del recuento de frecuencias y porcentajes de aparición de las categorías que lo componen. En la tabla 4 podemos observar que para las estrategias de afrontamiento, las adaptativas son las que tienen mayor frecuencia de aparición, con 27 citas para la estrategia resolución de problema, seguida por reestructuración cognitiva y búsqueda de apoyo social con un grado de repetición similar (20 y 19 citas respectivamente) y por ultimo expresión emocional con solo 5 citas.

Mientras que para las estrategias desadaptativas observamos que el pensamiento desiderativo es el que aparece con mayor frecuencia con 31 citas, seguido por retirada social (14 citas), evitación de problema (11 citas) y en mucho menor medida la autocrítica, (1 cita).

Está claro, que aunque la estrategia de pensamiento desiderativo se repite con mayor frecuencia en todas las historias analizadas, las protagonistas tienen mayor tendencia a citar sus estrategias adaptativas.

En cuanto a la estabilidad emocional, observamos que el número de citas de emociones negativas es mucho más superior a las citas de emociones positivas (90 vs 15 citas). Por lo que podemos concluir que las protagonistas expresan una alta emocionalidad negativa.

En cuanto a la cultura de honor, la categoría sociedad y leyes en torno al honor es la que aparece con mayor frecuencia (59 citas), seguido por legitimidad de uso de la violencia con 12 citas, y en solo una ocasión el honor individual. De modo que, todas las protagonistas se han recurrido a este componente de la cultura de honor a la hora de contar y explicar sus historias (véase tabla 5).

Respecto a la exclusión y rechazo social, observamos que las protagonistas enfatizan en mayor medida el componente social que el material (50 vs 3 citas), lo que refleja que es el componente que más les afecta.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de asignación para cada una de las categorías en las historias de vida trabajadas.

	Frecuencia	Porcentaje dentro de la categoría	Porcentaje dentro del total
Sociedad y leyes en torno al honor	59	82%	17%
Legitimidad del uso de la violencia	12	17%	3%
Honor individual	1	1%	0.1%
Exclusion social	50	95%	14%
Privación material	3	5%	1%
Emociones positivas	15	14%	4%
Emociones negativas	90	86%	25%
Estrategias de afrontamiento adaptativas	71	56%	20%
Estrategias de afrontamiento desadaptativas	57	44%	16%

Claramente podemos apreciar que, aunque de forma general predominan las estrategias de afrontamiento y la estabilidad emocional, está claro también que nuestras protagonistas perciben la exclusión social que viven y la cultura de honor como influyente en su situación.

En el análisis de cada historia por separado (Grafica 2), obtenemos el mismo patrón de respuesta. En todas las historias las protagonistas se centran mas en describir su emociones y como se han enfrentado a su situación de maternidad en solitario, pero sin olvidar de representar el rechazo y la exclusión social que han subido de su entorno y de la

sociedad en general. Un rechazo que esta encubierto y justificado por los valores y las leyes que conforman la cultura de honor.

Salvo en el caso de la historia de vida de las hermanas Hanane y Saida que se han centrado más en CH (14 citas), y creemos que esto se puede justificar en gran parte por la causa de embarazo (Incesto: padre), además observamos que en esta misma historia de vida, la protagonista expresan emociones negativas en mayor medida (10 citas).

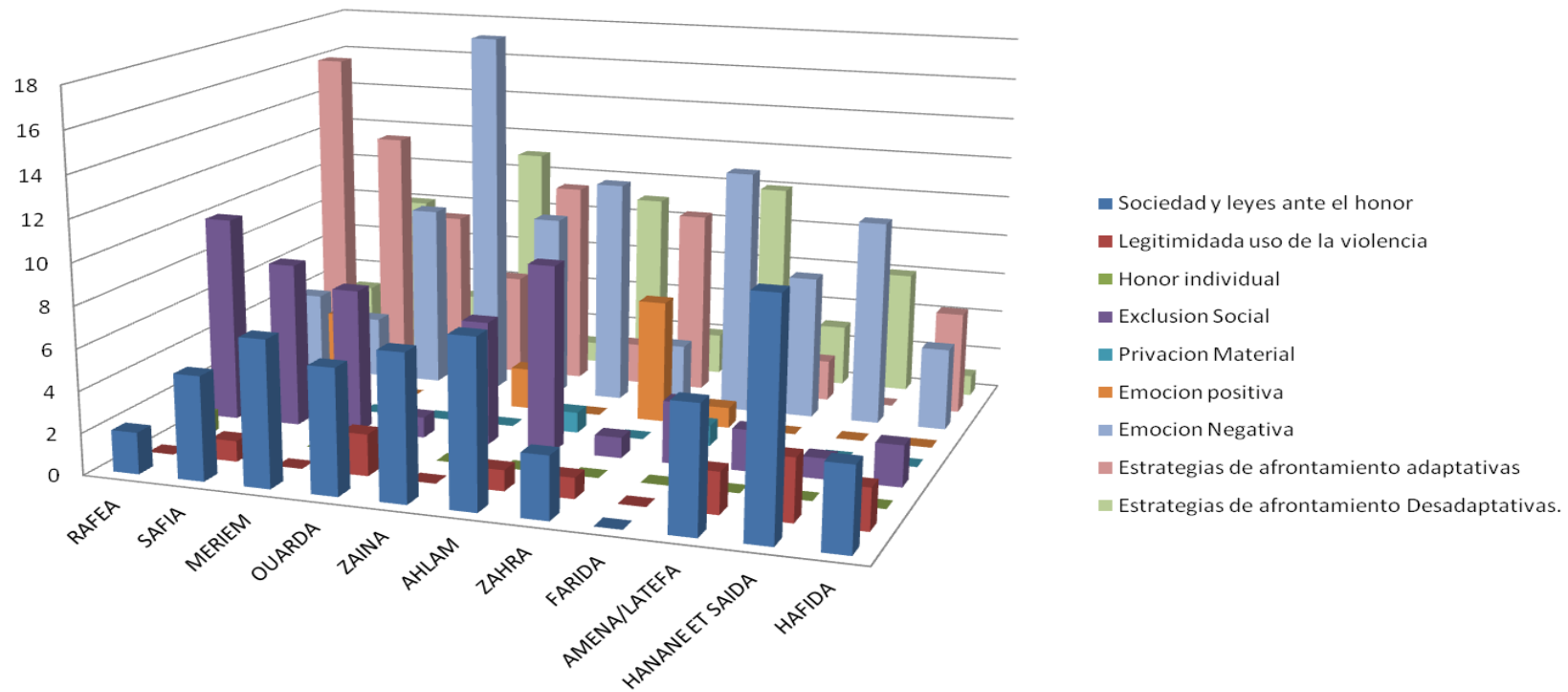
Asimismo, observamos que hay casos donde su estabilidad emocional, se ve más afectada que otras que utilizan unas estrategias de afrontamiento adaptativas, por ejemplo el caso de Ahlam y Rafea, que aunque las dos han sufrido una situación de violación, y las dos expresan que han sufrido mucha exclusión social (9 y 10 citas respectivamente), Rafea expresa menos emociones negativas y mas positivas, mientras que Ahlam expresa mas emociones negativas.

Por lo contrario, observamos, que en los casos donde las protagonistas se han quedado embarazadas por una relación consentida de concubinato son las que expresan mas emociones positivas (caso de Zahra y Safia) y utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas, además observamos que estas protagonistas no hacen mucha referencia a la Cultura de honor en su relato (4 y 6 citas respectivamente), lo que puede explicar en parte la causa de su embarazo.

Tala 5. Frecuencia de cada categoría por cada historia de vida.

Protagonistas	CULTURA DE HONOR			EXCLUSION Y RECHAZO SOCIAL		ESTABILIDAD EMOCIONAL		ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	
	Sociedad y leyes ante el honor	Legitimidad uso de la violencia	Honor individual	Exclusión Social	Privación Material	Emoción positiva	Emoción Negativa	Estrategias de afrontamiento adaptativas	Estrategias de afrontamiento desadaptativas.
RAFEA	2	0	1	10	0	2	4	16	3
SAFIA	5	1	0	8	1	4	3	12	8
MERIEM	7	0	0	7	0	0	9	8	3
OUARDA	6	2	0	1	0	0	18	5	11
ZAINA	7	0	0	6	0	2	9	10	1
AHLAM	8	1	0	9	1	0	11	2	9
ZAHRA	3	1	0	1	0	6	3	9	2
FARIDA	0	0	0	3	1	1	12	2	10
AMENA/LATEFA	6	2	0	2	0	0	7	2	3
HANANE ET SAIDA	11	3	0	1	0	0	10	0	6
HAFIDA	4	2	0	2	0	0	4	5	1
TOTAL	59	12	1	50	3	15	90	71	57

### Frecuencia de presentación de todas las categorías en cada historia



Gráfica 2. Representación gráfica de las frecuencias y porcentajes de las categorías para cada historia de vida.



## Discusión y conclusión.

Resumidamente, las variables consideradas en este estudio están todas presentes en las historias de vida analizadas, y las protagonistas recurren a estos constructos para describir y explicar, en gran parte, la situación de maternidad en solitario que viven. De ahí, podemos concluir que nuestros objetivos se han cumplido en su mayor parte, el análisis de las historias de vida nos ha permitido visionar la situación de la maternidad en solitario en Marruecos desde el punto de vista de las mismas protagonistas.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la exclusión social está presente en todas las historias, y la cultura de honor como la variable determinante de la misma. Además, podemos constatar claramente, que la baja estabilidad emocional se refleja explícitamente en todas las historias, y como la exclusión social sufrida (subida) produce en las protagonistas un alto nivel de estrés, al que todas intentan enfrentar utilizando distintas estrategias afrontamiento.

De esta primera aproximación podemos por tanto, concluir que la situación de madre sola en Marruecos tiene unas implicaciones psicosociales que afectan a su estabilidad emocional. Sin embargo, queremos profundizar en los aspectos psicosociales y poder analizar y comprender en mayor detalle la relación que se produce entre estas variables. Para ello, realizamos un estudio cuantitativo, basado en entrevistas estructuradas utilizando un cuestionario que recoge las diferentes escalas que miden las variables de interés, que en este primer análisis comprobamos su implicación en la explicación de la situación de maternidad en solitario en Marruecos.

Pero antes de pasar a describir el estudio realizado, consideramos de interés realizar un revisión teórica de todos los constructos analizados en este trabajo de investigación.

#### ***1.4. SITUACIÓN SOCIAL DE LAS MADRES SOLTERAS EN ESPAÑA.***

Puesto que vamos a analizar un grupo de madres solteras en España para poder realizar una comparativa respecto a su situación, como grupo control, es necesario que abordemos aunque sea de manera más breve, cuál es la situación real y legal de estas mujeres. En esta tesis consideramos que, a pesar de que España se sitúa también dentro de un marco de cultura de honor, su importancia en este sentido es mucho menor por lo que las consecuencias a nivel psicosocial serán menos graves.

En cuanto a los datos estadísticos, encontramos que el porcentaje de niños nacidos de madres solteras en España ha pasado del 2% de 1975 al 42,5% de 2014, (Castro y Seiz, 2014), siendo en 2015 el 45.53% hijos de españolas solteras por lo que se ha invertido la tendencia que había en el pasado (INE, 2017). Según el informe Foessa, el 58% de las mujeres que tuvieron hijos sin estar casadas en 2012 tenían pareja, mientras que las madres solas constituían el 42%, y un 16% del total de nacimientos. Además, solo el 6% son madres adolescentes, mientras que más de la mitad de estas mujeres tenían 30 o más años en el momento del nacimiento por lo que parece ser el fruto de una decisión meditada (Castro y Seiz, 2014).

Esta situación en España es común en los países occidentales donde la vida familiar ha experimentado un fuerte cambio en los últimos años. Se habla de diferentes modelos de hogar o de familias, donde se incluye la familia monoparental como aquella constituida por uno de los padres y los hijos. Según los datos estadísticos del Instituto Nacional de

Estadística (2017) el 82,7% del total (1.450.400) corresponden a familias de madres e hijos frente a 304.200 de padre con hijos. Estas familias son consecuencia de distintas situaciones como la separación o divorcio o bien por madres solteras que se enfrentan a su maternidad en soledad. Por tanto, en España podemos hablar de dos situaciones: maternidad sola involuntaria por circunstancias sociales o maternidad en soledad voluntariamente elegida cuya realidad es más amable (Hidalgo García et al. 2009).

En ambos casos, nos encontramos con asociaciones que ofrecen ayuda a las madres solas, pero con distinta orientación social y política. Las asociaciones también en España son un recurso de gran utilidad, ya que juegan un papel relevante en el cuidado y orientación de las madres solteras. Ya en casi todos los países podemos encontrar entidades de este tipo que facilitan información y asesoramiento y que sirven como punto de encuentro para que las madres en esta situación puedan compartir sus experiencias y aprender de las vivencias de las demás. En España se encuentran, por ejemplo: La Asociación Madres Solteras por Elección (MSPE); la Asociación de Solidaridad con Madres Solteras (ASMS); la Federación de Madres Solteras (FAMS); la Fundación de Familias Monoparentales Isadora Duncan. Además, también según los casos, el perfil de las madres solas es distinto, por tanto, nos centramos en las madres solas por situaciones involuntarias.

Los estudios disponibles coinciden en señalar que la mayoría de las mujeres a cargo de familias monomarentales tienen un nivel educativo bajo. Así, según los análisis de Flaquer, Almeda y Navarro-Varas, (2006), el Censo de Población de 2001 mostraba que el 55'76% de las madres que educan solas a sus hijos e hijas tenía estudios primarios o inferiores, mientras que un 25'78% había cursado estudios secundarios y sólo un 18'47% tenía estudios superiores. En cuanto a la incorporación al mercado laboral, se convierten en

las madres solas en supervivencia. La necesidad de compatibilizar las funciones de mantenimiento de hogar y el cuidado de sus hijos, disminuye su valor de mercado, reduciendo sus posibilidades y oportunidades en la inserción social afectando también a sus hijos/as (Mota, 2006). En España, se intenta hacer frente a esta situación con prestaciones sociales de los que son beneficiarios muchos hogares monomarentales (Informe FOESSA, 2014). Sin embargo, es insuficiente siendo el porcentaje de prestaciones sociales en España bajo en comparación con otros países de la Unión Europea (INE, 2004) por lo que cabe pensar en un nivel de cobertura bajo y poco eficiente de las necesidades de estas familias.

También destaca la juvenilización del colectivo de madres solas, que parece apuntar al crecimiento de los embarazos no deseados en adolescentes y mujeres jóvenes, y en consecuencia, a la constitución de núcleos monoparentales en una situación de precariedad bastante importante (Mota, 2006). En resumen, el perfil de madres solas en España presentan indicadores educativos, laborales y económicos de una significativa precariedad que, de hecho, sitúa a un porcentaje importante de estas familias en una situación de notable pobreza y, por tanto, de exclusión social.

Morgado, González y Jiménez, (2003) observan que esta situación se agrava, no solo por la cuestión económica sino también por otros desafíos a los que estas mujeres se enfrentan en su vida diaria que hacen que estas mujeres perciban su situación de madres solas como una sobrecarga de roles, el cuidado y la educación de sus hijos e hijas, pero sobre todo destacan los problemas de índole emocional, especialmente los estados de depresión y los problemas de ansiedad y angustia. Sin embargo, también es destacable el papel de las redes de apoyo social con las que cuenta una persona puesto que puede funcionar como un factor de protección que amortigua los efectos directos e indirectos de los acontecimientos

vitales estresantes, facilitando la adaptación y afrontamiento ante éstos (Gómez, Pérez y Vila, 2001). Los estudios señalan que este apoyo suele venir de los abuelos y/o amistades y no de las ex-parejas (Malo, 1994) que son más bien una fuente de conflicto. Otras fuentes de apoyo informal son los Servicios sociales, en 2004 en España, un 23% de las madres solas acudían a los Servicios Sociales para hacer frente a las necesidades y problemas (tanto económicos y laborales como emocionales) a los que debían hacer frente, mientras que un 11.2% había recurrido a los Servicios de Atención a Mujeres, un 2% a asociaciones de mujeres, y un 2% a Cáritas (Morgado, et al., 2003).

En cualquier caso, lo que se comprueba es que la maternidad en solitario conlleva una mayor vulnerabilidad relativa de las mujeres (Laparra y Pérez, 2008), que deben hacer frente a problemas de tipo social y económico derivado de su situación familiar en la que además, se las considera más responsables, produciendo una feminización de la pobreza (Pearce, 1989) referido a los cambios en la composición de la población pobre y el aumento de la proporción de mujeres en esta situación de pobreza. Esta tendencia es consecuencia de los cambios en las estructuras familiares, en particular el aumento de los hogares monoparentales encabezados por mujeres y la falta de apoyo por parte del gobierno a estas, lo que limita el impacto de las políticas sociales contra la pobreza femenina. En España, esta feminización de la pobreza es un síntoma de exclusión social que se produce fundamentalmente en las madres solas por la deprivación material, pero que también implica otros aspectos relacionados con la exclusión social.

## **CAPÍTULO 2. CULTURA DE HONOR**

Como ya se ha comentado en el capítulo anterior, las madres solteras, en una sociedad patriarcal como es la marroquí, son consideradas como una ofensa al honor. Por tanto, creemos conveniente en el presente capítulo, abordar el concepto de cultura de honor (CH), sus orígenes, las principales teorías al respecto y sus implicaciones, tanto de forma general así como su especificidad a nivel de los países árabes.

### ***2.1. CULTURA DE HONOR.***

En los países occidentales, las feministas han luchado sistemáticamente por la igualdad entre el hombre y la mujer, pero se puede decir que el avance más rápido hacia la igualdad se produce a partir de los años 70, época en la que este movimiento ha comenzado a ver su influencia traducida en prácticas como acceso de la mujer a la universidad, al mercado laboral, difusión de la píldora anticonceptiva, etc. (Gartzia y Lopez-Zafra, 2014). Esta liberación ha transformado también las relaciones de pareja y la situación de la mujer en el ámbito doméstico. Cada vez van quedando más lejanos los tiempos en los que la mujer vivía en sumisión, dependencia y protectoría del varón (padre, hermano, marido) (p. ej., carecer del derecho para abrir una cuenta corriente personal en un banco). En el plano simbólico, algo fundamental de esta liberación es que la mujer ha dejado de ser un supuesto objeto de propiedad del varón. Aunque sin duda queda mucho camino por andar, cabe decir que hoy por hoy en occidente la liberación de la mujer es un hecho social indiscutible. Sin

embargo, siguen manteniendo múltiples inequidades y se observa también un efecto de los condicionantes sociales (i.e. crisis económica) que hace que la igualdad sea un fenómeno complejo (Gartzia, y Lopez-Zafra, 2016). Entre los elementos que limitan y obstaculizan el desarrollo y la integración de la mujer en la sociedad se encuentran los valores de la cultura del honor (CH), (Pérez, Páez y Navarro, 2001). La cultura de honor, además, influye fuertemente en las diferencias en términos de igualdad que existen entre países observándose peores indicadores de igualdad en países que otorgan mayor importancia a la cultura de honor (Lopez-Zafra y Rodriguez, 2014).

Para entender sus implicaciones en género es importante señalar qué se entiende por cultura de honor (CH). En general, es un concepto que genera un gran debate por su carácter negativo, cuando el honor socialmente se evalúa de manera positiva. El Honor se ha definido en términos de lo que se ha denominado la "teoría del bipartito de honor" (Stewart, 1994): El honor es la propia valía en sus propios ojos y ante los ojos de los demás (Pitt-Rivers, 1965, 1968, 1977). Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en su 23 edición (2014) por honor (del latín honos- oris) se entiende:

*“cualidad moral que lleva al cumplimiento de los propios deberes respecto del prójimo y de uno mismo. Gloria o buena reputación que sigue a la virtud, al mérito o a las acciones heroicas, la cual trasciende a las familias, personas y acciones mismas de quien se la granjea. Honestidad y recato en las mujeres, y buena opinión que se granjean con estas virtudes”.*

Según estas acepciones de la definición, el honor es algo individual que una persona adquiere mediante su conducta y que es reconocido por los demás, pero además engloba un sentido social y grupal por lo que el honor en algunas ocasiones también deriva del grupo

social al que uno pertenece y uno puede mantener o no esas conductas honorables que harán que siga en el grupo o bien que sea expulsado (Lopez-Zafra, 2007, p. 4). El sentido interno de honor (es decir, una preocupación por el honor), es el que va a guiar a la persona a comportarse de una manera honorable para evitar la deshonra, y conseguir el reconocimiento social.

En cierto sentido, las culturas de todo el mundo varían en la importancia que tiene la construcción de honor. Sin embargo, la definición de honor es consistente en todas las culturas. En casi todas, el valor de posición de honor se define como un comportamiento virtuoso, buen carácter moral, integridad y altruismo, y el ideal de esto es para los hombres, así como las mujeres (Lopez-Zafra, 2007b).

En algunas culturas, sin embargo, el honor lleva consigo un significado adicional social, como un tema alrededor del cual se organiza la vida más interpersonal. Estudiosos como Pitt-Rivers, (1966) han señalado dos definiciones del término. Además de la definición ampliamente compartida de honor como virtud, un segundo sentido del honor tiene que ver con el honor como el estado, prioridad, y la reputación, es decir, en un sentido social o de valoración del grupo. Se basa en una persona (generalmente un hombre) la fuerza y el poder para imponer su voluntad sobre los demás o para ordenar un tratamiento diferente (Nisbett y Cohen, 1996). De hecho, en algunas culturas, los códigos de honor son formales y codificados (como los países árabes), en otros (como el sur de Estados Unidos), las normas de honor tienden a ser más informal e implícita.

La Teoría sobre la Cultura de Honor viene a explicar cómo determinadas culturas consideran la violencia como un aprendizaje en el grupo, y justifican su uso como una



respuesta legítima para defender la propiedad y el entorno (Cohen, Nisbett, Bowdle y Schwarz, 1996, Lopez-Zafra, 2009). Esta idea llega a legitimarse, incluso a nivel legal y judicial, en varios países, donde se contemplan artículos de ley que defienden agresiones y situaciones relacionadas con el honor. Esta legitimización lleva a que estos aprendizajes se conviertan en una representación colectiva y un producto cultural, de una importancia indiscutible, que genera diferencias culturales en su manifestación (Lopez- Zafra, 2007a).

En resumen, el concepto de cultura de honor hace referencia al conjunto de normas culturales generadas por la historia, las leyes y la política social y que permiten la pena capital y el maltrato a mujeres y niños (Cohen, 1996), perpetuándose gracias a las interpretaciones que leyes y medios de comunicación hacen sobre actos relacionados con el honor (Cohen y Nisbett, 1997; Lopez-Zafra, 2007b).

El estudio de la cultura de honor ha suscitado el interés tanto de la antropología, sociología, así como de la psicología social. Su estudio desde la antropología cultural forma parte de una larga tradición en la sub disciplina de la antropología del Mediterráneo. La investigación etnográfica en el honor del Mediterráneo se inició en la década de 1950 con una serie de estudios en el sur de España, Grecia, Chipre, Egipto y Argelia, proporcionando una amplia documentación de los antecedentes y consecuencias de honor en las culturas de la región mediterránea, dando como resultado el volumen ya clásico editado por Peristiany (1965). El honor del Mediterráneo se centra en el mantenimiento de una buena reputación en general, y más específicamente en la reputación de la familia, la interdependencia social, y en códigos de honor masculino y femenino (Abu-Lughod, 1999; Adamopoulos, 1977; Brandes, 1980; Gilmore, 1987a, 1990, Gilmore y Gwynne, 1985; Jakubowska, 1989; Murphy, 1983; Peristiany, 1965, Pitt-Rivers, 1977; Schneider, 1971; Stewart, 1994; Vassiliou y

Vassiliou, 1973) siendo el Honor y la vergüenza los valores fundamentales de la sociedad mediterránea. Desde entonces, la investigación antropológica en el honor del Mediterráneo ha sido abundante y ha utilizado una variedad de enfoques metodológicos (por ejemplo, la observación participante, el uso de informantes locales, los análisis demográficos) para investigar el papel de honor en los sistemas de creencias, normas, tradiciones y las prácticas sociales de las culturas mediterráneas, tanto en zonas urbanas y rurales (véase, por ejemplo, Abu-Lughod, 1999; Gilmore, 1987; Murphy, 1983; Wikan, 1984).

### ***2.1.1 Estudio de la cultura de honor desde la Psicología Social.***

El estudio del honor desde la psicología social es relativamente reciente en su origen y ha tenido como objetivo principal el estudio de las reacciones emocionales que pueden estar justificadas por la defensa de algo propio. Los primeros trabajos que tratan este concepto como tal, se centran en analizar las reacciones emocionales en la defensa del honor masculino en la cultura del honor en el sur de los Estados Unidos (Cohen y Nisbett, 1994; Cohen, Nisbett, Bowdle y Schwarz, 1996; Nisbett y Cohen, 1996). Estos autores explican como el honor masculino (es decir, dureza, fortaleza, protección de la reputación) desempeña un papel esencial en la explicación de las reacciones agresivas en el sur de los Estados Unidos, siendo los hombres del sur, los más propensos a ponerse más enojados, físicamente excitados y agresivos cuando son insultados, que los hombres del norte.

Hoy en día, hay un creciente número de trabajos que asumen el concepto del honor como central en sus explicaciones para comparar reacciones ante ofensas en distintas culturas (Vandello y Cohen, 2008, 2003), y dentro de la propia cultura (Pérez et al., 2001), encontrándose variación entre e intra culturas en la concepción del honor. En general, la mayoría de los trabajos realizados se basan en análisis cualitativos sobre hechos violentos

(Nisbett, 1993) y su interpretación en distintas culturas (Cohen et al., 1996) o experimentos sobre emociones, es decir, respuestas emocionales ante situaciones que pueden implicar una ofensa al honor (Cohen, Vandello y Rantilla, 1998; Rodríguez, Mansted y Fischer, 2002a; Van Osch, Breugelmans, Zeelenberg y Bölük, 2013); demostrando como la adhesión a las normas de honor puede afectar las reacciones emocionales. En concreto, se ha demostrado que las personas con una fuerte preocupación por el honor reaccionan con más enojo después de ser insultadas que las personas con una baja preocupación por el honor (Ijzerman, van Dijk y Galucci, 2007; Rodríguez Mosquera, Fischer, Manstead, y Zaalberg, 2008). De aquí se deduce que existen diferencias actitudinales que pueden estar relacionadas con el concepto de honor (Cohen et al., 1998) y que, a pesar de los cambios sociales, esta cultura de honor se perpetúa (Vandello y Cohen, 2004). El poder de esta cultura de honor puede ser tan fuerte que se ha encontrado recientemente su vinculación con una mayor tasa de suicidios en culturas de honor de Estados Unidos (Crowder y Kemmelmeier, 2017).

En cuanto a la expresión de una mayor o menor cultura del honor, son varios los estudios transculturales donde se compara la importancia otorgada al honor entre diferentes países (Rodríguez Mosquera, Mansted y Fischer, 2002b; Vandello, Cohen y Ransom, 2008; Caffaro, Mulas y Schmidt, 2016); entre el sur y el norte de Estados Unidos (Vandello, et al., 2008) o diferentes colectivos de diferentes etnias en el mismo país. Este es el caso de los estudios de Rodríguez Mosquera et al. (2008) entre holandeses y magrebíes, y los estudios de Van Osch, Breugelmans, Zeelenberg y Bölük (2013) entre holandeses y turcos y más recientemente Caffaro et al. (2016) comparando Marruecos, Camerún e Italia. Estos estudios han encontrado diferencias entre países, e incluso entre zonas del mismo país

observándose, en general, que los países colectivistas presentan una mayor cultura del honor como son los países del mediterráneo (Campbell, 1965; Gilmore, 1990; Peristiany, 1965), latinos o sudamericanos (Johnson y Lipsett-Rivera, 1998), medio oriente y culturas árabes (Abu-Zeid y Peristiany, 1965; Antoun, 1968; Bourdieu, 1968; Gilmore, 1990), frente a los individualistas (e.g. Estados Unidos, con diferencias entre el sur, con una mayor cultura del honor, y el norte) (Lopez-Zafra, 2007b). En resumen, se observa una mayor incidencia de la cultura del honor en países poco industrializados o en vías de desarrollo donde el concepto de propiedad se extiende no solo a la tierra, sino también hacia las personas.

La diferencia entre las culturas de honor con otras que podemos denominar cultura de no honor descansa en la saliencia y centralidad que estos temas del honor tienen sobre la interacción social cotidiana. Así, La mayor parte de las investigaciones sustentan que las culturas del Mediterráneo (países que poseen mayor cultura del honor) comparten una comprensión de honor que le es específico para esta área geográfica (véase, Gilmore, 1982, 1987a) donde el honor es una forma de colectivismo basado en la imagen social o la reputación (Abu-Lughod, 1999; Gilmore, 1987a; Jakubowska, 1989; Peristiany, 1965; Rodríguez Mosquera, Manstead, y Fischer, 2000; Rodríguez Mosquera et al., 2002a; Triandis, 1989). Es más, en estas culturas se fomenta también el mantenimiento de fuertes lazos familiares, la armonía social, y la interdependencia (por ejemplo, Triandis, 1989, 1994). Produciendo una "mayor" fusión entre la imagen social y la auto-imagen (Abu-Lughod, 1999). Además, estas culturas, llamadas culturas de honor, se caracterizan por poseer una gran generosidad, hospitalidad y lealtad, pero también se preocupan por la reputación de los hombres, basada en la capacidad para cuidar de su familia y sus posesiones. En oposición, lo

que se espera de las mujeres es modestia, vergüenza y la evitación de conductas que pongan en peligro el buen nombre de la familia (Vandello y Cohen, 2003). En cuanto al papel de las mujeres, en estas culturas, se afirma que desempeñan un papel socializador y de transmisión de la cultura de honor, teniendo una función decisiva en la perpetuación de la sociedad patriarcal (Shackelford, 2005). De hecho, en los últimos años, el estudio de la cultura de honor se relaciona mucho con la violencia de género. Así, los hombres que otorgan más importancia a la cultura de honor están más predispuestos a ser agresivos si su pareja se comporta de forma “inadecuada” (Benavidez, Neria, y Jones, 2016). Asimismo, Brown, Baughman, y Carvallo (2018) muestran que las mujeres en estados de honor en USA reciben más violencia que las jóvenes que viven en estados de USA donde el honor es menos importante, implicando una mayor amenaza para las mujeres en estados de honor de sufrir violaciones, acoso y violencia por parte de sus parejas.

Los códigos de honor se han subdividido en cuatro tipos diferentes de preocupaciones de honor: el honor masculino, el honor femenino, el honor familiar y la interdependencia social (Rodríguez Mosquera et al., 2002a; 2016). El honor masculino y femenino están íntimamente asociados a los ideales específicos de roles de género, universalmente establecidos (Rodríguez Mosquera et al, 2002a, Rodríguez Mosquera et al., 2002b; Rodríguez Mosquera, 2011). El honor masculino se refiere a la preocupación de poder cumplir con los estándares establecidos para los varones, haciendo un mayor hincapié en la dureza, fuerza, y ser, capaz de cuidar y proteger el honor de la propia familia (Cohen et al., 1996; Rodríguez Mosquera et al., 2000). Alternativamente, el honor femenino hace hincapié en valores y normas importantes para el mantenimiento del honor de una mujer. En concreto, se espera que las mujeres muestren prudencia en su comportamiento sexual,

que sean modestas y se muestren subordinadas a la autoridad masculina (Vandello y Cohen, Grandon y Franiuk, 2009; Rodríguez Mosquera, 2011, 2016).

Por otra parte, el honor familiar está estrechamente ligado a los dos anteriores, y está protegido sobre todo a través de la prevención del deshonor, y se espera que las mujeres miembros de la familia guarden cuidadosamente sus comportamientos para mantener la reputación de la familia (Rodríguez Mosquera et al., 2002b, 2016). El honor familiar implica una alta preocupación por la reputación de la familia, por la evaluación social de la familia, es decir su reputación social. Centrándose en el mantenimiento y protección de la posición social positiva de la familia a los ojos de los demás. Y por último, la interdependencia social, que según Rodríguez-Mosquera, (2013), se caracteriza por un conjunto de valores y normas (ej. integridad moral, generosidad, honestidad y hospitalidad) que son esenciales para el mantenimiento de los lazos sociales y la armonía interpersonal. En este sentido, un fracaso para estar a la altura de las expectativas de los demás puede conducir efectivamente al deshonor. La interdependencia social demuestra el deseo de expresar la integridad y la reciprocidad propicia en las relaciones sociales. En cualquier caso, se observa que las familias son un contexto importante en el que padres y madres socializan a sus hijos en estos valores de cultura de honor (Lopez-Zafra, Rodríguez y Ramos, 2014, 2018, en prensa).

En un primer momento el estudio de la cultura de honor realizado en los Estados Unidos, se ha centrado sobre todo en el honor masculino, enfatizando como este honor subyace el comportamiento agresivo y el uso de la violencia como respuesta para la defensa y la recuperación del honor (Cohen et al. 1996; Ijzerman, van Dijk y Galluci, 2007; Vandello, Cohen, y Ransom, 2008; Brown y Osterman, 2012) relegando el posible papel que pueden

desempeñar las demás dimensiones. Esta propuesta y conceptualización del honor ha sido asumida, por largo tiempo, también en los países del mediterráneo. Sin embargo, en la última década, múltiples estudios han demostrado que las culturas de honor y de no honor del Mediterráneo difieren en la medida en que se preocupan por el honor familiar, pero no en la medida en que se preocupan por el honor masculino que se ha demostrado ser un idea pan-cultural (Rodríguez Mosquera et al, 2002b; Rodríguez Mosquera, 2011, 2016). Las preocupaciones por el honor familiar podrían ser tan importantes, o incluso más importantes, que las preocupaciones por el honor masculino en estas culturas, sobre todo a la hora de explicar las diferencias transculturales en las agresiones y violencia cometida a nombre del honor. En este contexto, Uskul, Cross, Sunbay, Gercek-Swing y Ataca, (2012) en un estudio realizado sobre una muestra de turcos (cultura de honor) y norte americanos (cultura de no honor), donde examinaban la respuesta de ambos grupos ante una ofensa al honor individual y una ofensa al honor familiar, encontraron que la ofensa del honor individual predijo represalias tanto en los turcos como en los norte americanos, mientras que la amenaza al honor familiar solo predijo represalias en los participantes turcos. Además, se ha demostrado también que en las culturas que atribuyen mayor importancia al honor familiar, la devaluación de la familia tiene más consecuencias emocionales y sociales negativas que en cultura de no Honor (Rodríguez Mosquera, 2016). En la misma línea Van Osch, Breugelmans, Zeelenberg y Böyük, (2013) en un estudio realizado sobre una muestra de holandeses (cultura de no honor) y turcos (cultura de honor) encontraron que las diferencias observadas entre los dos grupos a la hora de responder a una ofensa al honor se explican por las diferencias entre las dos culturas en la conceptualización e importancia otorgada al honor familiar.

Por su parte, Sen, (2005) en su análisis del concepto de honor en diferentes países occidentales y orientales, confirma que lo que está realmente en juego en estas culturas es el honor de la familia. La familia es la unidad central de la organización social y el honor personal está entrelazado con el honor de la familia (Moxnes, 1996; Rodríguez Mosquera et al., 2002b). De hecho, se ha comprobado que en estos países, donde el honor familiar es de alta importancia, cuando una mujer no cumple los papeles esperados no solo daña la propia reputación, sino también la reputación de los miembros masculinos y de la familia, y en consecuencia, el hombre tiene que actuar con urgencia para proteger y restaurar el honor de sí mismo y de toda la familia (Cihangir, 2013).

Caffro et al., (2016) en un estudio realizado sobre una muestra de universitarios de tres países considerados de alta cultura honor (Camerun, Marruecos e Italia), donde se les pedía a los participantes que evaluaran un acto de violencia relacionado con el honor realizado por un padre contra su hija, confirman que la percepción de este acto violento fue influenciada por la importancia atribuida al honor familiar en los tres países y sus diferencias en la organización social y los roles de género. En concreto se ha encontrado que los italianos evaluaron el incidente como más grave y más como un crimen que los marroquíes, y este último más que los cameruneses. Además, los italianos atribuyeron menos responsabilidad a la víctima y más responsabilidad al agresor que los marroquíes y los cameruneses y en consecuencia, también propusieron un castigo más severo para el agresor que marroquíes y cameruneses.

La violencia relacionada con el honor sigue siendo un fenómeno generalizado (Sadik, 2000), y cada vez más se está estudiando en mayor medida la posible relación de la cultura de honor con las variables implicadas en la violencia de género, considerándola como una



posible teoría explicativa que se enmarca en el aprendizaje social (Lopez-Zafra, 2007a, Lopez-Zafra, Rodríguez y Ramos, 2018, en prensa). Las creencias relacionadas con el honor tiene una influencia poderosa en las actitudes hacia la violencia contra las mujeres, puesto que defienden la idea de masculinidad y feminidad , y la división de roles sociales entre hombres y mujeres, que implica control por parte del hombre y sumisión por parte de la mujer, haciendo que esta violencia no será considerada como un crimen, sino como algo aceptable o incluso justificable sobre todo cuando la mujer no cumple con su papel de género o estereotipo de género (Ferrer y Bosch, 2000; Baldry, Pagliaro y Porcaro 2013).

Además, en estas culturas, el acto violento en muchos casos se mantiene privado, ya que permitir que la violencia y especialmente sus causas sean conocidas podría socavar aún más el honor de la familia sobre todo si Los miembros masculinos de la familia son responsables de las violaciones (Sadiqi, 2010). Incluso se ha encontrado que las mujeres que viven en una cultura de honor tienden a permanecer más tiempo en relaciones violentas o potencialmente violentas que las de una cultura de no-honor (Vandello y Cohen, 2003)

Se ha demostrado en diversos estudios, que las diferencias encontradas en la percepción de la violencia y su justificación, se atribuye a las variables ideológicas, y sobre todo a la importancia otorgada a la cultura de honor (Abrams, Viki, Masser y Bohner, 2003; Viki, Abrams y Masser, 2004; Canto, Perles y San Martín, 2017). En este sentido, se ha demostrado que la cultura de honor influye notablemente en el nivel de inculpación de la víctima de una agresión. Canto et al., (2017), en un estudio realizado sobre una muestra de universitarios españoles, encontraron que, los participantes con niveles altos de cultura de honor culpaban en mayor medida a las víctimas, y que los niveles de inculpación de la víctima es mayor en las situaciones que implican un desafío a las normas de la cultura de

honor. Al igual Viki, et al., (2004), en otro estudio, revelaron también, un mayor grado de inculpación a la mujer que había sido violada durante una infidelidad a su marido con un conocido, puesto que estos participantes consideran que estas mujeres no han cumplido con los postulados de la cultura de honor que defienden la castidad y la fidelidad de la mujer (Canto, Alvaro, Pereira, Torres y Pereira, 2012; Rodríguez-Mosquera, 2011)

Y para determinar aun más la implicación de la cultura de honor en la violencia de género, se ha abordado su estudio en presos por violencia de género y se ha comprobado que efectivamente los maltratadores tienen mayor tendencia a responder de forma violenta ante una ofensa que los no reclusos o reclusos por otros delitos, obteniendo una puntuación significativamente mayor en la dimensión legitimidad en el uso de la violencia ante una ofensa (Fúnez y Lopez-Zafra, 2010). Además, los resultados de un estudio realizado sobre este mismo colectivo, indica que se produce un descenso en cultura de honor general y en el factor sociedad y leyes en torno al honor tras el tratamiento, tras recibir un programa de tratamiento cognitivo conductual, demostrando relaciones directas entre culturas de honor y pensamientos distorsionados sobre la mujer y sobre el uso de la violencia (Rodríguez-Espartal y Lopez-Zafra, 2013).

Finalmente, en cuanto a las *diferencias de género* en la percepción de la violencia contra las mujeres, varios estudios sugieren que los hombres son más tolerantes que las mujeres en apoyar diferentes tipos de violencia contra las mujeres (por ejemplo Gölge et al., 2003, Sakalli, 2000 y Caffaro et al., 2014). En muestras de universitarios turcos; Nayak, Byrne, Martín y Abraham, (2003) en estudiantes de sexo femenino y masculino de India, Japón, Kuwait y Estados Unidos; y por White y Kurpius, (2002) en universitarios estadounidenses, atribuyendo menos responsabilidad a los agresores, y les preponen

castigos menos severos, y consideran que las víctimas no deberían denunciar puesto que ellas también comparten gran parte de la responsabilidad. También se han encontrado diferencias de género, a nivel de los países africanos, pero en una dirección opuesta. Uthman, Lawoko y Moradi, (2010) han encontrado que las mujeres eran dos veces más propensas que los hombres a justificar la violencia conyugal. Estos resultados están justificados por la persistencia aun en estos países de los roles tradicionales de género (Caffaro et al., 2014) y de un modelo familiar de jerarquía, que racionaliza y legitima la desigualdad y la inserta dentro de un sistema de orden moral (Glick, Sakalli-Ugurlu, Akabs, Metin Orta y Ceylan, 2016). Sin embargo, estos resultados no se han demostrado ser consistentes, puesto que en otros estudios no se encontraron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres (por ejemplo, Vandello y Cohen, 2003), en una muestra de estudiantes brasileños).

En resumen, aunque la mayor parte de los estudios realizados hasta el momento, sobre el honor, se han centrado en analizar las reacciones emocionales producidas ante una ofensa al honor, las diferencias actitudinales al respecto, y su relación con la violencia de género, existen también una serie de estudios en España que se han interesado en el estudio de la cultura de honor en relación con otras variables, como son la edad, sexo, nivel de estudios, identidad de género y satisfacción de pareja. Estos estudios muestran que los hombres, las personas mayores y los jóvenes y las personas con bajo nivel educativo otorgan una mayor importancia a la cultura de honor (Lopez-Zafra, 2008). Además se ha comprobado que las personas que tienen una mayor identidad de género masculina le dan mayor importancia al honor, y por último se observa una mayor satisfacción en la pareja cuando hay una mayor congruencia entre las dos partes en la percepción que tienen sobre la cultura

de honor (Lopez-Zafra y Rodriguez-Espartal, 2008). También, se ha estudiado la relación entre cultura del honor y variables de personalidad, en concreto Rodríguez-Espartal y Lopez-Zafra, (2009) ha encontrado relación directa entre cultura del honor y neuroticismo, extraversión y responsabilidad y relación inversa entre cultura del honor y las dimensiones de apertura y amabilidad. Asimismo, se encontró una relación negativa entre inteligencia emocional y la importancia otorgada al honor (Lopez- Zafra, Rodríguez y Jiménez, 2008).

Otra variable muy relacionada con la cultura del honor son los celos. Se ha encontrado relación directa entre esta última, la satisfacción en la relación de pareja y la cultura del honor, siendo a mayor satisfacción, un menor nivel de celos y menor cultura de honor (Lopez-Zafra y Rodríguez-Espartal, 2008a) y se ha demostrado la importancia de los factores sociales y culturales en relación a la respuesta ante una situación de celos (Gómez, Canto y Garcia, 2014). Otro tema objeto de estudio ha sido el papel de la cultura de honor en la determinación del proceso de aculturación de mujeres inmigrantes marroquíes en España (Lopez-Zafra y El ghoudani, 2014).

El presente estudio, también supone una innovación en el estudio del honor, puesto que a diferencia de la mayoría de los estudios realizados al respecto, y que se han centrado en el comportamiento agresivo como respuesta legítima para restaurar el honor. Este estudio se centra en el estudio de la exclusión y rechazo social como otra modalidad de respuesta, que se utiliza con frecuencia para restaurar el honor. En concreto, planteamos el estudio de la implicación del honor en la situación de exclusión y rechazo social que sufren las madres solteras en Marruecos (cultura de honor de oriente medio -Árabe-) en comparación con otras madres solteras en un contexto de cultura de honor pero menos destacable como es la de España (cultura de honor mediterránea).

Por tanto, antes de proceder a analizar las otras variables de interés, pasaremos a describir las características de la cultura de honor en las sociedades árabes puesto que su cultura está arraigada a tradiciones musulmanas, y por tanto comparten una conceptualización de honor específica para esta área.

### ***2.1.2 El concepto de honor en Marruecos y en las sociedades árabes.***

En las sociedades árabes en general, el honor sigue constituyendo un valor fundamental, como lo prueba la existencia de los llamados crímenes de honor que se producen en el seno de las familias. Hoy en día los crímenes de honor aparecen con frecuencia en los medios de comunicación y son denunciados desde diversas instituciones (e.g. Feghali, 1997; Pervizat, 2002; Akpınar, 2003). Estos crímenes, ejecutados por los miembros masculinos de las familias, se dirigen a los miembros femeninos que han dañado el honor del grupo familiar debido a una conducta “inapropiada”. Y así lo asienta la legislación de la mayoría de los países árabes que toleran estos homicidios realizados en nombre del “honor” al contemplar la reducción de condenas para quienes agreden a cónyuges adúlteras o familiares que tienen un supuesto comportamiento sexual indebido (Odeh, 2010).

En las sociedades árabes, el honor se manifiesta principalmente en la conducta sexual y en las conductas que exhiben o regulan la virilidad, como el número de hijos que engendra un hombre o el grado de hospitalidad que otorga a los demás (e.g. Khalid, 1977; Mackey, 1987). Pero en términos generales, el complejo honor-vergüenza se encuentra preferentemente vinculado a la sexualidad, donde el honor se considera atributo del

hombre, y la vergüenza de la mujer (e.g. Delaney, 1991; Akpinar, 2003). El honor se ha considerado tradicionalmente una característica prioritaria de las sociedades mediterráneas (e.g. Peristiany, 1968, 1974; Pitt-rivers, 1979), y las investigaciones sobre distintas comunidades del norte de África así lo demuestran. La riqueza del vocabulario Árabe relativo al honor, ilustra la importancia del concepto. Bourdieu (1968) efectuó un exhaustivo análisis de la concepción del honor en la sociedad de la Cabilia argelina. En el cual distingue entre *nif*, que designa el amor propio o *pundonor*, y *horma*, que designa el honor, el conjunto de lo que es *haram* (lo prohibido, lo sagrado). También por su parte, Zeid (1968) ha explorado las nociones de honor y vergüenza entre los beduinos del desierto occidental de Egipto y distingue entre cuatro palabras: *sharaf*, *´ird*, *´ar* y *´aib*.

La palabra árabe *sharaf* (honor) deriva de una raíz verbal que indica altura, tanto en términos físicos como en categoría social, por tanto *sharaf* se puede describir como el honor adquirido mediante logros personales o mediante la pertenencia a cierto grupo familiar cuyos miembros, vivos o fallecidos, han sabido alcanzar por sí mismos y por medios honestos, un *mínimum* de prestigio en su comunidad. La palabra *´ird* es un término mas específico para designar el honor de las mujeres, este concepto se utiliza en relación con la castidad, prudencia y continencia de las mujeres. La trasgresión de dichas normas, tiene como consecuencia el asesinato de los transgresores. Sin embargo autores como Antoun, (1968), aseguran que son escasas las ocasiones en las que se aplica el máximo castigo: la muerte. El concepto de *´ird* difiere del concepto de *sharaf*, en que este puede incrementar y adquirirse mediante una conducta correcta, por el contrario, *´ird* solo puede perderse por la mala conducta de una mujer, y una vez perdido es irrecuperable. La palabra *´ar* significa adulterio e infidelidad y *´aib* o *Hashuma* se utiliza para referirse a ciertas conductas de la

mujer que infringe alguna de las normas sociales, por ejemplo vestirse con una ropa inapropiada, o salir solas por la noche, hablar en voz alta en público.

Zeid, (1968) considera que no todas las malas acciones son igualmente vergonzosas y no todos los grandes hechos son igualmente honorables. Por tanto no requieren las mismas intervenciones. Las acciones de *ʿaib* no suelen requerir intervención severa por parte de la sociedad como un todo, y cualquier respuesta se dirige directamente contra la persona que ha obrado mal. Sin embargo, las acciones de *ʿar* se tratan de otra forma, porque habitualmente aportan vergüenza no solo a su autor, sino a su grupo familiar, así como a la víctima y a su propia familia, quedan así implicados distintos grupos sociales, y la acción pone en peligro el equilibrio o armonía social. Esto implica que las mujeres tienen que ser especialmente cuidadosas en lo que respecta a sus actitudes y conductas, porque estas pueden dañar tanto a su familia directa como a su comunidad étnica, en el caso de tratarse de población inmigrante.

Esta concepción del honor saca su fuerza de la religión que a pesar de su reconocimiento del placer carnal, la prescripción religiosa es clara: la sexualidad o se ejerce dentro del marco recomendado que requiere el matrimonio o el celibato (soltería y la castidad). Cualquier desviación (la fornicación, la homosexualidad, el adulterio, el incesto, la prostitución) es prohibida y en algunos casos castigada (Heroui, 2013). Pero aunque esta restricción religiosa se impone a las dos partes (hombre-mujer), donde la pureza es recomendada tanto para hombres como para mujeres, socialmente no es así. En estas sociedades, la virginidad masculina es culturalmente estigmatizada, donde se hace necesario para el hombre edificar su virilidad, autorizando implícitamente su práctica sexual, mientras se ejerce claramente un control exhaustivo sobre las mujeres jóvenes, que llevan la

virginidad en ellas como una propiedad de toda la sociedad, un patrimonio familiar, un valor determinante a favor de la ideología del grupo y de su honor (El harras, 2000).

A medida en que la virginidad está destinada a preservar el honor del grupo y su prestigio, es al mismo tiempo un desafío para la familia. Tradicionalmente, las familias casaban a sus hijas a una edad muy precoz, puesto que el matrimonio es percibido como una protección para la mujer “jwaj setra” para asegurarse de tal manera su pureza (Bourquia, 2000). Liberándose de la carga de su ausencia y la deshonra que les va a ocasionar.

Por otra parte, Benzakour (1990), plantea que el honor del grupo se mezcla con lo sagrado y se convierte en un componente mantenido por una sociedad patriarcal que ejerce una serie de violencia simbólica y material sobre las mujeres a una edad muy temprana, utilizando sus tradiciones, para controlar su sexualidad. El uso sociológico de los dos conceptos conjuntamente es deliberado, utilizado para ejercer un poder mas fuerte sobre las mujeres, integrando la idea de dominación de los hombres sobre ellas para proteger su virginidad.

Sin embargo, teniendo en cuenta los cambios en la sociedad, se destaca con mucha fuerza hoy en día un movimiento de empoderamiento del cuerpo, donde la sexualidad se ejerce fuera de las normas preestablecidas (Benani-Chraibi, 1994; Barraud, 2008, 2010). Sin embargo, el tema sigue siendo el reino del Tabú. El deseo se expresa con palabras encubiertas, en forma de chistes a veces, y la mayoría lo evocan junto con el A'IB, la HCHOUMA, que refleja la vergüenza y el no dicho (Heroui, 2013). Así que el tabú persiste en



la actualidad, en función de los valores que llevan o que transmiten el grupo y sobre todo en función del nivel de relación que establecen entre honor y reputación.

Similar a otras culturas de Oriente Medio, el contexto cultural en Marruecos es fuertemente moldeado por sentimientos concernientes al honor. Las investigaciones realizadas en Marruecos, parten principalmente desde la antropología y la sociología, y destacan sobre todo el papel del honor familiar en la formación de relaciones familiares y sociales y su estricta relación con los roles de género (Sadiqi y Ennaji, 2006). El comportamiento honorable es el núcleo de lo que define a un individuo como una persona buena y moral, y que el comportamiento deshonesto puede conducir fácilmente a la estigma, rechazo y a veces a la violencia.

## CAPÍTULO 3. EXCLUSIÓN SOCIAL

Puesto que las madres solteras experimentan en su día a día, múltiples formas de exclusión social, en este capítulo analizamos este concepto. Para ello, haremos una breve mención sobre los orígenes y evolución del mismo y recogemos algunos de los significados que los autores le otorgan en la literatura. Además, describimos sus dimensiones o notas características más importantes, así como los principales paradigmas de estudio y los instrumentos de medición. Finalmente, delimitamos cuáles son las principales repercusiones que este fenómeno tiene sobre la salud psicológica.

### **3.1. DEFINICIÓN DE LA EXCLUSION SOCIAL: ORÍGENES Y EVOLUCIÓN**

La exclusión social es un término amplio que se refiere a la incapacidad de ciertos grupos o personas para participar plenamente en la sociedad. La Organización Mundial de la Salud define la exclusión social como "*procesos multidimensionales dinámicos impulsados por las relaciones desiguales de poder que interactúan a través de cuatro dimensiones principales - económicas, políticos, sociales y culturales - y en diferentes niveles, incluyendo individual, familiar, grupal, comunitario, nacional y mundial*" (WHO, 2010).

Desde una perspectiva más social, Vrooman y Hoff (2013) definen la exclusión social como un proceso donde las personas, como individuos o como grupo, experimentan una acumulación de desventajas en la sociedad en la que viven. En la sociología clásica, este concepto se ha relacionado con la posición de los migrantes, la clase baja urbana y los conflictos culturales entre propios y extraños en las comunidades locales (Vrooman y Hoff,

2013). Pero por diversas razones, el fenómeno ha resurgido como una cuestión política seria en los últimos decenios.

A pesar de que el término de "exclusión social" ha entrado en el uso generalizado recientemente, esto no implica que los fenómenos sociales a los que se refiere sean novedosos también (Abrahamson, 2010). Sen (2000) señala que el comienzo del uso de este concepto se remonta a la década de 1970, donde la exclusión social se convirtió en el tema de debate en Francia. La palabra "les Exclus" se utilizaba para referirse a las personas que cayeron socialmente, a través de la red de seguridad social en esa década, por ejemplo, los discapacitados, los padres/madres solteros/as y los desempleados (Burchardt, 2000). Más tarde, con la intensificación de los problemas sociales en las zonas periféricas de las principales ciudades francesas, se amplió la definición para incluir a los jóvenes descontentos y a las personas aisladas. Sólo después de la crisis económica de la década de 1980 y la introducción del ingreso mínimo de Inserción (la ley de ayuda nacional) es cuando el concepto fue ampliamente utilizado (Sen, 2000).

En los últimos 20 años, y gracias a su carácter dinámico y amplio, el concepto de exclusión social surgió como un nuevo paradigma para el estudio de la pobreza, y su abordaje se ha convertido en un tema principal de los derechos humanos adquiriendo cada vez mayor importancia en la política social, especialmente en Europa (Munck, 2004).

En un principio, el objetivo de la Unión Europea era reducir la pobreza, pero con el tiempo el objetivo de la política fue modificado para la "lucha contra la pobreza y la exclusión social". Esta introducción del concepto en los programas de la Unión Europea contra la pobreza ayudó a promover aun más el uso del concepto (Larsen, 2004). Por tanto, para la elaboración de los planes nacionales de acción para la inclusión social, ha sido

necesario establecer qué implica la exclusión social, qué indicadores se pueden utilizar para establecer su existencia, y qué factores influyen en ella. De manera resumida, los estados miembros de Europa han acordado que la exclusión social se define sobre la base de una serie de indicadores sociales, o "factores de riesgo". Que consisten en bajos ingresos, una mano de obra no cualificada, la mala salud, la inmigración, el bajo nivel educativo, la deserción escolar, la desigualdad de género, la discriminación y el racismo, la vejez, el divorcio, abuso de drogas, el alcoholismo y vivir en una "zona de acumulación del problema"(Comisión Europea, 2002). A los indicadores que han alcanzado un acuerdo, se les denomina los indicadores de Laeken (resultantes de la Cumbre de la UE de 2001 en Laeken-Bruselas, Bélgica). Este consenso se refiere predominantemente a los indicadores relacionados con los ingresos y el empleo; los bajos ingresos y la falta de participación laboral, que son vistos generalmente como los principales factores de riesgo de exclusión social.

Sin embargo, esta aproximación y enfoque utilizado en la conceptualización y la medición de la exclusión social, en realidad, solo mide el fenómeno de una manera bastante indirecta. Esto es, en lugar de elaborar un significado teórico del concepto en un conjunto de criterios operativos, el instrumento de observación de la UE consiste principalmente en una lista de factores que se supone aumentan el riesgo de exclusión social. Vrooman y Hoff, (2013) consideran que, con los años, este concepto se ha convertido en un cajón desastre para las diversas formas de privación que los políticos querían abordar, además estos autores explican que, lo más importante es que no están cubiertos todos los elementos teóricos relevantes. En concreto, el concepto de la política de la UE parece estar sesgado

hacia los aspectos materiales de la exclusión social, y es una conceptualización bastante limitada en relación a las que encontramos en la literatura científica.

Más allá de la esfera de las políticas sociales, la exclusión, según señalan Saraceno (2001) y Jehoel-Gijsbers y Vrooman, (2007), se ha convertido en un tema de estricto interés científico. Jehoel-Gijsbers y Vrooman, (2007) han llevado a cabo una extensa revisión de la literatura más reciente sobre la exclusión social, a partir de esto, llegan a la conclusión de que hay un subdesarrollo del concepto tanto desde un punto de vista teórico como metodológico. En concreto, estos autores confirman que no hay un consenso sobre las dimensiones implicadas en la exclusión social así como sobre cómo se relacionan esas dimensiones entre sí. Además se desconocen los factores de riesgo que pueden llevar a las personas a sufrir experiencias extremas de exclusión, lo que llevó a su vez a un desacuerdo sobre la forma de medir su existencia e intensidad. Del mismo modo, Bak, (2018) señala que la mayoría de las definiciones existentes de exclusión social son inmensamente ambigüas, puesto que no está claro por ejemplo si la exclusión social se produce de forma voluntaria o involuntaria, o si se considera como una condición objetiva o como un sentimiento subjetivo experimentado.

Jehoel-Gijsbers y Vrooman, (2007) enfatizan que las definiciones de los distintos autores sobre el término «exclusión» dependen de la tradición en que se basa cada uno de ellos. De hecho, como señala Levitas, (2006) existen dos tradiciones fundamentales. Por un lado, la tradición francesa que recopila los principios que trató Durkheim, (1897), sobre temas como la cohesión social, importancia de valores y normas colectivas, riesgo de alienación y la anomia. Mientras que la tradición angloamericana prioriza los principios de desigualdad social y privación relativa y se centra en el acceso desigual de la renta, a los

bienes básicos, a los servicios públicos y a los derechos ciudadanos. Por ello, podemos señalar que ésta tradición se basa más en lo material que la francesa.

Morgan, Burns, Fitzpatrick, Oinfold y Priebe, (2007) en su revisión sistemática de la literatura sobre la exclusión social, indican que la mayoría de las definiciones revisadas coinciden en describir la exclusión social en torno a 4 características principales:

- La no participación en la sociedad de varias maneras.
- La multidimensionalidad en el sentido de que la exclusión social no solo incluye la pobreza de ingresos, es más amplia que esto (incluye otras formas de vulnerabilidad que pueden estar o no asociados con bajo ingreso).
- El carácter dinámico en el sentido de que es necesario comprender los procesos subyacentes que llevan a la gente a la exclusión, así como los que les pueden sacar de la exclusión también.
- El multi-nivel. Hace referencia a que la causa o la génesis se puede encontrar en muchos niveles, como el individuo, el hogar, la comunidad (local) y/o el nivel institucional.

En la misma línea, y para centrar mejor el concepto, Jehoel-Gijsbers y Vrooman, (2007) destacan 5 características principales de la exclusión que ayudan a delimitarlo y facilitan su diagnóstico, y que consisten en lo siguiente:

- Proceso y estado: la exclusión social hace referencia tanto al proceso a través del cual se excluye a las personas, así como a la condición estática de estar socialmente excluido.

- **Carácter relativo:** no hay un punto absoluto de demarcación para la exclusión, sino que esto solo se puede evaluar de manera relativa a través de la comparación de las circunstancias de una persona en relación a las de su grupo de referencia.
- **Su aspecto multidimensional:** la exclusión social abarca deficiencias en varias dimensiones que van más allá de los medios económicos y el trabajo remunerado, como es el caso de la educación, vivienda, atención sanitaria, asistencia legal y accesibilidad a los servicios públicos.
- **Vertiente relacional/sociocultural:** la exclusión social implica aspectos relacionales y socioculturales, y no sólo materiales. La falta de solidaridad, la ruptura o inexistencia de vínculos sociales, la ausencia de participación social, la imposibilidad de la integración, la discriminación así como la falta de respeto a las normas de ciudadanía social (por ejemplo, reciprocidad, obligaciones mutuas) son aspectos que generan también exclusión aunque no tiene un carácter material.
- **Génesis de la exclusión:** La comprensión de la exclusión social implica la atribución de responsabilidad - ya sea individual o institucional –Es decir la exclusión se hace por alguien o algo, que puede ser el gobierno o instituciones privadas, el entorno social o el propio individuo, sin olvidar que las propias personas excluidas pueden tener a veces un control, aunque sea imperceptible, sobre los factores exógenos de su exclusión.

En resumen, la exclusión social se puede definir tanto como proceso así como estado que se manifiesta como deficiencias a nivel de aspectos materiales y relacionales y aunque su génesis se atribuye de forma general a nivel colectivo, la conducta y las características individuales son importantes también.

Siguiendo con estas autoras vemos que en su conceptualización de la exclusión social integran ambas tradiciones, y consideran que este concepto denota dos aspectos principales: la exclusión económico-estructural, que se refiere a la dimensión distributiva en línea con el enfoque angloamericano; y la exclusión sociocultural, que se refiere a la dimensión relacional enfatizada en la escuela francesa. Dentro de la primera dimensión se identifican dos aspectos distributivos: uno material (ingresos y bienes: privación material) que se refiere a ciertos déficits que las personas experimentan en realidad, como la falta de bienes y servicios por razones financieras, retrasos en los pagos, las deudas problemáticas, etc. y uno no material (derechos sociales: falta de acceso a los derechos sociales básicos) significa que las personas no reciben una atención sanitaria adecuada, una educación y un medio ambiente adecuado. La segunda dimensión se divide también en dos aspectos diferentes, integración social (participación social limitada), que significa que la persona tiene muy limitada sus redes sociales, que mantiene pocos contactos con los demás y que su compromiso social es bajo, e integración normativa, que se refiere a un incumplimiento de las normas y valores centrales de la comunidad a la que pertenece la persona (falta de integración normativa).

Teóricamente, la exclusión social, se produce cuando una persona está privada de forma simultánea de varias de estas dimensiones (Vrooman y Hoff, 2013). Esto implica una distinción conceptual con respecto al concepto de pobreza que se utilizaba anteriormente como sinónimo de la exclusión. Una persona puede ser considerada como pobre si él o ella carecen constantemente de los medios para obtener las mínimas necesidades de su comunidad (Vrooman, 2009), mientras que la exclusión social, se refiere a la falta de “funcionamiento en términos de la participación social, la integración normativa, privación material y los derechos sociales (Sen, 2000; Jehoel-Gijsbers, Smits, Boelhouwer y Bierings,



2009). De hecho, Larsen, (2004) señala que la principal diferencia es que la pobreza se refiere a recursos financieros y materiales limitados y a la privación de los mismos, mientras que la exclusión social también abarca otros tipos de problemas sociales que obstaculizan o impiden que un individuo o grupo participe en una o más áreas centrales de la sociedad

Por tanto, la pobreza de ingresos es sólo uno de los factores de riesgo de exclusión social, además de la mala salud, un bajo nivel de educación o estar en el paro, entre otros. Una persona puede, por tanto, ser excluida de la sociedad sin ser pobre, y viceversa. Esto es corroborado por varios estudios que muestran correlaciones más débiles entre la pobreza de ingresos y diversos aspectos de la exclusión social (Saraceno 2001; Whelan, Layte y Maitre, 2004; Devicienti y Poggi, 2011).

Así, la privación material es sólo un elemento de exclusión social. Alguien que está materialmente privado no debe quedar excluido socialmente; la falta de bienes y servicios básicos en teoría, podría ser compensada por una alta participación social, fuerte integración normativa y el acceso universal a los derechos sociales básicos. Pero también es común que los procesos de exclusión en una dimensión afecten a los de otras dimensiones (Mathieson et al., 2008; Jehoel-Gijsbers, 2004). Por ejemplo, la pérdida de un empleo remunerado puede conducir a la pérdida de los contactos sociales y la pérdida de ingresos, lo que a su vez puede resultar en deudas, malas condiciones de vivienda, medio ambiente y vida insegura o la reducción del acceso a la asistencia sanitaria (Bergen, Hoff, Ameijden y Hemert, 2014).

Por otra parte, Abrahamson, (2010) destaca que lo que marca la diferencia entre los dos conceptos es que mientras la pobreza se centra principalmente en la distribución de los recursos en términos de ingresos y la falta de capacidad para satisfacer las necesidades, (por ejemplo, el mercado de trabajo, el sistema educativo, etc.) y que la exclusión social se

centra en los procesos que conducen a una situación de discriminación e exclusión de la sociedad normal.

En resumen, Bak, (2018) señala que esta superposición entre el concepto de exclusión social y el concepto de pobreza es la que sustenta la ambigüedad del concepto de exclusión social a nivel teórico, así como a nivel empírico, cosa que se refleja claramente en los indicadores utilizados en los diferentes estudios (Hallerod y Larsson, 2008).

Otro de los conceptos que Bak, (2018) considera que se superpone con el de exclusión social es el concepto de capital social, definido por Putnam, (2001) como: características de la vida social, es decir, redes, normas y confianza que permiten a los participantes actuar de manera eficiente en unidad para perseguir objetivos compartidos y [...] relaciones entre individuos, redes sociales y normas de reciprocidad y confianza que se desarrollan a partir de ellas (p. 9).

De hecho, Bak (2018), señala que en muchas definiciones de exclusión social, las relaciones sociales y las redes se consideran como componentes claves e importantes y constituyen recursos valiosos que las personas pueden aprovechar para una participación activa y una vida inclusiva, y que son también fundamentales para el capital social. Sin embargo, este autor considera que la exclusión social es un concepto más amplio que el capital social. Puesto que este último solo se limita al acceso a contactos valiosos dentro de una red social. Por tanto, el capital social potencialmente promueve la inclusión social conectando individuos dentro de comunidades más amplias (Morgan et al., 2007). En consecuencia, la falta de capital social puede contribuir a la exclusión social.

Finalmente, Morales y Bustillos, (2009) destacan y recogen otras definiciones recientes del concepto:

- «Exclusión» según Gordon et al., (2000, p. 73) sería «Una ausencia o negación de acceso a los tipos de relaciones, costumbres y actividades sociales en las que participan la gran mayoría de personas en una sociedad... En su acepción actual, la exclusión social con frecuencia se considera un 'proceso' más que un 'estado'».
- «Exclusión» según Duffy, (1995): se concibe como «La incapacidad de participar de forma efectiva en la vida económica, social, política y cultural, alienación y distancia de la sociedad dominante».
- «Exclusión» según Walker y Walker, (1997, p. 8) tiene que ver con «El proceso dinámico por el que a las personas se les impide el acceso a cualquiera de los sistemas social, económico, político y cultural que determinan la integración social de la persona en la sociedad».
- Mientras que «Inclusión» según Crawford, (2003), implica «Participar como iguales valorados en la vida social, económica, política y cultural de la comunidad (es decir, en situaciones societales valoradas). Se entiende por comunidad tanto una comunidad de lenguaje, cultura, interés o experiencia común, por ejemplo, la comunidad de sordomudos, la comunidad de las seis naciones, la comunidad china; o la comunidad puede ser más amplia. Estar involucrado en relaciones interpersonales de confianza, aprecio y respeto mutuo en el nivel familiar, de iguales y comunitario».
- Finalmente, los autores incluyen también la definición de la Organización Mundial de la Salud como "procesos multidimensionales dinámicos impulsados por las relaciones desiguales de poder que interactúan a través de cuatro dimensiones principal-s - económicos, políticos, sociales y cultural-s - y en diferentes niveles, incluyendo individual, familiar, grupal, comunitario, nacional y mundial" (WHO, 2010)

Todas estas definiciones, van en la misma línea, y tienen en cuenta las características principales señaladas anteriormente por Jehoel-Gijsbers y Vrooman, (2007).

### ***3.1.1. Medición de la exclusión social.***

Durante mucho tiempo, la medición de la exclusión social ha generado mucho debate, la ambigüedad teórica se refleja claramente en los diferentes intentos de operacionalizar este concepto en estudios empíricos (Bak, 2018). Esto se debe al hecho de estar formado por múltiples elementos e indicadores que dificultan no solo la definición, sino también la "medición" precisa de la evidencia empírica (Bak, 2004a, Bradshaw, Kemp, Baldwin y Rowe, 2004; Larsen, 2004). Por otra parte, algunos investigadores (Room, 1999; Burchardt, Le Grand y Piachaud, 2002; Byrne, 1999) han argumentado que no es posible ni deseable desarrollar una medida de exclusión social, ya que el concepto mismo es cualitativo y dinámico o podría incluso estigmatizar a aquellos que son identificados como "excluidos"

En general, la forma más común que se ha utilizado para medir cuantitativamente la exclusión social es a partir de una lista que incluye los diferentes indicadores disponibles utilizados en los estudios sobre la pobreza, el desempleo y las múltiples privaciones (Bradshaw y Finch, 2003, Morgan et al., 2007), usando datos recopilados de un conjunto de encuestas realizadas previamente. Sin embargo, esta forma ha resultado ser a menudo problemática, ya que se capta la exclusión social como un concepto dentro de todas estas dimensiones (Bohnke, 2004). Además varios estudios enfatizan que estos indicadores utilizados en realidad, solo miden el fenómeno de una manera bastante indirecta, y a menudo dan mediciones inexactas (Bak, 2004a) por tanto es muy discutible si realmente lo que se está midiendo en todos estos estudios es la exclusión social.

Esto se ve claramente en el informe que utilizó la Unidad de Exclusión Social (SEU 2004) para medir la conexión entre la exclusión social y la salud mental. Puesto que, aunque utilizó muchos indicadores, no está del todo claro qué indicadores, por ejemplo, miden la «pobreza» y cuáles son medidas adecuadas para la «exclusión social» (Morgan et al., 2007). Además Levitas, (2006) señala que muchos de los principales indicadores de la lista carecen de la dimensión social propia del concepto de exclusión social y que la distingue del concepto de pobreza.

En contraste con este enfoque establecido por la UE, que se basaba en indicadores indirectos, Jehoel-Gijsbers, (2004) actualizada por Jehoel-Gijsbers y Vrooman, (2007), proporcionan una medición directa de los cuatro aspectos teóricos de la exclusión social. Para la elaboración de este instrumento, basándose en investigaciones anteriores y en la literatura, construyeron un cuestionario exhaustivo, que describía los diferentes aspectos relacionados con la exclusión social. Este cuestionario se administró a una muestra amplia de la población holandesa (se entrevistó a 431 personas de barrios de status social más bajo y a 429 de status más alto). Los resultados obtenidos tras un análisis canónico categorial de componentes principales, permitió obtener 4 dimensiones fiables que van en la misma línea de los aspectos propuestos a nivel teórico.

- Privación material, con nueve indicadores
- Participación social, con ocho indicadores ,
- Acceso a los derechos sociales», con dos subdimensiones:
  - Acceso a vivienda adecuada y a un entorno seguro (siete indicadores).
  - Acceso a instituciones y a beneficios (cinco indicadores).

- Integración cultural y normativa: para esta dimensión hubo problemas en su construcción, ya que sólo cuatro de los once indicadores incluidos conformaron una escala consistente, pero con una fiabilidad más baja que las otras dimensiones. Estos cuatro ítems se relacionaban todos con la transgresión de las leyes.

Sin embargo, los estudios de seguimiento han encontrado limitaciones del instrumento. Aparte de la longitud de la escala que limitaba su aplicación a muestras más amplias, se ha encontrado, de manera consistente, que solo se podían construir índices fiables para las dimensiones de 'participación social' y 'privación material ', mientras que para 'la falta de integración normativa' y "acceso inadecuado a los derechos sociales básicos" era más problemático. Esto se debe en parte a la ambigüedad y la relatividad de estos dos aspectos. Por ello, Vrooman y Hoff, (2013) reformulan el Social Exclusion Index (SEI) para obtener una versión más reducida que, además de recoger las dimensiones teóricas del constructo, coincidan con la concepción que la población neerlandesa tiene sobre la exclusión social. Así, a partir de 232 ítems generados a partir de focus group obtienen una dimensión simple que subyace a un subconjunto de 15 ítems con entre 3 y 4 indicadores por dimensión teórica relevante de la exclusión social. Este instrumento es similar a las propuestas anteriores y ofrece una visión más social (Lopez-Zafra, Pulido-Martos y Morales, 2016).

Otro de los instrumentos más destacados para la medición de la exclusión social es el que ha desarrollado Larsen, (2004). Este autor, basándose en otro estudio anterior, parte de una definición restrictiva y operativa de la exclusión social, para elaborar una medida exacta y fiable del cual. Larsen, (2004) considera que un individuo está socialmente excluido si se aplican tres, cuatro o las cinco características siguientes: Él / ella es relativamente pobre financieramente; Tiene pocas o ninguna relación social; No participa / sólo ligeramente en

actividades profesionales y políticas; No / rara vez participa en pocas actividades de ocio y / o tiene mala salud).

Así, un individuo se define como socialmente excluido si no participa en actividades que se consideran centrales para la sociedad en la que él / ella es parte (Larsen, 2004). Como resultado, existen muchas oportunidades de inclusión o exclusión. Larsen opta por limitarse a unas cuantas áreas principales y centrales de participación, a saber: 1) finanzas y consumo (pobreza relativa), 2) relaciones sociales, 3) participación profesional y política, 4) actividades recreativas y 5) salud. De estos, Larsen construyó una serie de índices para medir la inclusión y la exclusión dentro de la población general danesa utilizando varias mediciones e índices diferentes para la medición de la exclusión social y realizó estudios transversales de cohortes, cosa que dio mucha fuerza al modelo. Sin embargo, limitarse a solo estas cinco áreas de medición fue una de las críticas más destacables que se le ha hecho a este modelo puesto que, estas opciones no son objetivas y otras áreas podrían haber sido seleccionadas igualmente (Bak, 2012).

Crawford, (2003), que a diferencia de los anteriores, ofrece otra forma de medición que se basa en la inclusión y no en la exclusión. Este autor establece que hay una serie de situaciones sociales y situaciones interpersonales -prestando una mayor atención a las primeras (dieciséis frente a solo tres), valoradas que favorecen la inclusión, y que estas situaciones necesitan de condiciones de carácter societal así como personal, para que se conviertan en realidad y produzcan beneficios para la sociedad y para los individuos.

Estos instrumentos parten de la sociología, si bien recogen aspectos psicosociales de interés por lo que pueden ser utilizados en el ámbito de la psicología social.

### **3.2. LA EXCLUSIÓN SOCIAL DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL.**

Desde la psicología se afirma que la exclusión social supone una gran amenaza a uno de los motivos sociales más poderosos: la necesidad de pertenencia. Baumeister y Leary, (1995) confirman que en el ser humano existe un impulso que hace que las personas estén altamente motivadas a ser aceptadas por los demás. Esto hace que ser excluido o rechazado socialmente implique que esta persona está sola o aislada por declaraciones explícitas de que no es apreciada por los demás y de que no se quiere interactuar más con ella o estar en su compañía (Williams, 2007). Por tanto, sentirse excluido de cualquier grupo, el que sea, es suficiente para frustrar esta motivación de pertenencia social.

Baumeister y Leary, (1995) proponen que cuando las personas no tienen sus necesidades de pertenencia satisfechas, ya sea debido a la falta de oportunidades para establecer relaciones de apoyo o por el rechazo, estarán en un estado de privación que provoca efectos inmediatos sobre el pensamiento, las emociones y el comportamiento y, si se prolonga, tendrá una variedad de efectos negativos a largo plazo sobre la salud y el ajuste psicológico. Además, aquellas personas que se perciben a sí mismos como miembros de un grupo estigmatizado también experimentan un estrés psicológico elevado (Heatherton, Kleck, Hebel y Hull, 2000). Así que en palabras de Magallares, (2011) la inclusión promueve sentimientos positivos de bienestar, ya que permite satisfacer esa necesidad tan primordial, mientras que la exclusión social cercena esta posibilidad, produciendo un efecto muy negativo sobre la persona afectada.

Para explicar el posible efecto de la exclusión, Leary, Tambor, Terdal y Downs, (1995); Leary, (2001, 2002) y Leary y Baumeister, (2000) proponen la teoría del sociómetro, estos autores plantean que en el ser humano hay un sistema interno de gran sensibilidad para



vigilar la satisfacción de la necesidad de pertenencia y lo consideran como necesario para la supervivencia. Las ventajas adaptativas que proporcionaba el estar incluido en un grupo, desde los albores de la humanidad (reproducción, alimento, protección, etc..) favoreció evolutivamente un mecanismo motivacional de evitación de la exclusión social (Beach y Tesser, 2000). Según los citados autores, este mecanismo motivacional sería la autoestima que ha ido evolucionando son los años como un sociómetro y que es capaz de controlar el ambiente social y detectar señales de rechazo o exclusión, y de este modo alertar a las personas mediante reacciones afectivas negativas cuando se captan esas señales.

El motivo o la necesidad de pertenencia tienen por objetivo cumplir tres funciones individuales, todas relacionadas con la autoestima:

- La autoestima social: Según la teoría del sociómetro de Leary y Baumeister, (2000), el grado en que la sociedad valora al individuo influye en el grado de autosatisfacción de la persona consigo misma. Esta valoración de los demás depende en primer lugar del estatus del grupo de referencia al que pertenece esa persona. Los resultados obtenidos de un estudio poblacional desarrollado en la tercera oleada de la Encuesta Social Europea (ESS, 2007), sobre una muestra total de 1876 españoles (52% de mujeres) muestran que la pertenencia a grupos estigmatizados es un aspecto influyente a la hora de determinar la satisfacción que estos individuos asumen de ellos mismos. Concretamente, se encontraron efectos significativos en dos grupos: personas estigmatizadas por raza y por discapacidad.
- El autoensalzamiento a través de la comparación social entre grupos: según la teoría de la identidad social, la autoestima depende de la comparación que realiza la persona entre su endogrupo y los exogrupos. En concreto esta teoría postula que la autoestima es mayor en la medida en que su endogrupo es superior a los exogrupos en las

dimensiones valoradas» (Levine y Kerr, 2007, p. 761). Cuando ello no es posible porque el endogrupo no facilita una comparación favorable, las personas lo intentan a través de la competición con los otros grupos o modificando las dimensiones de comparación.

- Y la reducción de la incertidumbre a través de la comparación interpersonal. De forma general, las personas tienden a comparar sus opiniones y sus percepciones de la realidad con otras personas para evaluar si los propios juicios son correctos, ya que no existen estándares objetivos. Estos autores consideran que esta función resulta más fácil de realizar si las otras personas comparten con ellas la pertenencia grupal.

En resumen, la satisfacción de la necesidad de pertenencia ayuda al desarrollo de la autoestima social y permite a las personas un marco de comparación interpersonal para la reducción de la incertidumbre y para el autoensalzamiento. La exclusión social es el fenómeno opuesto a esto, ya que impide la satisfacción de esta necesidad, produciendo un gran estado de malestar en la persona que lo padece.

Los diferentes estudios realizados con personas rechazadas o excluidas por distintas razones, como son los estudios realizados con niños rechazados (Prinstein y Aikins, 2004), con personas mayores que están y se sienten solas, (Chappell y Badger, 1989; Piquart y Sorensen, 2000) sobre amor no correspondido y la traición en parejas (Baumeister, Wotman, y Stillwell, 1993), la discriminación por raza o la posesión de alguna otra característica estigmatizante (Cathey, Norwood y Short, 2014) corroboran estos resultados. En concreto, estos estudios concluyen que a corto plazo, el rechazo provoca cambios emocionales significativos, produciendo una serie de emociones negativas que dan lugar a un estado afectivo denominado "sentimientos heridos" (MacDonald y Leary, 2005). También se ha

concluido que la exposición a largo plazo a las reacciones interpersonales negativas se asocia con problemas psicológicos y mala salud física (Pressman y Cohen, 2005; Williams, Neighbors, y Jackson, 2003).

Por otra parte, se ha encontrado que percibir la aceptación, aprobación e interés de los demás evoca respuestas mucho más positivas que creer que los demás nos rechazan (Leary, Koch y Hechenbleikner, 2001). De hecho, se ha comprobado que las respuestas positivas de los demás aumentan nuestro bienestar físico y psicológico, mientras que la exposición durante un periodo de tiempo elevado al rechazo está asociado con dificultades psicológicas a nivel clínico y con una salud física deficitaria (Pressman y Cohen, 2005)

En resumen, la salud, la felicidad y el bienestar están fuertemente relacionadas con el hecho de ser aceptado o rechazado y de hecho se ha hallado que la gente socialmente privada sufre consecuencias mucho más negativas para su salud física y psicológica que aquellos que gozan el privilegio de tener redes sociales muy ricas (Cacioppo, Hawley y Bertson, 2003).

Estos trabajos, en su conjunto alertan de las graves consecuencias emocionales que puede tener la exclusión sobre las personas que la padecen y han suscitado el interés de los investigadores, lo cual les ha llevado a desarrollar una serie de paradigmas de investigación que les permite estudiar este fenómeno tan complejo y comprobar cómo puede afectar a las personas, en el contexto de un laboratorio (Magallares, 2011). Los cinco paradigmas más destacados son:

- El juego de la pelota (balltossing): desarrollado por Williams, (1997). Este investigador utilizó el juego de pelota como situación para inducir ostracismo o inclusión en los participantes. El juego consiste en lo siguiente: se les pide a los participantes (1 verdadero y 2 colaboradores) esperar que llegue el investigador para empezar el estudio,

mientras tanto los dos colaboradores empiezan a jugar, pasando la pelota, en la condición de ostracismo no dejaban al participante verdadero participar, evitando constantemente dirigirse a él tanto verbalmente como físicamente durante 4 minutos aproximadamente, haciendo que el participantes se sintiese ignorado y excluidos. mientras que en la condición de inclusión se le permitía a los verdaderos participantes participar en el juego.

Williams y McGillicuddy, (2000), y Williams y Jarvis, (2006), desarrollaron una versión electrónica del paradigma del juego de la pelota. Esta versión resulto ser más eficiente al no requerir la presencia de compinches y menos traumático para los participantes. Se utilizaba un juego, denominado Cyberball, en el que los participantes jugaban con otras 2 o 3 personas conectadas por Internet. (En la condición de ostracismo los participantes no recibían la bola, como en paradigma tradicional, durando el experimento unos 30 o 50 lanzamientos. Por el contrario, en la condición de inclusión, a los participantes se les hacía partícipes del juego electrónico).

- Test de personalidad: desarrollada por Twenge, Baumeister, Tice y Stucke, (2001) y Baumeister, Twenge y Nuss, (2002) a diferencia de la paradigma anterior estos investigadores inducían la exclusión social a través de un supuesto test de personalidad. En esta situación experimental, los participantes, independientemente de sus características de personalidad, se les daba un feed-back falso acerca de cómo eran. En la condición de aceptación, a los participantes se les decía que por su carácter tendrían una vida social rica, con relaciones satisfactorias, matrimonios estables y largos y con grandes amistades. Por el contrario, en la condición de rechazo, se les decía a los participantes que según el test de personalidad que habían realizado era probable que en el futuro tuviesen problemas a nivel social, que seguramente acabaría sus días solos,

que sus amistades y relaciones desaparecerían al entrar en la treintena y que tenían alta probabilidad de tener varios matrimonios, incluyendo diferentes fracasos amorosos. También se añade una condición en la que se dice a los participantes que en el futuro tendrán más accidentes (por ejemplo, que se romperán una pierna o que se chocaron con su coche) que se compara tanto con el grupo control como con el de exclusión social.

- Grupos de discusión: Nezelek, Kowalski, Leary, Belvins y Holate, (1997) proponen otro paradigma para inducir el sentimiento de exclusión en sus participantes de una forma alternativa, los investigadores reunían a sus participantes en pequeños grupos para hablar sobre ciertos temas. creando una especie de club de debate donde los participantes discutían diversos temas con total libertad, pero antes de empezar, se pedía a los participantes de forma individual que eligieran a la persona o personas con quienes más les gustaría trabajar para formar grupos de discusión. En la condición de exclusión, se les decía a los participantes que ninguna de las personas que había seleccionado para trabajar con él le había elegido. Por el contrario, en la condición de inclusión se le indicaba que las personas seleccionadas querrían trabajar con él de forma gustosa.

- Video: desarrollado por Bushman, Bonacci, Van Dijk y Baumeister, (2003), estos investigadores utilizan otro procedimiento para inducir la exclusión a sus participantes. en una primera etapa se les explicaba a los participantes que para la realización de una tarea donde tendrían que interactuar cara a cara con un compañero era necesario que se presentase entre ellos, por tanto se les pedía que grabasen un video de unos 3 minutos aproximados de duración, donde hablan de sus planes de futuro así como de sus

hobbies. (los participantes han visualizado anteriormente videos parecidos de supuestos participantes (actores) de su mismo género). una vez grabados los videos el investigador los recogía para darlo supuestamente al futuro compañero. Poco después el experimentador regresaba diciendo que la otra persona se había marchado y que por lo tanto no sería posible realizar la interacción cara a cara. En la condición de exclusión se les decía a los participantes que la persona se había marchado porque le había desagradado el vídeo que acababa de ver, mientras que en la condición control se les indicaba que la otra persona se había tenido que marchar por otras causas (debido a que tenía una cita a la que debía acudir).

- Ensayo: desarrollada por Gardner, (2000), el presente paradigma manipula la exclusión social a través de un procedimiento de carácter más cognitivo. Gardner plantea una situación experimental muy sencilla consistente en pedir a los participantes que traten de recordar diversas experiencias de discriminación o rechazo que hayan vivido a lo largo de los años. Así, en la condición de exclusión se pedía a los participantes que escribieran un texto sobre los cuáles habían sido sus experiencias de rechazo (por ejemplo, cuando su pareja les había dejado o les habían echado del trabajo). Por el contrario, a las personas del grupo de inclusión se les pedía que anotaran en una hoja cuales habían sido las experiencias de aceptación más agradables que recordasen (por ejemplo, el día de su boda o el día de su graduación) En este paradigma también se incluye un grupo control en el que se pedía los participantes que escribiesen sobre lo que habían hecho la mañana en la que se desarrollaba la investigación.

Es necesario mencionar que en todos estos paradigmas, y después de terminar el experimento, se realiza un intenso *debriefing* con todos los participantes, para dejar claro a los participantes que lo sucedido durante el experimento no es real y que solo se persiguen objetivos de investigación.

### ***3.2.1. Efectos producidos por el rechazo y la exclusión.***

Gracias a la utilización de los paradigmas de investigación anteriormente mencionados ha sido posible el estudio científico de los efectos que produce el proceso de la exclusión en las personas que lo experimentan, en este apartado abordaremos de una manera detallada los resultados más relevantes:

#### Efectos cognitivos:

La investigación de la exclusión ha puesto de manifiesto que cuando se manipulan los sentimientos de rechazo las personas que forman parte del grupo socialmente aislado tienen déficits cognitivos serios comparados con el grupo control. Estos efectos hacen referencia principalmente al comportamiento inteligente y a la auto-regulación de las personas. En concreto, Baumeister et al., (2002) han comprobado que la exclusión social, inducida a través del paradigma del test de personalidad, producía un descenso de la conducta inteligente (medido a través de un test de CI, razonamiento verbal, matemático y espacial) en tareas cognitivamente complejas como problemas de lógica y razonamiento, y que afectaba también a la velocidad de los participantes y a su fiabilidad a la hora de realizar las pruebas. Y que este efecto estaba mediado por el estado de ánimo de los participantes. Posteriormente Baumeister, DeWall, Ciarocco y Twenge, (2006), y DeWall, Baumeister y Vohs, (2008) realizaron una serie de experimentos (6 y 7 experimentos, respectivamente), donde combinaban entre el paradigma del test de personalidad y grupos de discusión,

demostrando experimentalmente que la exclusión y el rechazo social también reducen la auto-regulación de las personas.

### Efectos emocionales:

Numerosos trabajos realizados sobre la exclusión han demostrado que la exclusión social produce efectos negativos en la capacidad de sentirse bien en las personas que sufren rechazo social. La exclusión social produce decrementos significativos de la autoestima, el sentido de pertenencia, la percepción de sentido y en general, un efecto de aplanamiento emocional.

Uno de los trabajos más relevantes realizados en este campo es el llevado a cabo por Leary et al., (1995). Estos autores, a través de la realización de 5 experimentos, donde inducían y manipulaban la exclusión de manera diferente, han demostrado a nivel empírico, el nexo de unión negativo entre la autoestima y la exclusión social.

Además de la autoestima, también se ha estudiado el efecto de la exclusión social en el sentido de pertenencia. Por ejemplo, Stillman, Tyler y Baumister, (2009) en 3 estudios diferentes, encontraron que los participantes del grupo que experimentaban exclusión social percibían la vida como algo sin sentido en comparación con otro grupo control.

Otra de las variables emocionales relacionadas o afectadas por la exclusión social es la expresión emocional. De hecho, Twenge, Catanese y Baumister, (2003) demostraron científicamente que la exclusión social producía un estado de aplanamiento afectivo y emocional. En concreto, se ha encontrado (usando el paradigma de grupo de discusión) que los participantes de la condición de exclusión sobrestimaban los intervalos de tiempo (tenían que indicar cuantos segundos habían transcurrido cuando se paraba un cronómetro), tenían problemas para demorar las gratificaciones (preferían un trabajo malo pero inmediato que uno mejor pero de cara al futuro) y se centraban mas en el presente que en el pasado.



Y con el paradigma del test de personalidad, también se halló que los participantes de la condición de exclusión evitaban la autoconsciencia ya que preferían sentarse en una silla que tuviera delante una pared en vez de un espejo. Es decir, las personas excluidas entran en un estado defensivo que les dificulta el pensamiento, la emoción y la auto-consciencia y que en general se caracteriza por un estado de aletargamiento.

Por último, Blackhart, Nelson, Knowles y Baumeister, (2009) realizaron un meta-análisis donde han estudiado los efectos que produce la exclusión social (rechazo interpersonal y ostracismo) en el bienestar. De los 161 estudios analizados y que manipulaban experimentalmente la exclusión social, se ha confirmado que este último tiene un claro efecto tanto sobre el estado de ánimo (más emociones negativas) como sobre la autoestima.

#### Efectos conductuales:

A nivel de conducta se han hallado una serie de efectos. En primer lugar, se ha comprobado que las personas que sufren rechazo son menos dispuestas a prestar ayuda a los demás, Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco y Bartels,(2007) demostraron, en una serie de experimentos utilizando el paradigma del test de personalidad, que la exclusión social producía una reducción sustancial en el comportamiento prosocial de los participantes. Por ejemplo, donaban menos dinero, participaban menos como voluntarios etc..

Además de reducir la conducta de ayuda, en el contexto del laboratorio también se ha hallado que las personas socialmente rechazadas son más hostiles. Twenge et al., (2001) han demostrado, mediante el paradigma del test de personalidad, que la exclusión incrementaba las respuestas antisociales y agresivas de los sujetos que la padecían. Por ejemplo estos autores han encontrado que los participantes de la condición de exclusión hacían una evaluación más negativa de aquellas personas que les habían criticado con

anterioridad y que no eran agresivos hacia las personas que con anterioridad les habían alabado y elogiado.

En esta misma línea, DeWall, Twenge, Gitter y Baumeister(2009) han estudiado la relación existente entre agresión y la exclusión social, realizando una serie de experimentos utilizando tanto el paradigma del test de personalidad así como de video. Los resultados pusieron de manifiesto que la exclusión social incrementa la agresividad ya que produce que la información en principio neutral se acabe percibiendo como hostil y en contra de la persona. Por ejemplo, estos autores han encontrado en 2 estudios realizados con el paradigma del vídeo, donde se pedía a los participantes que realizaran dos tareas. La primera de ellas consistía en que tenían que juzgar la similitud de 2 series de palabras, unas relacionadas con la agresividad y otras ambiguas. La segunda tarea consistía en dar a los participantes una serie de palabras con letras ausentes con el objetivo de que las completaran (siendo posible hacerlo con palabras agresivas o bien neutrales). Lo que se halló fue que los participantes de la condición de exclusión percibían como más parecidas las palabras agresivas y los ítems ambiguos y además completaban más palabras agresivas en la segunda tarea comparados con el grupo control.

Además de la conducta prosocial o la agresividad y la hostilidad, la exclusión afecta también a la manera que tienen las personas de relacionarse con los demás. Por ejemplo, Maner, DeWall, Baumeister y Schaller, (2007) han encontrado que la gente socialmente excluida se embarca en comportamientos que les permiten la oportunidad de establecer contactos con otras personas para tener nuevas oportunidades sociales de lograr la inclusión por otros medios. Así, se ha hallado que el rechazo incrementaba el interés de los participantes en hacer nuevas amistades.

Por último, en lo que se refiere a los efectos conductuales, hallamos que la exclusión también produce que las personas realicen más conductas irracionales y peligrosas. Twenge, Catanese y Baumeister, (2002) realizaron 4 experimentos con el paradigma del test de personalidad, y han demostrado que los participantes de la condición de exclusión realizaban más comportamientos de riesgo y tomaban más decisiones negativas para la salud.

#### Efectos físicos:

Además de los efectos antes mencionados, la exclusión produce también efectos a nivel físico parecidos a los que produce el dolor. Eisenberger, Leiberman, y Williams, (2003) realizaron el primer trabajo de neurociencia y examinaron que las bases cerebrales del dolor social son similares a las del dolor físico. Lo que se encontró fue que el cortex anterior cingulado y el cortex prefrontal ventral derecho estaban más activados en la condición de exclusión social que en el grupo control. Ambos córtex son zonas relacionadas con el dolor físico lo cual demuestra la similitud que existe entre ambos tipos de dolores. En la misma línea Chen, Williams, Fitness y Newton, (2008) Realizaron un estudio, donde pedían a los participantes que recordasen situaciones de dolor físico y dolor a nivel social, y se halló que los niveles de dolor eran más altos cuando los eventos que recordaban eran sociales que cuando se evocaban episodios de dolor físico.

Por otro lado, la investigación también ha puesto de manifiesto que la exclusión social también afecta al ritmo cardiaco. En concreto, Gunther Moor, Crone y Van der Molen, (2010) han encontrado que el rechazo produce un descenso de la tasa cardiaca. Estos autores explican que este fenómeno fisiológico que se produce ante la exclusión está relacionado con el sistema nervioso parasimpático, que controlaría la emisión de este tipo

de respuestas con el objetivo de una regulación afectiva en el individuo (en este caso a través de una reducción de la tasa cardiaca).

De hecho, la situación de crisis social vivida en los últimos años ha generado la realización de trabajos para comprobar los efectos de la exclusión social económica. Así Bolívar, Bernal, Mateo et al., (2015) comprueban que esta situación económica, multiplica por 13 las probabilidades de tener una mala salud y percibirlo así, siendo este porcentaje mayor en las mujeres (80.9%) con respecto a los hombres (57%). En cuanto a la salud física, se incrementa hasta 3 veces la posibilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, y casi dos veces la del tabaquismo, mientras que en salud mental, predominan la depresión y la ansiedad.

No obstante, la exclusión social no es solo un resultado de problemas de tipo económico o financiero, sino que implica muchos más componentes psicosociales a tener en cuenta. En resumen, la exclusión o el rechazo social traen consigo una serie de consecuencias negativas de diverso tipo en las personas que lo padecen, perjudicando su salud física y psicológica. Sin embargo, se ha destacado cierta inconsistencia en los resultados hallados de los diferentes estudios. Ya que la exclusión no producía los mismos efectos de forma consistente en todos los participantes. Los participantes de los mismos estudios informaban niveles y efectos diferentes que los demás. Esta inconsistencia puede deberse en parte a aspectos metodológicos, pero también se puede aludir a otros aspectos psicológicos e individuales. Ya que el temor a caer en la exclusión pondrá en marcha diferentes procesos de regulación.

En el presente trabajo planteamos que la relación entre la exclusión o el rechazo social y sus posibles efectos en las personas que lo manifiestan, no es una relación directa o

lineal, sino que existen una serie de variables emocionales y cognitivas que interferirán de alguna manera en esta relación.

Por tanto, uno de los objetivos principales de este trabajo es analizar en qué medida las personas que se enfrentan al rechazo disponen de herramientas para sobrellevar tales situaciones de exclusión. En concreto, planteamos analizar el papel que las estrategias de afrontamiento, la conceptualización del rechazo, la autoestima y la inteligencia emocional, desempeñan en esta relación.

### **3.3. LA MADRE SOLTERA ANTE EL HONOR Y EL RECHAZO- EXCLUSION SOCIAL.**

Como hemos analizado a lo largo de los capítulos anteriores, la imagen que acompaña principalmente a las mujeres cuando derogan los códigos de honor es de impuras, una imagen de desprestigio que la impulsa brutalmente a una escala de degradación social, y que afecta simultáneamente a la reputación de su grupo y lo deshonra (Bousbaa y Anbi, 2017; Heroui, 2013; Benkhouya, 1990).

Así que, con el objetivo de restablecer su honor y mantener los requisitos preestablecidos de la buena reputación, las familias se verán conducidas a deshacerse de la mancha de su hija impura. A menudo optan por la elección de echarla, a veces a su pesar. Sumisos a la presión social y a la intensidad de su carga, los familiares buscan e intentan mantener su imagen social intacta (Naamane-Guessous y Guessous, 2011; Cherkaoui, 2010).

Por tanto, las madres solteras son consideradas como mujeres que han experimentado la sexualidad fuera del marco legal y prescrito, son mujeres que han violado el código de su comunidad y se han entregado sin el consentimiento de su grupo, por tanto

se enfrentará a la sociedad que siempre le va a recordar su trayectoria, y las pérdidas causadas por su transgresión. Su delito se considera aun más grave que la sexualidad, ya que es un hecho visible por su estado de embarazo.

Los miembros de su grupo se proclamaran jueces a través de sus miradas oscuras y sus rostros que reflejan todas las formulas de exclusión, las empujan a huir de sus lazos afectivos, sus relaciones sociales, y las persiguen sin descanso en su marcha inexorable que le han trazado hasta que le despojen su derecho de existencia y su estado de pertenencia a la condición humana (Cherkaoui, 2010).

Algunos mas compasivos y cortés de su entorno la juzgan solo de "prostituta", y en cuanto a su reconocimiento como persona, la aceptan con una mirada escindida, una mezcla paradójica de amor y rechazo, la consideran culpable y víctima al mismo tiempo, abusada y engañada por un hombre traicionero (Naamane-Guessous y Guessous, 2005).

Resumidamente, estas madres son objeto de diferentes formas de prejuicio tanto explícitas como la discriminación, estigma y agresión, e implícitas como las microagresiones sutiles. Y los diferentes hallazgos confirman que los prejuicios estigmáticos evocan un alto estado de estrés crónico en las personas que lo sufren (Burton, Marshal, Chisolm, Sucato y Friedman, 2013; Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema y Erickson, 2008; Sue, 2010; Kaufman, Baams y Dubas, 2017; Hatzenbuehler, 2009). De hecho varios estudios afirman que las madres solteras tienen más probabilidades de experimentar un estrés que es "crónico, grave y prolongado" asociado a su situación (Broussard, Joseph y Thompson, 2012; Cairney, Boyle, Offord y Rcine, 2003).

Esto es preocupante para la salud y el bienestar de las madres solteras, ya que se ha demostrado que el estrés conduce a resultados adversos sobre su salud mental (Burton et al., 2013) y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2009) afirmó que el estrés crónico está relacionado con la depresión, la ansiedad y una mayor susceptibilidad a las infecciones virales.

Al igual, se ha demostrado que las madres solteras suelen carecer de apoyo social (Cairney et al., 2003) y de medios sociales (Broussard, 2010), que son considerados como un aspecto esencial del bienestar de las madres solteras, ya que les ayuda a mitigar su mayor susceptibilidad al estrés (Jackson, 1998).

Tener relaciones sociales influye en el bienestar psicológico y emocional, y tiene un impacto significativo en el bienestar físico mientras que la falta de relaciones sociales se relaciona con un detrimento de la salud (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris y Stephenson, 2015), y cuando las madres solteras, se perciben a sí mismas como carentes de apoyo social, tienden a experimentar mayores niveles de estrés y trastornos mentales y problemas de salud (Crosier, Butterworth y Rodgers, 2007). Siendo las formas de apoyo intangible más importante para ellas que las formas tangibles (West, Miller y Moate, 2017). Asimismo, se ha demostrado una asociación positiva entre apoyo social y síntomas depresivos en muestras de madres solteras (Manuel, Martinson, Bledsoe-Mansori, y Bellamy, 2012; Atkins, 2017).

Hay que indicar igualmente que las madres solteras están cada vez más tomando la palabra, declaran abiertamente, dan testimonio con la cara descubierta, y denuncian las injusticias que sufren, mientras que apenas hace unos cuantos años atrás, se escondía en un silencio profundo, envuelto de vergüenza. Donde las madres se presentaban como culpables, pero hoy se tiende a considerarlas como víctimas que reivindican sus derechos.

## **CAPITULO 4**

### **VARIABLES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.**

Sin duda, las madres solteras, en una sociedad como es la marroquí son objeto de rechazo continuo y de exclusión de su entorno. Un rechazo que acaba repercutiendo sobre su salud psicológica de diferente manera y grado. Si bien podría parecer que la exclusión tiene un efecto más fuerte sobre la salud psicológica, consideramos que no es el único y que hay variables que pueden hacer que esta relación sea más fuerte o más tenue. Es decir, las mujeres pueden o no contar con fortalezas, haciendo que el efecto de su rechazo o exclusión social sea diferente. Por ello, en el presente trabajo de investigación consideramos que en esta relación interfieren una serie de variables emocionales, psicológicas y sociales. Sin embargo, tras una revisión exhaustiva de la literatura, optamos por una cuidada selección de las variables que consideramos más relevantes para el tema en cuestión.

En este capítulo procedemos a su breve explicación para una mejor comprensión de los mismos. Así como se explicará la relación que existe entre ellas, la exclusión social y la salud psicológica. En concreto, las variables que vamos a tratar son Inteligencia emocional, autoestima, estrategias de afrontamiento, como variables psicosociales y por otra parte, ansiedad y depresión como variables resultado de salud.

#### ***4.1. ANSIEDAD Y DEPRESION.***

##### ***4.1.1. Ansiedad.***

De manera general, podemos considerar a la ansiedad una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto. Este tipo de reacciones se producen ante cualquier situación que nos



resulte amenazante o estresante (Marqueta, Jiménez-Muro, Beamonte, Gargallo y Nerín, 2010). Las reacciones de estrés suelen englobar distintas respuestas emocionales, especialmente de ansiedad. Aunque la ansiedad y el estrés implican reacciones adaptativas a las demandas del medio, si el estado de activación por ansiedad y estrés es muy intenso y, sobre todo, si se prolonga en exceso, se producen consecuencias negativas a tres niveles: disminución del rendimiento, problemas de salud física y problemas de salud mental (Rovella, Rodríguez, y Solares, 2008; Palomar Lever y Cienfuegos Martínez, 2007; Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés –SEAS, 2018).

En la actualidad, los trastornos de ansiedad, se configuran entre unos de los problemas psicológicos con mayor prominencia en la población a nivel mundial (Sáiz et al., 2014; Guillén y Buela, 2011) según la organización mundial de la salud, 264 millones de personas padecen de ansiedad, siendo el porcentaje de mujeres mayor que el de los hombres (4.6% vs 2.6) (WHO, 2017). Este dato es corroborado por la American Psychiatric Association (APA), que afirma los trastornos de ansiedad junto con la depresión, presentan mayor presencia sobre la población, formando parte de las diez enfermedades con mayor frecuencia en el mundo y prediciendo que para el año 2020 serán la segunda causa de incapacidad en la población. De hecho, distintos trabajos evidencian que existen relaciones entre la ansiedad y la salud mental sobre todo en la adolescencia (Axelsson y Ejlertsson, 2002; Bagley y Mallick, 2001; Chamberlain y Haaga, 2001), asociándose al riesgo de desarrollar ciertas patologías como, por ejemplo, la hipertensión en las mujeres o como factor de riesgo de la sobremortalidad cardiovascular (Hansen, 2003) entre otras muchas. En cuanto a las diferencias de género, se observa que el porcentaje de mujeres es significativamente superior al de hombres en todos los tipos de ansiedad tipificados

(Navarro- Pardo, Meléndez Moral, Sales Galán y Sancerni Beitia, 2012), excepto en el trastorno obsesivo-compulsivo (Bernaldo de Quirós et al., 2012). En resumen, podemos afirmar que es la respuesta emocional más ampliamente estudiada.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) en la sección de trastornos de ansiedad recoge todos los trastornos de ansiedad, y los clasifica de la siguiente manera: Trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de angustia, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicación, trastorno debido a otra enfermedad médica, otros trastornos de ansiedad especificado y trastorno de ansiedad no especificado (Feliú, 2014).

Esta clasificación implica un importante cambio, respecto a otras anteriores, al pasar de entenderse como un constructo unitario a concebirla como una entidad múltiple. En la actualidad, la ansiedad se concibe como una respuesta emocional normal que se pone de manifiesto ante la percepción de amenaza y que genera un estado de alerta cognitivo establecido mediante la atención centrada, procesamiento rápido de información y activación fisiológica del organismo (Vidal, Ramos y Cano, 2008). Así mismo Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena (2006), basándose en la teoría de los tres sistemas de respuesta de Lang (1968), la definen como un estado de inquietud en el cual un individuo tiende a experimentar sensaciones de incomodidad, tensión y displacer, que a su vez conllevan a estados de malestar general, en el cual se encuentran involucrados tres áreas principales: el área cognitiva (temor, pensamientos negativos, mal funcionamiento de atención, memoria y concentración), el área conductual o relacional (temblores, inquietud, tensión ambiental y familiar) y finalmente el área somática (hiperactivación vegetativa), siendo cada uno potencialmente relevante para medir y evaluar las respuestas de ansiedad.

La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar una respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona (Tobal, 1990). En la literatura nos encontramos diferentes distinciones de la ansiedad, por ejemplo Sheehan, (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales); la primera está ligada a la ansiedad generalizada, mientras que la segunda es la responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos. Al igual, la ansiedad se puede dividir igualmente en primaria, cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las afecciones primarias psiquiátricas. Asimismo, otros diferencian también entre una ansiedad reactiva que es conocida como las reacciones neuróticas de la angustia, y una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003). Sin embargo, la distinción más destacada es la propuesta por Spielberger, (1966, 1985), quien, partiendo de los trabajos de Cattell, (1966), destacó la necesidad de distinguir entre la ansiedad como un rasgo de personalidad relativamente estable (ansiedad-rasgo) y como un estado emocional transitorio (ansiedad-estado).

La ansiedad-estado se refiere a un estado o condición emocional transitoria que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión e hiperactividad del sistema nervioso autonómico. La ansiedad-rasgo hace referencia a un grado de ansiedad estable que supone que el sujeto perciba las situaciones como amenazadoras, lo que conlleva un mayor nivel de la ansiedad (Seisdedos Cubero, 1990; Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2011).

La ansiedad-rasgo sería un condicionante previo, ya que forma parte de la personalidad del individuo. Por otro lado, la ansiedad-estado sería una consecuencia provocada por una situación que el individuo percibe como amenazante. La diferencia principal entre ambas es que la primera es relativamente estable y tiende a elevar la ansiedad-estado.

Esta distinción entre ansiedad rasgo-estado, ha sido respaldada tanto desde la fisiología como desde la psicología, mientras que las primeras proveen una perspectiva unidimensional del rasgo, las segundas posibilitan explicaciones más complejas y multidimensionales, defendiendo de tal manera la existencia de diferentes rasgos específicos asociados a tipos de situaciones (Arcas Guijarro y Cano Vindel, 1999), dando lugar a la clasificación de los diferentes tipos de ansiedad. Esta distinción es fundamental también en cuanto a la forma de medirla, destacamos el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) elaborado por Spielberger et al., (1970), que es uno de los autoinformes de ansiedad más usados alrededor del mundo (Andrade, Gorestein, Vieira Filho, Tung y Artes, 2001) siendo el más utilizado y adaptado a más de 60 idiomas, aportando altos niveles de fiabilidad y validez (Spielberger y Reheirer, 2009). Y puesto que el objetivo de nuestro trabajo es evaluar el nivel de ansiedad general que experimentan nuestras participantes, consideramos idónea su utilización en el presente trabajo.

Como explicamos anteriormente, la situación de maternidad en solitario, sobre todo la no esperada y no planificada en un país como Marruecos, supondría un cambio drástico en su vida, y les producirá un alto nivel de ansiedad, puesto que además del estrés que supone crear a sus hijos solas, estas madres consideraran que serán excluidas y repudiadas de su entorno social.

Esto puede tener consecuencias muy importantes sobre los hijos/as y por tanto, sobre el conjunto social. De hecho, se ha encontrado que el vínculo entre el bebé y las madres que sufren diferentes tipos de ansiedad se ve afectado por este proceso, sobre todo en el caso de los bebés que se muestran más sensibles a un menor vínculo maternal debido a trastornos de ansiedad de la madre. Esta falta de vínculo con la madre puede ocasionar rechazo, hostilidad, agresividad hacia el bebé, y aumenta el riesgo de abuso y negligencia, por lo que es un proceso crítico en el desarrollo de los niños/as. Curiosamente, se producen distintas estrategias de regulación en los niños y niñas de madres con trastornos de ansiedad y bajo apego, dependiendo de la edad del niño o niña (Müller et al., 2016). Al igual, se ha encontrado que los niños nacidos de madres solteras mostraron altas tasas de problemas psicológicos, y que estos en realidad están asociados más bien a los altos niveles de desventaja económica y mala salud mental materna, y no solo a la situación de monomaternidad (Waldfogel, Craigie y Brooks-Gunn, 2010; Kiernan y Mensah, 2010).

Este resultado puede afectar al desarrollo en la adolescencia. De este modo, se comprueba que los adolescentes con madres que sufren de ansiedad tendrán más problemas emocionales. Asimismo, se ha observado que los hijos de madres solas tienen más probabilidad de experimentar algún trastorno externalizante, pero tienen probabilidades similares en depresión y ansiedad que adolescentes en otras familias (Daryanai, Hamilton, Abramson y Alloy, 2016). Por tanto, la cuestión no es crecer en un entorno de madre sola puesto que esto no incrementa sustancialmente la probabilidad de desorden afectivo en la adolescencia, sino como esa madre enfrenta la situación y los niveles de ansiedad que le genere.

Finalmente, puesto que hay pruebas considerables de comorbilidad de la ansiedad y los trastornos depresivos (por ejemplo, Brown, Campbell, Lehman, Grishman y Mancill, 2001; Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales, 2004; Carragher, Krueger, Eaton y Slade, 2015) y una creciente evidencia de que la depresión y los trastornos de ansiedad cargan sobre el mismo factor latente general, una dimensión de "internalización" transdiagnóstico (Sandín, Chorot y Valiente, 2012; Osma, Castellano, Crespo, y García-Palacios, 2015), otras evidencias provienen de diferentes trabajos de intervención en los que se muestra que los tratamientos destinados a reducir un determinado trastorno de ansiedad, podrían reducir problemas de depresión comórbidos (Tsao, Mystkowski, Zucker y Craske, 2002). Desde una perspectiva neuropsicológica, asimismo, se encuentran pruebas de que las áreas cerebrales implicadas en diferentes problemas emocionales son comunes (Wilamowska et al., 2010). Por todo ello, consideramos de interés incluir la variable depresión a nuestro estudio.

#### ***4.1.2. La depresión.***

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo y se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) y, aunque en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Del mismo modo, el DSM-V establece que no todas las personas que padecen depresión experimentan

todos los síntomas, algunos solo padecen unos pocos, y que la gravedad y la duración de estos varía mucho de una persona a otra.

En los últimos años, la depresión ha adquirido gran importancia como problema de salud pública por su alta prevalencia, y por el fuerte impacto que tiene sobre la sociedad. De hecho la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la depresión afecta a más de 322 millones de personas, lo que equivale al 4,4 por ciento de la población mundial, con un aumento del 18.4% entre 2005 y el 2015, siendo más común entre las mujeres que los hombres con un 5.1% frente a 3.6%. (World Health Organization, 2017). Aunque los investigadores coinciden en que las tasas de prevalencia son mayores en mujeres, no existe consenso para las tasas de recurrencia que parecen ser iguales en ambos sexos (Vazquez-Machado, 2016). Además, se ha encontrado de modo consistente que el riesgo de que las mujeres sufran una depresión en comparación con los hombres en los países desarrollados es de dos frente a uno (Keers y Aitchison, 2010) y de tres a cuatro frente a uno en los países en desarrollo (Demir Karacetin, Demir, Uysal 2011). Algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar los síntomas depresivos (Shansky, 2009; Essau, Lewinsohn, Seeley y Sasagawa, 2010), atribuyendo estas diferencias tanto a factores hormonales, genéticos, como psicosociales (Vazquez-Machado, 2016).

Generalmente, la depresión es la principal causa de deterioro en la salud mental, bienestar psicológico y de discapacidad en el mundo (Álvaro Estramiana, Garrido-Luque y Schweiger-Gallo, 2010). Además, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe tratamiento por falta de recursos y/o por falta de

evaluación exacta, llevando a cerca de 788.000 personas a que se quiten la vida (World Health Organization, 2017).

Aunque la depresión se considera como una enfermedad médica, y la medicación es el tratamiento más comúnmente utilizado para la misma (Narrow, Regier, Rae, Manderscheid y Locke, 1993), la amplia mayoría de las depresiones no son atribuibles a causas médicas, y sólo el 16% de la varianza total de la depresión se justifica por influencias genéticas (Silva, 2002), siendo los problemas que surgen a lo largo de la vida las influencias más importantes estadísticamente en los síntomas depresivos informados por los sujetos (Vazquez, Muñoz y Becoña, 2000). Por tanto, los factores genéticos solo hacen a las personas más sensibles a los eventos externos (Silva, 2002).

En líneas generales, comprobamos que existen dos formas de abordar este cuadro sintomático. Desde la perspectiva biológica, la mayoría de las teorías sobre la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro (Hammen, Brennan, Keenan-Miller, Hazel y Najman, 2010). La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central (Friedman y Thase, 1995; Nemeroff, 2009). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Nestler, Barrot, Dileone, Eisch, Gold y Monteggia, (2002) basándose en estudio de imagen cerebral, determinan las diversas zonas cerebrales que median las anomalías implicadas en la depresión, por ejemplo la neocorteza puede mediar síntomas cognitivos de la depresión,



como las dificultades en memoria o los sentimientos de desesperanza o culpa. Así mismo, áreas como la amígdala, vinculada en la memoria emocional, puede mediar síntomas relacionados con la motivación, entre ellos la anhedonia y el hipocampo, vinculado con el apetito, el sueño, los ritmos circadianos.

Desde una perspectiva psicológica, en la actualidad coexisten diferentes propuestas y planteamientos que explican la causa y el mantenimiento de la depresión. Las primeras propuestas para explicar la depresión han surgido desde el paradigma conductual y explican que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido donde las personas han aprendido a relacionarse con su entorno de una forma disfuncional (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas (Vázquez et al., 2000).

Posteriormente, surgen los modelos cognitivos que generalmente enfatizan el papel de los procesos cognitivos en la génesis de la depresión y consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Estos modelos parten de que las personas construyen sus creencias a base de un procesamiento consciente y voluntario de la información procedente del medio, pero un fallo en el sistema de procesamiento de la información, como una percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. De hecho, la investigación apoya que los sujetos depresivos tienen un sistema de creencias prototípico, caracterizado por la inferencia arbitraria y la distorsión de la realidad, con una tendencia de evaluación negativa, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Y que este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión. Dentro de este paradigma se destaca el modelo de

Beck (1967, 1976), el modelo de indefensión aprendida de Seligman (1971), de Maeir y Seligman, (1976) y su reformulación la teoría atributiva del modelo de indefensión aprendida de Abramson, Seligman y Teasdale, (1978).

Hay mucha evidencia sobre el papel importante que juegan los factores cognitivos tanto en el inicio del episodio depresivo, como en las recaídas y recurrencias del mismo (Kuyken, Watkins y Beck, 2005; Kuyken, Dalgleish y Holden, 2007). También los resultados procedentes del campo clínico, a partir de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en el manejo de la depresión, confirman esta relación (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Paykel, 2007).

Además de los planteamientos conductuales y cognitivos-conductuales, se han propuesto otros muchos planteamientos psicológicos para explicar la depresión. De todos ellos, destacan los modelos de vulnerabilidad. Estos tienen por objetivo determinar las variables presentes previamente a la instalación del trastorno que generan un aumento en la probabilidad de desarrollar o presentar episodios recurrentes de depresión (Ingram, Miranda y Segal, 2006). Enfatizan que son estas variables las que determinan que algunas personas se depriman y otras no ante los mismos acontecimientos (Goodman y Brand, 2002)

Dentro de los modelos de vulnerabilidad más utilizados para explicar la instauración de la depresión está el modelo de diátesis-estrés y es el que más investigación ha generado (Sanz y Vázquez, 2008). Estos modelos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis) relacionados con la forma de procesar la información, los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno (Vázquez, Hernan-gómez y Hervás, 2008).

Es decir, la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (esquemas con contenido negativo). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes) para el cual el individuo está sensibilizado. Estos esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rush, 1984).

Aunque el origen difiere según los modelos, todos coinciden en que los sesgos cognitivos son un elemento fundamental que favorece la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos. Siendo los sesgos más estudiados los de memoria, atribuciones causales, atencionales, y de interpretación (Gotlib y Hammen, 2002; Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009; Sánchez y Vázquez, 2012).

Al igual, varios estudios señalan que la exposición a eventos adversos de la vida temprana y los procesos disfuncionales de apego familiar que afectan la evaluación y la regulación de las emociones, así como los rasgos de personalidad como el neuroticismo, son algunos de los factores de vulnerabilidad subyacentes más destacados para los trastornos de ansiedad y depresivos (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis, y Carl, 2014; Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes y Luyten, 2011).

Además de los factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis), este modelo sostiene que la aparición de la depresión necesita de sucesos estresantes que la desencadenen. De hecho encontramos que gran parte de la investigación realizada sobre la depresión se centró en identificar la relación entre el estrés de la vida y la depresión, fijando su interés sobre

todo en el papel que cumplen los sucesos vitales estresantes en el inicio del trastorno depresivo (Kercher, Rapee, y Schniering, 2009). Por ejemplo, Ingram, Miranda y Segal (1998), definen el estrés como los “sucesos vitales (mayores o menores) que alteran los mecanismos mantenedores de la estabilidad cognitiva, emocional, fisiológica del individuo, desafiando sus recursos de afrontamiento” (pág. 76). Incluyendo situaciones de pérdida y fracaso, así como la muerte de un ser querido. (Hammen, 2005; Monroe, Slavich, Georgiades, 2008).

Los estudios descriptivos han documentado ampliamente que la gran mayoría (80%) de los episodios de depresión mayor ocurre a los pocos meses o incluso menos de haberse producido los principales eventos negativos de la vida, con evidencia empírica de factores estresantes que juegan un papel desencadenante o causal (Brown y Harris, 1989; Kendler y Gardner, 2010). Además, otros estudios, utilizando entrevistas de diagnóstico para evaluar la depresión clínica, han demostrado que las vulnerabilidades cognitivas interactúan con factores estresantes para predecir el inicio prospectivo de episodios depresivos (Abela y Hankin, 2011; Bohon, Stice, Burton, Fudell, y Nolen-Hoeksema, 2008). También se ha comprobado la presencia de tasas elevadas de eventos vitales estresantes entre personas con historias de depresión en comparación con aquellos sin depresión (Liu, 2013, Hammen, 2016) y numerosos estudios longitudinales han hallado que la intensidad de las reacciones depresivas se puede predecir por la interacción entre un nivel elevado de actitudes y cogniciones disfuncionales con la aparición de sucesos estresantes de tipo general (Hankin, Abramson, Miller, Haeffel, 2004; Lewinshon, Joiner y Rohde, 2001). Finalmente, en otro estudio prospectivo realizado sobre adolescentes se observó una interacción entre el nivel de estrés y el nivel de actitudes disfuncionales en la predicción de nuevos episodios depresivos (Lewinshon et al., 2001).

En una primera fase, la mayoría de la literatura empírica se ha centrado sobre todo en estresores episódicos, de contenido negativo o indeseable, llegando a la conclusión de que tanto el número de estresores como su gravedad se relacionan con el inicio de un episodio depresivo (Hammen, 2005), y algunos investigadores consideraban que la presencia de acontecimientos vitales graves se relacionaba con la predicción de la depresión sólo en algunos casos, y que acontecimientos menos graves no se relacionaban con la predicción de la depresión (Monroe, Simons, 1991). Sin embargo, evidencia más reciente sugiere que los estresores de baja intensidad pero crónicos son más prevalentes que los estresores mayores y pueden desempeñar un papel importante en el inicio de la depresión, con una mayor capacidad explicativa (Hammen, Henry y Daley, 2000; Monroe, Torres, Guillaumot, et al., 2006).

Son muchas las investigaciones que se han centrado en explorar las diferencias entre estrés crónico y agudo, el papel del estrés entre primeros episodios y episodios recurrentes, y también sobre los efectos que puede tener un estresor crónico cuando interacciona con estresores episódicos, pero los resultados no parecen ser tan claros, por ejemplo se ha demostrado que personas con niveles de dificultad crónica (ej.: pobreza) parecen más resistentes frente a adversidades menores de la vida (Cairney, Boyle, Offord y Racine, 2003) mientras que otros sugieren que el estrés agudo y crónico parecen jugar papeles diferentes en primeros episodios y recaídas (Monroe, Slavich, Torres y Gotlib, 2007).

Sin embargo, en las últimas décadas ha quedado claro que esta relación ciertamente no es simple, ni tampoco es unidireccional. Además, no es estable, sino que es una relación dinámica que cambia con el tiempo, las experiencias y el desarrollo. El vínculo estrés-depresión se entiende cada vez más como bidireccional. Individuos con trastornos

psicológicos a menudo tienen vidas estresantes porque sus trastornos y características de afrontamiento contribuyen a la disfunción en los principales roles de la vida (Hammen, 2016). Los estudios han sugerido numerosos mecanismos, pero los procesos fundamentales parecen afectar las relaciones cercanas, con niveles elevados de conflicto, alteraciones y deficiencias en las funciones interpersonales, como búsqueda excesiva de confianza, apego inseguro, hipersensibilidad y afectividad positiva y afectividad negativas más bajas, y decrementos en la resolución de problemas sociales (Liu, 2013; Eberhart y Hammen, 2009). Resumidamente, estos hallazgos han enriquecido el estudio del estrés y su relación con la depresión y han permitido una mayor comprensión de las variables que generan vulnerabilidad. Esto ha permitido diseñar tratamientos con componentes específicos que consigan, además de una pronta recuperación, reducir la probabilidad de recaer en el futuro (Vázquez, Hervás y Hernangómez 2008).

Por otra parte, y desde una perspectiva psicosocial, la depresión se entiende como un problema psicológico y social, caracterizado por un sentimiento de malestar afectivo y físico. Se trata de un problema psicológico, porque es la persona quien la sufre, y social porque no es sino en el contexto social del individuo donde dicha experiencia cobra sentido. Esta perspectiva tiene como objetivo determinar los factores que explican por qué unas personas o grupos sociales tienen una mayor probabilidad de sufrir mayores síntomas depresivos que otros.

La depresión es vista como la respuesta que el individuo da a las condiciones de su entorno, y está relacionada con la posición que la persona ocupa en la estructura social y con sus propias interacciones sociales, destacando sobre todo el papel de los factores sociales (Blanco y Díaz 2007; Sánchez, Garrido y Álvaro 2003; Yu y Williams 1999). Los estudios

realizados desde esta perspectiva enfatizan que la no inclusión de factores sociales en el origen de la depresión ha llevado a una errónea consideración del papel de los procesos de atribución en la causación de los déficit depresivos (Álvaro Estraminia et al., 2010). Por ejemplo, se ha demostrado que la asociación entre el estilo atributivo y la depresión deja de ser significativa una vez controlado el efecto de variables fuertemente asociados a la posición social como los acontecimientos estresantes, la autoestima y la alienación (Sánchez, Garrido y Álvaro, 2003; Álvaro Estraminia, 2010). Estos estudios consideran que tanto la imagen negativa de uno mismo, como las situaciones de estrés y los sentimientos de alienación no surgen en un vacío social, sino que tienen su origen en la interacción social y son consecuencia de las experiencias de incontrolabilidad, falta de sentido, anomia y auto estrañamiento que viven las personas en su relación con el medio material y simbólico.

En definitiva, en estos estudios se destaca la importancia de las desigualdades que el sistema social impone sobre los individuos, y reflejan cómo, en muchos casos, la respuesta emocional que las personas dan ante dichas desigualdades sociales influyen sobre su salud mental. De hecho se ha demostrado que las personas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas son las que tienen una mayor probabilidad de sufrir depresión a lo largo de su vida, puesto que están más dispuestos a experimentar en sus vidas acontecimientos estresantes, asimismo, sus recursos para enfrentarse a dichas situaciones y las redes sociales de apoyo varían en función de su posición en la estructura social (Ross y Sastry 1999; Sánchez et al., 2003). Además, se ha comprobado que el aislamiento social real y el percibido (Holt-Lunstad et al., 2015) o la falta de apoyo social (Rueger, Malecki, Pyun, Aycocock y Coyle, 2016) son variables psicosociales clave para entender que haya personas más vulnerables.

En cuanto al factor género, autores como Vázquez-Machado (2016), consideran que las mujeres son el colectivo que más se enfrenta a factores psicosociales negativos, derivados de los prejuicios sociales, desventajas en la relación de pareja, de la doble carga de trabajo, y sufren mayor violencia que repercute sobre su salud mental (Vazquez-Machado, 2007; Ghassemi, Sadeghi, Asadollahi, Yousefy y Mallik, 2010).

Resumidamente, la depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo. Es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Además, cada vez se pone mayor énfasis en los mecanismos que modelan y median esta relación, dando lugar a modelos complejos e integradores, con múltiples niveles de análisis (Cicchetti y Dawson, 2002; Hankin, 2012).

#### ***4.1.3. Madres solteras y salud psicológica: ansiedad y depresión.***

La experiencia de ser madre soltera se ha asociado con desafíos importantes, a las que se ven obligadas a hacer frente solas mientras crían a sus hijos, como son las excesivas responsabilidades (Ceballo y McLoyd, 2003) las limitaciones fiscales (Cherlin, 1992), falta de apoyo social (Broussard, 2010) y problemas financieros (Amato, 2000, 2005) que a menudo les lleva a sentir mucha ansiedad y estrés y contribuyen a que desarrollen con mayor posibilidad problemas de salud mental (Crosier, Butterworth y Rodgers, 2007).

Los hallazgos de estudios realizados en diferentes países y culturas son consistentes y confirman que las madres solteras tienen mayor riesgo de padecer trastornos de salud física y mental en comparación con las madres casadas. (Cairney et al., 2003; Lipman y Boyle 2005; Turner, 2007); en particular, la depresión (Sperlich, Arnhold-Kerri, y Geyer, 2011; Atkinas,



2015, 2017) y otros trastornos del humor y la ansiedad (Wade, Veldhuizen y Cairney, 2011; Subramanyam, Prasad, Abdin, Vaingankar y Chong, 2017).

Peden, Rayens, Hall y Grant, (2004) realizaron un estudio sobre una muestra de madres solteras que viven en la pobreza, y encontraron que más de la mitad de estas madres experimentaron inquietudes de salud mental y síntomas de depresión moderados a severos, y que estos pueden aumentar debido a otros desafíos que están ocurriendo simultáneamente. Como es el caso de las madres solteras negras, que además de su maternidad en solitario sufren de alto racismo (Hatcher, Rayens, Peden y Hall, 2008). Atkins, (2015) explica que el estrés y el racismo tienen un efecto indirecto añadido sobre la depresión a través de la autoestima y de la ira.

Golombok, Zadeh, Imrie y Smith, (2016), afirman que la monomaternidad en si no es la responsable de los problemas psicológicos que puede manifestar tanto la madre como su hijo, sino son las circunstancias que acompañan esta maternidad en solitario, puesto que no se han encontrado diferencias significativas en salud psicológica entre madres solteras por elección y madres casadas, pero si entre madres solteras (no planificada) y madres solteras por elección y madres casadas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, consideramos que las madres solteras, objeto de nuestro estudio, y debido a su situación desfavorecida que sufren, informarán de síntomas depresivos. Igualmente, esperamos que los niveles de depresión dependerán de la interacción con otras variables emocionales, cognitivas y sociales. Por consiguiente, en el presente estudio planteamos el estudio de la ansiedad y la depresión como los dos problemas de salud psicológica consecuentes a la situación de rechazo y exclusión que

experimentan por su maternidad en solitario. Y planteamos que se producirán diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en función de la interferencia de otras variables.

## **4.2. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.**

### **4.2.1. Conceptualización.**

La importancia de las emociones en la actualidad hace que constructos como Inteligencia emocional (IE) adquieran una gran importancia. Su análisis en los últimos años ha producido mucha investigación y ha recibido una gran cantidad de apoyo empírico. Se considera un concepto consolidado puesto que tiene una base teórica muy fundamentada (Mayer, Roberts y Barsade, 2008; Mayer, Salovey y Caruso, 2000).

El término Inteligencia Emocional (IE), fue descrito por primera vez por Mayer y Salovey, (1990), no obstante el concepto no se popularizó hasta el año 1995 con la obra de Daniel Goleman *"Inteligencia Emocional"*. Después del éxito de este libro empezaron a surgir multitud de definiciones, sin embargo entre las definiciones más aceptadas en la comunidad científica se encuentra la de Mayer y Salovey, (1997, p. 189) que la definen como *"la habilidad de percibir, valorar y expresar emociones con precisión; la habilidad de acceder y generar sentimientos para facilitar el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y conocimiento emocional; la habilidad para regular emociones que promuevan el crecimiento intelectual y emocional"*.

Podemos distinguir entre dos modelos principales que estudian la IE: Modelos basados en el procesamiento de información emocional centrado en las habilidades emocionales básicas (como el de Mayer y Salovey, 1997) que consideran que la IE es una inteligencia genuina basada en el uso adaptativo de las emociones, de manera que el individuo pueda solucionar problemas y adaptarse de forma eficaz al medio que le rodea

(Mayer y Salovey, 1997). Y modelos denominados mixtos, basados en variables de personalidad y en rasgos estables de comportamiento, como el bienestar, la empatía, asertividad, impulsividad, etc. (como los modelos de Bar-On, 1997, o Goleman, 1995) (Fernández-Berrocal y Ruiz, 2008). Bajo cada enfoque se han desarrollado un gran número de instrumentos, cosa que ha contribuido a que este concepto se extendiese (Lopez-Zafra, Pulido-Martos y Augusto, 2013).

En el presente trabajo, nos hemos centrado en el modelo de Mayer y Salovey (1997) que concibe la IE en torno a cuatro componentes o habilidades:

- La percepción y la expresión de emociones: es la habilidad de reconocer conscientemente nuestras emociones, identificar lo que sentimos y ser capaces de dar le una etiqueta verbal y una expresión emocional apropiada.
- Facilitación emocional : es la habilidad de generar emociones que facilitan la reflexión
- Comprensión emocional: es la habilidad de Integrar lo que sentimos en nuestro pensamiento y saber cómo reflexionar sobre la complejidad de los cambios emocionales.
- Regulación emocional: es la habilidad de regular y modificar nuestro estado de ánimo (emociones positivas y negativas) de forma adecuada.

Para la medición de este constructo, Mayer y Salovey han desarrollado fundamentalmente varios instrumentos de medida, entre los que destacan dos por sus características psicométricas y uso: el primero es Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) (Salovey, Mayer, Goldmen, Turvey y Palfai, 1995) adaptado al español por Fernandez-Berrocal, Extremera y Ramos, (2004) como escala corta con la mitad de ítems TMMS-24. Es

una medida de auto evaluación que se encuadra dentro de la inteligencia emocional percibida (IEP) es decir, el metaconocimiento que las personas tienen de sus habilidades emocionales, que no siempre coincide con su capacidad real (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002). El TMMS ofrece información sobre las tres dimensiones claves de la inteligencia emocional del modelo de Mayer y Salovey:

- Atención a las emociones: hace referencia a la capacidad de las personas para observar, pensar, valorar y examinar las emociones y estados afectivos, centrándose y maximizando su experiencia emocional.
- Claridad emocional: hace referencia a la capacidad de la personas para dominar sus emociones en contraposición a saber únicamente si se sienten bien o mal.
- Reparación de las propias emociones: hace referencia a la capacidad de la persona para interrumpir sus estados emocionales negativos y prolongar los positivos.

El segundo instrumento de medida es el Mayer y Salovey es el MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test) (Mayer, Salovey y Caruso, 2002; Mayer, Caruso y Salovey, 1999). Que es una medida de aptitud que evalúa los cuatro dominios de inteligencia emocional propuestos por el modelo de Mayer y Salovey, (1997). Para evaluar cada una de las aptitudes el MSCEIT proporciona dos tareas distintas de medición.

- Percepción emocional: caras y dibujos
- Facilitación emocional: facilitación y sensaciones
- Comprensión emocional: cambios y combinaciones
- Manejo emocional: manejo emocional y relaciones emocionales

La puntuación obtenida en cada prueba nos indica su posible nivel en cada aptitud que evalúa. Además la suma de las puntuaciones obtenidas en las ocho pruebas nos ofrece una puntuación total de inteligencia emocional CEI así como de la dos áreas que evalúa: experiencial y estratégico.

Además de los instrumentos propuestos por los autores del modelo, otros investigadores han realizado propuestas basadas en el modelo de habilidad. Un instrumento destacado, también de autoinforme, es la escala WLEIS (Wong & Law Emotional Intelligence Scale), que fue desarrollado por Wong y Law, (2002) y que es considerada como una medida de autoevaluación corta que mide cuatro factores: la autoevaluación emocional, la evaluación emocional de los demás, el uso de la emoción y la regulación de la emoción. Aunque el WLEIS y el TMMS son instrumentos que se basan en el mismo marco teórico (Salovey, Detweiller-Bedell, Detweiller-Bedell y Mayer, 2008), el TMMS se refiere a la atención, la claridad y la reparación de emociones propias, mientras que el WLEIS incluye muchos elementos que se refieren a la percepción, comprensión y regulación de las emociones de los demás (Lopez-Zafra y Gartzia, 2014). Por tanto, el WLEIS captura mejor el alcance interpersonal de IE y no solo el intrapersonal. Los autores inicialmente propusieron este instrumento para el estudio de la IE en el lugar de trabajo, sin embargo, su uso se ha extendido a otros contextos en los que se producen también las relaciones interpersonales (Lopez-Zafra y Gartzia 2014). Por este motivo, en el presente estudio, hemos optado por utilizar esta última escala.

El desarrollo de los diferentes instrumentos de medida ha llevado a que en los últimos años se realicen numerosas investigaciones sobre este concepto (IE), cosa que ha ayudado a arrojar un poco de luz sobre los beneficios que presenta ser emocionalmente inteligente en áreas muy diversas del funcionamiento humano (Fernández-Berrocal y

Extremera, 2009), tanto para hombres como para mujeres (e. g. Extremera, Ruiz Aranda, Pineda-Galán y Salguero, 2011; Salguero, Fernandez-Berrocal, Ruiz Aranda, Castillo y Plomera, 2015).

La evidencia existente hasta el momento indica que la capacidad de reconocer emociones propias y ajenas, su mayor o menor facilidad para expresarlas, su manejo o la capacidad de poder controlar las emociones negativas son variables esenciales que intervienen significativamente en las distintas facetas del comportamiento humano y constituyen un factor crucial a la hora de explicar el funcionamiento del sujeto en todas las áreas vitales (Mikolajczak, Luminet y Menil, 2006), y desempeñan un papel clave en la promoción del bienestar y las emociones positivas (Zeidner, Matthews y Roberts, 2012). De hecho los altos niveles de inteligencia emocional, se han asociado a un mejor funcionamiento psicosocial (Salovey y Grewal, 2005), que incluye tanto factores intrapersonales, (Martins, Ramalho y Morin, 2010; Extremera et al., 2011; Mayer y Salovey, 1997) como interpersonales (Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006; Eisenberg y Fabes, 2006; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Salovey y Grewal, (2005) consideran que ser emocionalmente inteligente ayudaría a que las personas regulen sus conductas, analizando tanto las propias como de los demás personas, creando un equilibrio entre las dos, es una interacción adecuada entre Emoción y Cognición, que permite al individuo, un funcionamiento adaptado a su medio. Al igual Fernández-Berrocal y Extremera, (2003), indican que las personas con mayor desajuste emocional presentan un perfil caracterizado por una alta atención a sus emociones, baja claridad emocional y la creencia de no poder modificar sus estados emocionales.

Para una mejor comprensión de estas relaciones, a continuación procedemos a abordar los resultados de algunos de los estudios más relevantes. Pero antes, y puesto que nuestra muestra de interés está formada solo por mujeres, consideramos de interés analizar las especificidades de la IE en el género femenino, puesto que son numerosos los estudios que enfatizan las diferencias de género en IE.

#### ***4.2.2. Inteligencia emocional y diferencias de género.***

En la investigación en IE, este hecho ha generado un gran debate. Sin embargo, los resultados no se muestran totalmente coherentes. Gran parte apuntan una relación positiva entre género e IE a favor de las mujeres (Abdullah, Elias, Mahyuddin y Jegak, 2004; Mayer, Salovey y Caruso, 2000). Asimismo, los datos obtenidos en algunos estudios realizados sobre muestras españolas señalan diferencias significativas a nivel estadístico en función del género en percepción o atención a los sentimientos a favor de las mujeres y en reparación o regulación de las emociones a favor de los hombres (Molero, Ortega-Álvarez y Ávila Moreno, 2010; Pena, Extremera y Rey, 2011).

En la misma línea, Candela, Barberá, Ramos y Sarrió, (2002) comprobaron que aparentemente las mujeres tienen mejores habilidades interpersonales mientras que los hombres son mejores en la tolerancia al estrés y en el control de los impulsos. Y Tsaousis y Nikolaou, (2005) ha demostrado que los hombres obtienen puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones de control y uso de emociones, mientras que las mujeres puntúan significativamente más alto en las dimensiones de percepción y valoración emocional, y tienden a expresar más sus emociones tanto positivas como negativas (Rauer y Volling, 2005). También se ha comprobado que las mujeres disponen de una auto conciencia emocional mayor que los hombres, puesto que cuando verbalizan su experiencia emocional

y la de otros lo hacen con mayor diferenciación y complejidad (Barret, Lane, Schest y Schwartz, 2000). Sin embargo, las mujeres a pesar de ser más hábiles socialmente que los hombres, sus auto-estimaciones sobre su nivel de IE tendían a ser más bajas, por ejemplo, Petrides y Furnham, (2000) han demostrado que los hombres auto informan una IE superior a las mujeres, y que estas últimas demuestran una mayor IE en las pruebas de ejecución. Pero ocurre lo contrario cuando las personas evalúan a hombres y mujeres en IE, es decir, existe la creencia general de que las mujeres son más emocionales que los hombres (véase la revisión de Brody y Hall, 2008). Esto implica que el estereotipo de género influye en las percepciones sobre la IE, por ejemplo Petrides, Furnham y Martin, (2004) en un estudio donde pedían a los hijos que evaluaran la IE de sus madres, han encontrado que estos puntuaban más alto a sus madres en IE general, mientras que cuando se realizaban estimaciones en facetas específicas de la IE, esta percepción estereotípica de la IE como un atributo femenino disminuye.

En resumen, estos estudios nos sugieren que las mujeres presentan un perfil que se caracteriza por centrarse más en las propias experiencias emocionales, tener una baja tolerancia al estrés y bajo control y uso de las propias emociones, y mayor tendencia a realizar estimaciones más bajas de sus habilidades emocionales.

Para concluir, tenemos en cuenta el trabajo de Lopez-Zafra y Gartzia, (2014) en el que muestran que estos resultados dispares tienen mucho que ver con el modelo de IE y el instrumento de medida empleado. Estas autoras muestran así que los instrumentos de habilidad, centrados en las habilidades emocionales personales son más sensibles a estas diferencias, por tanto, consideramos mejor partir del modelo de habilidad puesto que nuestra muestra está formada exclusivamente por mujeres, evitando así la influencia en los resultados de IE de otras competencias incluidas en el modelo mixto



#### **4.2.3. Inteligencia emocional y variables intrapersonales.**

Como comentamos anteriormente, son numerosos los estudios que se han centrado en analizar la influencia de la IE sobre la salud psicológica, y han demostrado que efectivamente la IE total es un buen predictor de la salud mental, social y física de las personas. Las asociaciones entre IE y el bienestar psicológico y la estabilidad emocional han sido comprobadas por diferentes autores. Por ejemplo, el meta-análisis de Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, y Rooke, (2007) muestra que niveles altos de IE están significativamente relacionados con una buena salud mental, por lo que una alta IE se relaciona positivamente con bienestar psicológico (Augusto, Pulido, Lopez-Zafra, 2011; Urquijo, Extremera, Villa, 2016), y estabilidad emocional (Bermúdez, Álvarez y Sánchez, 2003).

En cuanto al bienestar psicológico el trabajo más reciente sugiere que esta asociación es más fuerte para el componente cognitivo del bienestar que para el componente afectivo (Sánchez-Álvarez, Extremera, y Fernández -Berrocal, 2016), siendo la satisfacción con la vida el componente cognitivo del bienestar subjetivo que más se asocia de forma moderada con IE (Augusto, Pulido, Lopez-Zafra, 2011; Schutte y Malouff, 2011; Extremera et al., 2011; Fernandez-Berrocal y Extremera, 2016). No obstante, otros estudios han informado que algunas de estas asociaciones modestas entre los factores de la IE y la satisfacción con la vida se debilitan o desaparecen en conjunto después de controlar la personalidad y la inteligencia cognitiva (Bastian, Burns, y Nettelbeck, 2005; Rode et al., 2008).

En cuanto al componente afectivo, además de ser muy pocos los estudios que se han centrado sobre este aspecto, los resultados no son coherentes. Por ejemplo, Brackett, Palomera, Mojsa-Kaja, Reyes, y Salovey (2010) en un estudio realizado sobre una muestra de

profesores de secundaria han demostrado que la capacidad de regulación de emociones se asocia más fuertemente con afecto positivo que afecto negativo, mientras que Rode et al. (2008) estudiaron su afecto a largo plazo demostrando que las habilidades de IE se correlacionan con afecto negativo pero no con positivo. Finalmente, Fernández-Berrocal y Extremera, (2016) en su meta-análisis atribuyen esta falta de concordancia entre los dos estudios a los instrumentos de medida utilizados en cada estudio.

Diferentes estudios han intentado analizar cómo la IE podría promover el bienestar subjetivo, proporcionando varias hipótesis comprobables sobre los posibles mecanismos intrapersonales e interpersonales que pueden interferir en esta relación.

Una primera hipótesis sugiere que, en situaciones estresantes, las personas con alta IE experimentan menos angustia emocional (Gohm, Corser y Dalasky, 2005), lo que les lleva a experimentar un mayor afecto positivo y bienestar que en individuos con baja IE. En este sentido se comprueba que una alta inteligencia emocional influye sobre la calidad de vida y la satisfacción a través de la disminución del estrés percibido (ie. Augusto, Lopez-Zafra, Berrios y Aguilar, 2008 con enfermeros o Urquijo, Extremera, Villa, 2016 con estudiantes universitarios). De este modo se observa que la IE podría prevenir alto estrés como las situaciones de burnout (Augusto-Landa, Lopez-Zafra, Berrios-Martos, y Pulido-Martos, 2012) y un mejor afrontamiento al estrés (Augusto, Lopez-Zafra y Pulido-Martos, 2011; Matthews et al., 2006). En este último caso, esto ocurriría porque las personas con alta IE suelen ser más propensas a utilizar estrategias de afrontamiento positivas o adaptativas, tales como expresar sentimientos y obtener apoyo social, y por tanto mayor bienestar subjetivo que las personas con baja IE que tienden a utilizar más estrategias desadaptativas como la rumiación o la evitación. Otra estrategia que usarían las personas con alta IE para un mejor

afrontamiento es el humor. Berrios, Pulido-Martos, Augusto-Landa y Lopez-Zafra, (2012) comprobaron que la creación de humor, la apreciación de humor y el uso del humor en el afrontamiento de problemas predicen el bienestar psicológico subjetivo, y que la apreciación de humor y el manejo emocional predicen el bienestar material subjetivo. Una segunda hipótesis, señala que la IE en interacción con otras variables aumenta su efecto potenciador del bienestar. Una de estas variables es el auto-concepto. La IE influiría en la formación de la auto-imagen. En concreto en el manejo de las propias emociones, así como en la habilidad para regular el estado emocional son características fundamentales en la formación de la imagen siendo importantes en el desarrollo profesional (i.e. profesionales de la salud, Augusto, Lopez-Zafra, Aguilar y Salguero de Ugarte, 2009). Así, la relación positiva entre IE y autoestima y autoeficacia, es la que permite que la influencia de los eventos negativos se debilita y ayuda a fortalecer la influencia de los eventos positivos (Salguero et al. 2015). El efecto mediador de la autoestima se debe a que las personas con habilidades emocionales más altas, son personas que pueden reconocer y manejar mejor sus propias emociones, y por lo tanto, son más propensas a mejorar su autoestima, lo que conduce, a su vez, a un aumento en la satisfacción con su vida.

La segunda variable a destacar que aumenta el bienestar es el papel mediador del apoyo social, (Lopes, Salovey, Côté, Beers, y Petty, 2005), enfatizando que las personas con alta IE suelen construir y mantener relaciones más cercanas, lo que les permite tener una mayor red de apoyo social (Gallagher y Vella-Brodrick, 2008). Lo que a su vez contribuye a la mejora del bienestar subjetivo.

La interacción entre estas dos variables, autoestima y el apoyo social, podría mediar en la relación entre la inteligencia emocional y la satisfacción con la vida. Un estudio con

adolescentes tardíos de Kong, Zhaou, You, (2012), comprobó que efectivamente el apoyo social y la autoestima mediaron de forma encadenada esta relación. En concreto, las personas con alta IE son propensas a percibir un alto apoyo social de los demás, lo que puede mejorar su autoestima y, a su vez, conducen a una alta satisfacción con la vida. Es decir, el apoyo social actuó como un mediador entre la EI y la autoestima, mientras la autoestima mediaba la relación entre el apoyo social y la satisfacción con la vida (Kong y You, 2011).

En resumen, todos estos trabajos subrayan que el efecto que tiene la inteligencia emocional sobre el bienestar subjetivo no solo se produce de una forma directa, sino también indirecta a través de una serie de mecanismos que no son excluyentes entre sí.

En nuestro trabajo, es de especial interés analizar la relación entre IE y salud psicológica, y más concretamente depresión y ansiedad. Se ha comprobado de forma general que la IE se relaciona inversamente con la depresión, y con la ansiedad (Bastian et al. 2005). En concreto Los estudios con muestras no clínicas indican una asociación inversa débil pero significativa entre la puntuación en IE y los síntomas de depresión (Goldenberg, Matheson y Mantler, 2006). Mientras que los estudios con muestras clínicas han informado que los pacientes deprimidos obtenían puntuación más bajas en IE que los controles sanos (Hertel, Schütz y Lammers, 2009; Kwako, Szanton, Saligan y Gill, 2011).

De las habilidades de la IE, es la habilidad para regular eficazmente nuestro estado emocional la que más se ha asociado con niveles más bajos de síntomas de depresión informados (Salovey, Stroud, Woolery e Epel, 2002). No obstante, otros estudios que han evaluado la relación entre regulación y los síntomas de depresión, han encontrado también que la creencia de las personas de no poder regular y modificar sus estados emocionales

negativos son los que correlacionan con diferentes indicadores de depresión (Catanzaro, Wasch, Kirsch y Mearns, 2000; Fernandez-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Fernandez-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 2002; Gohm y Clore, 2002). Y en otro estudio, se ha encontrado que la habilidad de regular emociones se relaciona con mayor magnitud con la depresión por desesperanza, y en menor magnitud con depresión endógena (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003). Además, Johnson y Blanchard (2016) concluyen que las dimensiones de reparación del estado de ánimo y la claridad de emociones de la escala de TMMS son las que se relacionaron de forma significativa e inversa con el estrés percibido y el informe de los síntomas de depresión y ansiedad. Lo que refleja que la depresión se relaciona más con un déficit en la capacidad de comprender y manejar las emociones.

Sin embargo, pocos estudios han examinado cómo la IE puede afectar el riesgo de padecer depresión o sus manifestaciones clínicas. La evidencia disponible sugiere que una baja IE contribuye a la depresión al reducir la capacidad de comprender y manejar las emociones, que son habilidades cognitivas asociadas con la corteza prefrontal (Hertel et al., 2009; Kwako et al., 2011; Sawaya et al., 2015). De hecho, Sawaya et al. (2015) encontraron que, en comparación con los participantes de los grupos control sanos, los individuos con Trastorno de Depresión Mayor (TDM) tenían menos conexiones funcionales entre las regiones anteromediales de la corteza prefrontal y las regiones involucradas en la regulación emocional. Asimismo encontraron que las puntuaciones de MSCEIT se correlacionaron significativamente con la conectividad funcional en la corteza prefrontal ventromedial. Estos hallazgos sugieren que los individuos menos capaces de reconocer y manejar las emociones personales y sociales también son menos capaces de participar en interacciones sociales positivas, lo que a su vez puede promover un estado depresivo.

En cuanto a la relación entre IE y ansiedad, Pashang y Singh, (2007) mostraron que las personas que puntúan bajo en IE son los que expresan mayor ansiedad total, mayor inestabilidad emocional. Esto podría ocurrir porque la Inteligencia Emocional serviría como una variable mediadora entre la sensibilidad a la ansiedad y la expresión de síntomas de ansiedad (Killgore, Sonis, Rosso y Rauch, 2016). Al igual, Liu y Ren, (2018) apuntan que la IE modera la relación entre la rumiación y la ansiedad, puesto que la rumiación solo produce ansiedad cuando hay niveles bajos de IE, mientras que cuando hay altos niveles de IE esta influencia se elimina.

Estos resultados se han observado en distintas muestras. Así, en población universitaria, Extremera y Fernández Berrocal, (2006) y Cazalla-Luna y Molero, (2014), entre otros han confirmado el carácter predictivo de la percepción o atención, comprensión o claridad y regulación o reparación emocional sobre los niveles de ansiedad, y depresión. También en muestras clínicas se ha demostrado que comparado con un grupo de control, el grupo clínico obtuvo una calificación más baja en las dimensiones de IE de reconocimiento y expresión emocional, comprensión de las emociones, manejo emocional y control emocional, y que el control emocional era un predictor significativo de la interacción y la ansiedad social generalizada (Nolidin, Downey, Hansen, Schweitxer, Stough, 2013). Igualmente, en una muestra de pacientes con trastorno de depresión mayor y sus respectivos cuidadores naturales, confirmaron que niveles significativamente altos de IE y la utilización de estrategias de afrontamiento positivas (como pensamiento positivo y resolución de problema) se asocian con niveles más bajos de sintomatología ansiosa y depresiva tanto en los cuidadores como en sus respectivos pacientes (Pérez-Cruz, Muñoz-Martínez, Parra-Anguila, y del-Pino-Casado, 2017).

En resumen, la evidencia disponible apunta a la capacidad de la IE como factor protector contra la depresión y la ansiedad tanto en muestras clínicas, como no clínicas, y que este efecto protector depende no solo de percibir las emociones adecuadamente, como lo subraya la investigación sobre percepción emocional y cognición social (Manstead, Dosmukhambetova, Shearn y Clifton, 2013; Weightman, Air y Baume, 2014), sino también sobre comprensión y regulación de las emociones apropiadamente (Hertel y Lammers, 2009; Kwako et al., 2011). Del mismo modo, Liu y Ren, (2016) en su estudio apuntan, que la IE modera la relación entre la rumiación y la ansiedad, puesto que la rumiación solo produce ansiedad cuando hay niveles bajos de IE, mientras que cuando hay altos niveles de IE esta influencia se elimina.

En relación a las variables de personalidad, se ha comprobado que la IE se correlaciona positivamente con variables como la autoestima, la empatía, la extraversión y la apertura a los sentimientos (Brackett et al., 2006; Ciarrochi, Chan y Caputi, 2000; Pitterman y Nowicki 2004), y un estudio realizado sobre una muestra de jóvenes delincuentes, sugiere que existe una correlación positiva significativa entre la inteligencia emocional y la autoestima; una correlación positiva entre la inteligencia emocional y el afrontamiento orientado a tareas; una correlación negativa entre la inteligencia emocional y el afrontamiento orientado a la emoción (Barnett, 2011).

#### ***4.2.4. La IE y las relaciones interpersonales.***

En cuanto a la influencia de la IE sobre las relaciones interpersonales, se ha demostrado que la IE juega un papel elemental no solo en el establecimiento, sino también en el mantenimiento y calidad de la relaciones interpersonales, prediciendo mejores relaciones sociales y menor frecuencia de conductas sociales problemáticas (Brackett, Rivers,

Shiffman, Lerner y Salovey, 2006; Eisenberg y Fabes, 2006; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004), además la habilidad para percibir emociones es un predictor estable de un menor desajuste clínico y emocional y de un mayor ajuste personal, cuando se analiza de forma longitudinal en estudiantes de secundaria (Palomera, Salguero y Ruiz-Aranda, 2012). De este modo la IE funcionaría como factor protector de conductas como violencia, impulsividad, y el desajuste emocional, así como factor protector contra conductas de riesgo para la salud, como adicciones a drogas, tabaco o alcohol (Mestre, Guil y Segovia, 2007; Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2006).

Por otra parte, potenciaría conductas positivas como la empatía en trabajadores (Martos, Lopez-Zafra, Pulido y Augusto, 2013) o las actitudes prosociales en jóvenes españoles mostrando que la actitud pro social de ayuda y colaboración y la dimensión intrapersonal atención emocional predicen mayor nivel de adaptación (Jiménez y Lopez-Zafra, 2011). En esta misma línea, los adolescentes con baja IE poseen, no solo una peor salud mental, sino también escasas habilidades interpersonales que les llevan a desarrollar comportamientos antisociales que contribuyen a un ajuste social pobre (Fernández- Berrocal y Extremera, 2009; Petrides, Frederickson y Furnham, 2004). Al igual, se ha encontrado una correlación negativa entre IE y desviación social (Brackett y Mayer, 2003; Brackett, Kemp, Baldwin y Rowe, 2004), y una correlación positiva con aceptación social y habilidades sociales (Zavala, Valdez y Vargas, 2008) así como muestran mayores puntuaciones en conductas sociales positivas cuando tienen alta IE generalizada y alta puntuación en regulación emocional, (Gázquez et al, 2015).

Resumidamente, todos estos hallazgos confirman la importancia de la IE en la concepción y desarrollo de las relaciones sociales y personales, puesto que la alta IE favorece relaciones interpersonales saludables y prosociales, y disminuye las conductas sociales



problemáticas. Y también el poder predictivo que tiene sobre la salud psicológica, favoreciendo un mayor bienestar y estabilidad psicológica tanto en muestras clínicas como normales. Sin embargo, hasta el momento, en ningún estudio se ha estudiado el posible poder protector que puede tener la IE en situaciones de rechazo o exclusión social. En el presente estudio, consideramos que la IE puede mitigar el efecto que puede tener el rechazo social sobre la salud psicológica.

### **4.3. AUTOESTIMA.**

#### **4.3.1. Conceptualización.**

La autoestima es uno de los conceptos más omnipresente en la vida contemporánea. Su desarrollo es de considerable importancia social y uno de los temas más estudiados en Psicología moderna con más de 25,000 publicaciones durante los últimos 30 años (Zeigler-Hill, 2011). Este extenso número de trabajos tienen como objetivo examinar las causas potenciales, consecuencias y correlatos de la autoestima con las diferentes áreas del desarrollo personal, haciendo evidente las importantes consecuencias que tiene en el mundo real el desarrollo de la autoestima. De hecho, los resultados sugieren que los altos niveles de autoestima están asociados con una variedad de resultados que incluyen productividad y ajuste psicológico, en los diferentes ámbitos (educativo, salud, desarrollo personal y social, rendimiento físico y deportivo) (Baumeister et al., 2003; García, Marín y Bohórquez, 2012).

Este considerable interés en la autoestima se remonta a la década de 1970. En esta etapa, surgieron una serie de investigaciones que empezaron a descubrir conexiones entre la

autoestima y resultados importantes de la vida tales como el abuso de sustancias, embarazo en adolescentes y desempleo. Y en la década de 1980, el estado de California financió un grupo de trabajo sobre autoestima, personalidad y responsabilidad social con el objetivo de elevar la autoestima de sus ciudadanos con la esperanza de que esto reduciría alguno de los problemas sociales que estaban cargando al estado (Baumeister et al. 2003). Este gran avance en la investigación, ha atribuido a que el término autoestima sea un tema muy popular y estampado en una amplia gama de portadas de libros de autoayuda.

Una de las primeras definiciones la propuso el psicólogo y filósofo William James (1890/1890), para quien la autoestima es un balance de los logros reales en relación con las propias aspiraciones o metas ideales. Varios autores la definen como la evaluación subjetiva que tiene un individuo sobre su valía como persona (Donnellan, Trzesniewski y Robins, 2011; MacDonald y Leary, 2012), es decir, la autoestima es el aspecto evaluativo del autoconocimiento que se refiere a la medida en que las personas se gustan a sí mismas (Brown y Marshall 2006).

Otros autores también destacan la alta relación que tiene la autoestima con la opinión de otras personas, y la definen como la autoevaluación y la autoconcepción que se construye a partir de la interacción social (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003). Consideran que es un aspecto importante de nuestras experiencias diarias, que refleja las interacciones que los individuos tienen con su entorno social, de modo que, generalmente se sienten mejor consigo mismos cuando creen que los demás los valoran y los aceptan (Leary y Downs, 1995).

Es importante destacar que el elemento común en todas las definiciones propuestas para la autoestima es su uso para expresar la noción, positiva o negativa, con que la persona

se califica a sí misma (González, 2001), pero no necesariamente refleja los talentos y habilidades objetivas de una persona, o incluso cómo una persona es evaluada por otros. De hecho comúnmente se conceptualiza como la "sensación de que uno es lo suficientemente bueno" y, en consecuencia, las personas con alta autoestima no necesariamente creen que sean superiores a los demás (Rosenberg, 1965, p.31), en contraste con los individuos narcisistas que se caracterizan por una excesiva autoestima y auto-engrandecimiento (Ackerman et al., 2011). Por tanto, la autoestima implica sentimientos de autoaceptación y respeto propio, y no necesariamente que la persona crea que él o ella es superior a los demás (Rosenberg, 1965). Asimismo, todavía múltiples palabras como autoaceptación, autoaprobación, autoconcepto, autoeficacia, autoimagen, autorrespeto o autovaloración se vienen usando en muchas ocasiones como sinónimos para autoestima (Butler y Gasson, 2005; Montgomery y Goldbach, 2010).

La autoestima se considera una característica relativamente duradera que posee componentes motivacionales y cognitivos (Kernis 2003). Las personas tienden a desear una alta autoestima y se involucrarán en una variedad de estrategias para mantener o mejorar sus sentimientos de autoestima (Crocker y Park 2004). El nivel de autoestima tiende a influir en las estrategias que los individuos adoptan para regular su autoestima, en un intento de no perder los recursos limitados de autoestima que ya poseen, es decir, la autoprotección (Baumeister, Tice y Hotton, 1989).

La promoción de la autoestima y la prevención de la baja autoestima se perciben ampliamente como un objetivo social importante que merece una amplia intervención para aumentar los niveles de autoestima en la población. Sin embargo, hasta hace poco, la literatura científica proporcionaba pocas ideas sobre la naturaleza y el desarrollo de la

autoestima. Sin embargo, gracias al desarrollo de estudios longitudinales se ha avanzado significativamente en el campo, puesto que han permitido examinar los aspectos de desarrollo de la autoestima a lo largo de la vida (i.e., Erol y Orth, 2011; Orth, Robins, y Widaman, 2012; Wagner, Gerstorf, Hoppmann y Luszcz, 2013; Wagner, Ludtke, Junkmann y Trautwein, 2013).

Resumidamente, los estudios con muestras amplias de las diferentes etapas de la vida, sugieren que la autoestima tiende a aumentar desde la adolescencia hasta la edad adulta media, alcanza su punto máximo alrededor de los 50 a 60 años y luego disminuye a un ritmo acelerado hacia la vejez (Orth y Robins, 2014). Al igual, los resultados de estudios longitudinales que siguen la trayectoria de la autoestima durante períodos críticos y específicos del desarrollo, tales como la adolescencia (Morin, Maiano, Marsh, Nagengast, y Janosz, 2013; Steiger, Allemand, Robins, y Fend, 2014), la edad adulta joven (Chung et al, 2014; Wagner, Lang, Neyer, y Wagner, 2014) y la vejez (Wagner et al., 2013; Wagner et al., 2014), en general son consistentes con la trayectoria de vida representada anteriormente por los estudios generales; es decir, muestran aumentos desde la adolescencia hasta la mediana edad y luego decrece hasta la vejez, salvo una pequeña inconsistencia en los resultados con respecto al tamaño de la disminución de la autoestima en la vejez. Mientras que algunos estudios sugieren disminuciones relativamente fuertes (Orth et al., 2012; Orth et al., 2010; Shaw, Liang y Krause, 2010), otros estudios han encontrado que la disminución de la autoestima en la vejez es pequeña (Wagner et al., 2013; Wagner et al., 2014). Varios autores consideran que algunas variables como la salud, las capacidades cognitivas y el nivel socioeconómico pueden moderar la disminución de la autoestima en la vejez, y por tanto se necesita más investigación al respecto (Orth et al., 2010; Wagner et al., 2013)

En este sentido, Kuster y Orth (2013) y Donnellan, Kenny, Trzesniewski, Lucas y Conger, (2012) examinaron el patrón de estabilidad de las diferencias individuales en la autoestima en intervalos de diferente duración, utilizando modelos de estado de rasgos latentes, y sobre la base de correlaciones test-retest , y los resultados indicaron que se necesita un factor de rasgo para explicar los patrones de cambio observados (aproximadamente del 70 al 85% de la varianza se explicó por factores de rasgo, y solo del 15 al 30% fue la varianza del estado o error de medición) y a medida que aumentaba el intervalo de tiempo, los coeficientes de estabilidad se reducían.

Tomados en conjunto, estos nuevos hallazgos sugieren que la autoestima debe ser considerada como relativamente estable, pero de ninguna manera inmutable. Es decir, sería un rasgo con un nivel de estabilidad que es comparable a las características básicas de la personalidad tales como el neuroticismo y la extraversión con una tendencia a aumentar y disminuir en puntos de inflexión específicos del desarrollo (Fraley y Roberts, 2005).

Por otra parte, varios estudios se han centrado en estudiar la interferencia de otras variables en la trayectoria evolutiva de la autoestima y se ha comprobado que, por ejemplo, el género no tiene una gran influencia en esta trayectoria; es decir, tanto hombres como mujeres tienden a mostrar aumentos en la autoestima desde la adolescencia hasta la mediana edad y luego declinan en la vejez (Erol y Orth, 2011; Orth et al., 2012; Orth et al., 2010; Wagner, Gerstorf, et al., 2013). Sin embargo, en cuanto a la etnia, se ha demostrado que las minorías étnicas no muestran los mismos patrones de cambio en autoestima que los miembros del grupo mayoritario. Por ejemplo, en el caso de los afroamericanos (en comparación con los estadounidenses de ascendencia europea) la autoestima aumentó más bruscamente durante la adolescencia y la adultez temprana (Erol y Orth, 2011), pero luego

disminuyó más rápidamente durante la vejez (Orth et al., 2010). Asimismo, las investigaciones recientes sobre los rasgos de personalidad sugieren que las personas con rasgos de personalidad particulares tienen más probabilidades de experimentar aumentos en su autoestima a medida que avanzan en la vida; específicamente, las personas que son emocionalmente estables, cuidadosas y extravertidas tienden a mostrar un desarrollo de autoestima más positivo que aquellas con bajo nivel de estas características (Erol y Orth, 2011; Wagner, Lüdtke, et al., 2013).

Otro aspecto estudiado de la autoestima, además de su nivel (es decir, bajo versus alto) y la interferencia de otras variables en su desarrollo, es el grado en que fluctúa en respuesta a contingencias externas, como las experiencias de éxito y fracaso (Crocker y Wolfe, 2001). La autoestima altamente contingente generalmente se considera desadaptativa, porque sugiere que el individuo no tiene un sentido estable y central de su autoestima. De acuerdo con el hallazgo de que las personas generalmente muestran un desarrollo saludable de la autoestima desde la adolescencia hasta la edad adulta media, un estudio sugiere que la autoestima se vuelve progresivamente menos contingente y presenta menos fluctuaciones a corto plazo a medida que las personas pasan sus años adolescentes y adultos (Meier, Orth, Denissen y Kühnel, 2011).

Paralelamente a los trabajos que conceptualizan la autoestima como un constructo global, hay una serie de estudios, aunque considerablemente menor, que la conceptualizan como la suma de autoconceptos específicos de diferentes dominios como por ejemplo, la autoestima física y académica (Marsh y Shavelson, 1985). Marsh, (1986) señala que las autoevaluaciones de los dominios específicos están relacionadas con la autoestima global. Asimismo Robins, Hendin y Trzesniewski, (2001), en un estudio sobre una muestra de

estudiantes universitarios, afirman que las personas con alta autoestima tendieron a verse a sí mismos como más competentes académicamente, socialmente habilitados, atléticos y físicamente atractivos. Y en otro estudio más reciente, se demostró que la autoestima en el dominio de la apariencia tiene correlaciones altas y estables con la autoestima global, mientras que en los dominios sociales, las correlaciones con la autoestima global aumentaron con la edad, con un aumento particularmente pronunciado para la autoestima de atracción romántica (Soest, Wichstrom y Kvaem, 2016). Sin embargo, muchos investigadores creen que la autoestima global es más que un agregado de las autoevaluaciones específicas de cada persona (Pelham y Swann, 1989; Rosenberg, 1979). De hecho, se han propuesto modelos divergentes de la relación entre la autoestima global y específica de dominios: el modelo ascendente establece que las autoevaluaciones específicas de dominio influyen en la autoestima global, mientras que el modelo descendente establece que la autoestima global influye en el dominio específico de autoevaluaciones (Swann y Bosson, 2010). Sin embargo, los hallazgos de dos estudios longitudinales con grandes muestras de adolescentes no respaldaron ni el modelo ascendente ni el descendente, sino que sugirieron que las autoevaluaciones globales y específicas no se influyen mutuamente a lo largo del tiempo (Marsh y Yeung, 1998).

A pesar del limitado interés que se ha dirigido al estudio del desarrollo de los autoconceptos específicos y su importancia en relación a la autoestima global, los resultados muestran que con el aumento de la edad, los niveles de autoestima global y autoestima específica en la mayoría de los dominios tienden a crecer. Al igual, ser varón, tener padres con un nivel educativo mayor y haber recibido un mayor nivel de cuidado por parte de los

padres, también se relacionó con niveles más altos de autoestima global y autoestima en varios dominios (Soest, Wichstrom y Kavlem, 2016).

Este creciente interés en el estudio de la autoestima, ha hecho que se desarrollen múltiples instrumentos, que se han centrado sobre todo en la medición de la autoestima global (Butler y Gasson, 2005; Montgomery y Goldbach, 2010), siendo la Escala de Rosenberg Autoestima (ERA; 1989) el instrumento que sigue siendo más utilizado en las diferentes culturas, puesto que ha sido traducida y adaptada a múltiples idiomas y países. Esta escala se conceptualizó, en un principio, como una medición unidimensional de autoestima (Ayyash-Abdo y Alamuddin, 2007; Koydemir y Demir, 2008); no obstante, varias publicaciones mostraron que realmente es una escala bidimensional: una para autoestima positiva -autoconfianza o satisfacción personal- y otra para autoestima negativa -autodesprecio o devaluación personal- y que estas dos dimensiones representan dos constructos diferentes (Farruggia, Chen, Greenberger, Dmitrieva y Macek, 2004; Huang y Dong, 2012). Asimismo, algunos estudios sobre la ERA han llevado a considerar que este instrumento cuenta con evaluaciones específicas, según el ámbito en el que sea empleado, por ejemplo, el académico, el familiar, el laboral y el social (García y Ochoa, 1999; Vallerand, Pelletier y Gagne, 1991).

A diferencia del ERA, existen varios instrumentos que parten de una concepción multidimensional de la autoestima que les permite estudiar aspectos más específicos. Sin embargo, en el presente trabajo, y por falta de evidencias anteriores y por ser un trabajo exploratorio, nos acogemos a una conceptualización más global de la autoestima, y por tanto optamos por utilizar la adaptación al árabe de la escala de autoestima de Rosenberg (Zarhbouch y Alaoui, 2011), debido a su sencillez en la administración y corrección.



#### ***4.3.2. Implicaciones de la autoestima.***

La autoestima está presente e influye en muchos aspectos relevantes de la vida, por lo que ha suscitado el interés de muchos investigadores, que han intentado probar y analizar su posible papel predictivo. Para ello, se han utilizado diseños metodológicamente rigurosos y con diseños cruzados que evalúan la dirección de los efectos entre la autoestima y los resultados de la vida, abarcando una amplia franja de edad y una amplia gama de dominios, incluida la satisfacción en el matrimonio y las relaciones cercanas, el tamaño de la red social y el apoyo social, la salud física, la salud mental, la educación, el estado laboral, el éxito laboral y la satisfacción laboral y el comportamiento delictivo (Kuster, Orth, y Meier, 2013; Marshall, Parker, Ciarrochi, y Heaven, 2014; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes y Schmitt, 2009; Orth et al., 2012;). Además, Orth y Robins, (2014), manifiestan que el hecho de que estos estudios hayan abarcado una amplia franja de edad, les ha permitido determinar períodos de desarrollo en los cuales las personas pueden ser más vulnerables a efectos negativos debido a la baja autoestima (como la adolescencia y la vejez).

El patrón general de resultados, en los estudios mencionados, fue que la alta autoestima es un predictor, más que una consecuencia, del éxito en la vida y del bienestar en diferentes dominios importantes, incluso después de tener en cuenta los niveles previos de autoestima y éxito. Por ejemplo, se ha comprobado que la alta autoestima predice la cercanía en las relaciones sentimentales, el mejor desempeño laboral y el rendimiento académico. Mientras que una baja autoestima predice una serie de resultados desadaptativos, como la delincuencia, la salud física y psicológica deficiente, y las perspectivas económicas limitadas.

#### ***4.3.3. La relación entre autoestima y variables de salud psicológica***

A la luz de esto, no es sorprendente que la autoestima y la búsqueda de la autoestima se hayan relacionado tanto con el desarrollo, como con la expresión de psicopatología (Crocker y Park 2004). De hecho, en diferentes estudios se ha incluido a la baja autoestima como un criterio de diagnóstico o como una característica asociada para una variedad de trastornos. Zeigler-Hill, (2011), en una revisión de los trabajos realizados sobre la autoestima, recoge una lista parcial de las formas de psicopatología asociadas con baja autoestima y incluye los siguientes: depresión (Orth et al., 2009), ansiedad (Henning, Turk, Mennin, Fresco y Heimberg, 2007), fobia social (Izgiec, Akyuz, Dogan y Kugu, 2004), anorexia (Gual et al. 2001), bulimia (Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan y Izgiec, 2006), trastorno dismórfico corporal (Buhlmann, Teachman, Naumann, Fehlinger y Rief, 2009), abuso del alcohol (Dooley, Prause, Ham.Rowbottom y Emptage, 2006), trastorno obsesivo compulsivo (Wu, Clark y Watson, 2006), esquizofrenia (Barrowclough y Hooley, 2003) o trastorno límite de la personalidad (Zeigler-Hill y Abraham 2006). Debido a la importancia de la autoestima en muchos tipos de psicoterapias como un componente integral en ellas, se incluye también en las intervenciones y tratamientos, como por ejemplo en la terapia humanística (Rogers, 1959) y la terapia cognitiva conductual (Beck, 1995), asimismo hay una serie de técnicas terapéuticas que se dirigen específicamente a la autoestima (McKay y Fanning, 1992, Mruk 2006, News, Bell y Thomas, 2003).

En el presente trabajo nos centramos sobre todo en la relación entre autoestima y depresión y entre autoestima y ansiedad. En el caso de la relación con la depresión, se ve claramente, que la relación entre la baja autoestima y depresión, es la que más interés e investigación ha originado, y para explicarla se han propuesto dos posibles modelos explicativos:

El modelo de vulnerabilidad que establece que la baja autoestima es un factor de riesgo causal para el desarrollo de la depresión (Beck, 1967; Orth y Robins, 2013; Zeigler-Hill, 2011). Por ejemplo, Beck (1967), en su teoría cognitiva de la depresión, planteó la hipótesis de que las creencias negativas sobre el yo no son solo un síntoma de depresión, sino que desempeñan un papel causal crítico en su etiología. Alternativamente, está el modelo de cicatriz que propone que la baja autoestima es una consecuencia, más que una causa, de la depresión, porque las experiencias de depresión pueden dejar cicatrices permanentes en el autoconcepto del individuo (Coyne, Gallo, Klinkman, y Calarco, 1998; Shahar y Davidson, 2003; Zeigler-Hill, 2011). Es importante destacar que los dos modelos no son mutuamente excluyentes porque ambos procesos (es decir, la baja autoestima que contribuye a la depresión y la depresión que erosiona la autoestima) podrían operar simultáneamente (Orth, Robins y Roberts, 2008).

En general, los hallazgos de los estudios longitudinales (Orth, Robins y Meier, 2009; Orth, Robins y Roberts, 2008; Orth, Robins, Widaman y Conger, 2014) y de un estudio de metaanálisis reciente sobre los resultados de los estudios longitudinales disponibles, encontró apoyo para ambos procesos, siendo el efecto de vulnerabilidad de la baja autoestima sobre la depresión dos veces mayor que el efecto cicatriz de la depresión sobre la autoestima (Sowislo y Orth, 2013). Además se ha demostrado una alta capacidad de generalización del modelo de vulnerabilidad y sus resultados, y se ha afirmado que es un modelo altamente sólido puesto que se mantiene en estudios con diseños diferentes y con una amplia gama de muestras, y después de controlar factores teóricamente relevantes (por ejemplo, experiencias de vida estresantes) que pueden conducir a una baja autoestima y

depresión (Orth, Robins, y Meier, 2009; Orth, Robins, Widaman y Conger, 2014; Sowislo, Orth y Meier, 2014).

En concreto, los investigadores sugieren que este modelo es válido tanto para hombres como para mujeres (Orth et al., 2008; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes y Schmitt, 2009; Sowislo y Orth, 2013) y para la minoría étnica (Orth et al., 2014) así como también para poblaciones mayoritarias (Orth et al., 2009; Steiger, Allemand, Robins, y Fend, 2014). Además, el modelo se replica para todos los grupos de edad desde la niñez hasta la edad avanzada (Orth et al., 2009; Sowislo y Orth, 2013). En la misma línea, los estudios confirman, que aunque los niveles promedios de autoestima y depresión cambian a lo largo de la vida, las relaciones estructurales entre la autoestima y la depresión no cambian con la edad (Kessler, Foster, Webster y House, 1992; Orth, Maes y Schmitt, 2015; Orth, Trzesniewski y Robins, 2010). En este sentido, Steiger, Fend y Allemand, (2015), investigaron si los efectos se mantienen desde la adolescencia hasta la adultez media (tanto la vulnerabilidad a largo plazo y como los efectos de cicatriz), demostrando que tanto la autoestima en el periodo adolescente como los síntomas depresivos se relacionaron prospectivamente con la autoestima del adulto y los síntomas depresivos tres décadas después, siendo los efectos más fuertes para el modelo de vulnerabilidad. Además en este mismo estudio, los autores encontraron que estos efectos se mantienen a través de generaciones (de padres a hijos) de una forma directa y sustancial.

Finalmente, el efecto de vulnerabilidad se mantuvo cuando se controlaron varias terceras variables teóricamente relevantes (por ejemplo, apoyo social, depresión materna, eventos estresantes, victimización relacional y narcismo), independientemente de si se examinan los síntomas afectivo-cognitivos o somáticos de la depresión (Kuster, OOrth y

Meier, 2012; Orth, Robins, Trzesniewski, et al., 2009; Orth, Robins, Meier y Conger, 2016). Del mismo modo, los análisis de Sowislo et al. (2014) sugieren que el factor de vulnerabilidad crítico es un bajo nivel de autoestima en lugar de una baja estabilidad) o una alta contingencia de la autoestima (Crocker y Wolfe, 2001).

Aunque la evidencia indica que el efecto de vulnerabilidad se debe principalmente a la autoestima global en lugar de la específica de dominio (Orth et al., 2014; Steiger et al., 2014), algunos teóricos de la autoestima han planteado la hipótesis de que la autoestima específica del dominio contribuye también al desarrollo de la depresión (Harter, 2012). Estudios transversales con adolescentes indican que las autoevaluaciones negativas de la apariencia, la simpatía y la competencia se relacionan simultáneamente con la depresión (Harter, Marold y Whitesell, 1992; Harter y Whitesell, 1996). Gruenenfelder-Steiger, Harris y Fend, (2016), con el objetivo de comprobar los efectos prospectivos de la autoestima global y la autoestima de los dominios (atractivo físico y competencia académica) en el cambio en los síntomas depresivos dos décadas después, llevaron a cabo un estudio longitudinal donde evaluaban la autoestima anualmente entre los 12 y los 16 años, y la depresión se evaluó a los 16 y 35 años. Los resultados demostraron que tanto el nivel como el cambio en la autoestima servían como predictores de depresión adulta, las personas que entraron en la adolescencia con baja autoestima y/o cuya autoestima disminuyó aún más durante los años de la adolescencia, tenían más probabilidades de presentar síntomas de depresión dos décadas más tarde como adultos; y que este patrón se mantuvo tanto para la autoestima global como para el dominio específico.

Otro de los objetivos que intentan abarcar los estudios longitudinales es probar los mecanismos que podrían explicar el efecto de la baja autoestima en la vulnerabilidad. Por

ejemplo, Ottenbreit y Dobson, (2004), encontraron que una posible vía de comportamiento es que la baja autoestima conduce a la evitación social, que puede contribuir al desarrollo de la depresión a través del aislamiento social, la soledad y la disminución del apoyo social. Otros proponen las personas con baja autoestima son propensas a reducir los efectos positivos y a pensar que no merecen resultados positivos, lo que puede aumentar el riesgo de depresión (Wood, Heimpel, Manwell y Whittington, 2009; Wood, Heimpel y Michela, 2003). O el trabajo de Kuster, Orth y Meier (2012) en el que encontraron que la rumiación también mediaba parcialmente el efecto de la baja autoestima en la depresión; es decir, la baja autoestima predice aumentos de la rumiación, y esa a su vez aumentos en la depresión.

Resumidamente, estos hallazgos resaltan la importancia del desarrollo de la autoestima de los adolescentes para los resultados en salud mental en la edad adulta, así como nos ayudan a entender por qué y para quienes la baja autoestima es un factor de riesgo para la depresión. Además, el conocimiento sobre los efectos de la autoestima específica del dominio es importante ya que facilitan el diseño de futuras intervenciones específicas.

En cuanto a la relación entre autoestima y ansiedad comprobamos que, a diferencia de la depresión, el número de estudios que se han centrado sobre su análisis, es bastante inferior, por ejemplo Sowislo y Orth, (2013) en su meta análisis cubrieron 77 estudios sobre depresión frente a solo 18 estudios sobre ansiedad. Sin embargo, los resultados son consistentes, y han demostrado que los efectos entre la baja autoestima y la ansiedad son relativamente equilibrados, esto es, la autoestima predice la ansiedad en la misma medida que la ansiedad predice la autoestima. Siendo la ansiedad social la variable que más atención ha recibido.

De interés es el trabajo de Jong, Sportel, Hullu y Nauta, (2012), quienes en una amplia muestra de adolescentes demostraron que los síntomas de la ansiedad social podrían explicarse en gran medida por la autoestima explícita de los participantes. En concreto, se ha encontrado que solo para las niñas, la autoestima implícita y la interacción entre la autoestima implícita y explícita muestran una pequeña validez predictiva acumulativa para la ansiedad social, lo que indica que la asociación entre baja autoestima implícita y ansiedad social era más evidente para las niñas con un yo explícitamente bajo. En la misma línea, se ha comprobado que la autoestima y la claridad del autoconcepto se relacionan negativamente con la ansiedad social, y que la claridad del autoconcepto media significativamente el efecto de la autoestima en la ansiedad social (Liu, Guang-zeng, Yan-gu, Wei-Wei, Ya-yun y Da-jun, 2017).

Claramente, se ha avanzado mucho en el conocimiento del desarrollo de la autoestima, y en su relevante importancia en los diferentes aspectos psicosociales. Sin embargo, en ninguna ocasión se ha abordado su estudio como una posible variable mediadora en la relación entre variables sociales y salud psicológica. Resumidamente, si partimos, por una parte de que la alta autoestima es compatible con una valoración positiva de los demás y una actitud pro-social (Paulhus, Robins, Trzesniewski y Tracy, 2004), y que la aceptación de los demás es una fuente importante de la autoestima (Lachowicz-Tabbaczek y Sniecinska, 2011), y por otra parte de que la autoestima es un factor de vulnerabilidad para la ansiedad y la depresión, nos planteamos que la autoestima media la relación entre exclusión social y depresión y exclusión social y ansiedad. Si comprobamos que esto es así, estos conocimientos sobre los procesos de mediación serían fundamentales para las intervenciones destinadas a prevenir o reducir la depresión y la ansiedad.

#### **4.4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.**

Hace más de seis décadas que Allport, (1954) se preguntaba sobre qué pasaría con nuestra calidad de vida y salud mental si estamos expuestos de forma cotidiana a situaciones de discriminación. El caso de las madres solteras, objeto de nuestro estudio, son un ejemplo claro puesto que sufren en su vida cotidiana diferentes formas de rechazo y exclusión.

Una de las cuestiones clave en este sentido, tiene que ver con la forma de afrontar esta situación de discriminación. Smith-Castro et al., (2010), sugieren que las consecuencias psicosociales de pertenecer a grupos sociales estigmatizados dependen de múltiples factores, y enfatizan que las personas no son víctimas pasivas de la discriminación, sino que son personas activas que desarrollan estrategias para afrontarla de diversas maneras. De hecho, no todos los grupos responden de la misma manera al estigma y no todas las personas en un mismo grupo responden igual. En la misma línea, Major y O'Brein (2005), señalan que después de reconocer que se está viviendo una discriminación, las personas ponen en marcha dos tipos de respuesta: involuntarias, como la ansiedad y el aumento de la actividad cardiovascular, y otras voluntarias, que consisten en realizar esfuerzos conscientes de afrontamiento que tienen como objetivo regular o modificar las emociones, cogniciones, conductas o bien modificar el ambiente en respuesta a los eventos considerados como estresantes, y son los que se les denomina estrategias de afrontamiento.

##### **4.4.1. Conceptualización.**

Las formas en que los individuos intentan dar respuesta al estrés y la adversidad ha sido uno de los temas centrales de la Psicología. En sus inicios, dentro de la orientación psicodinámica, recibieron el nombre de mecanismos de defensa, y en los años sesenta se



empezó a utilizar el término afrontamiento para referirse a los mecanismos de defensa maduros que favorecen la adaptación del individuo, pero son Lazarus y sus colaboradores quienes popularizaron definitivamente el término (véase Parker y Endler, 1996), con su modelo transaccional del estrés y son los que originalmente lo definieron como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus y Folkman, 1984, p. 164).

Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, (1986) proponen que, en la relación entre individuo y ambiente podemos identificar dos procesos fundamentales que ejercen como mediadores esenciales en esta relación: la evaluación cognitiva y el afrontamiento. Además, estos autores proponen, en un segundo paso, que las estrategias de afrontamiento empleadas, ante una situación de estrés, están fuertemente condicionadas por la evaluación cognitiva que realiza la persona de la situación, y proponen dos niveles o fases de evaluación, primaria y secundaria. En el nivel de evaluación primaria el individuo evalúa la situación, mientras que en la evaluación secundaria se consideran las disponibilidades y los recursos de los que dispone la persona para hacerle frente (Lazarus y Folkman, 1984).

A partir de entonces el concepto de afrontamiento ha tenido mucha importancia, y su conceptualización ha ido variando, y cada vez más se le ha dado a la persona un papel más activo en todo el proceso ya que el afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción (Frydenberg, 1994).

La naturaleza consciente del proceso de afrontamiento, es un aspecto que ha originado una cierta controversia. Puesto que, mientras que Lazarus y Folkman, (1984) argumentan que el afrontamiento constituye un intento consciente de reducir o controlar el

estrés, otros autores como Hardy et al., (1996), mantienen que las estrategias de afrontamiento pueden iniciarse con una cognición mínima. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente (Martín Díaz, Jiménez Sánchez y Fernández Abascal, 2000). Otro aspecto teórico de interés es la definición del carácter de rasgo o estado de la respuesta. Por una parte está el paradigma de afrontamiento como rasgo, que representa las respuestas de afrontamiento que la gente realiza habitualmente en situaciones estresantes como estables (Anshel y Kaissidis, 1997; Bolger, 1990; Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Y por otra, nos encontramos con otra perspectiva con una aproximación orientada al proceso, que define el afrontamiento como respuestas dependientes del contexto (Lazarus y Folkman, 1984) y asume explícitamente que las respuestas deberían cambiar en función de la situación estresante y de sus diferentes fases (Compas y Epping, 1993).

No obstante, Fernández Abascal, (1997) establece que se trata de dos conceptos distintos y que podrían parecer similares: los estilos de afrontamiento (rasgo) y las estrategias de afrontamiento (proceso). Este autor considera que los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes.

En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones (Sandín, Chorot, Santed y Jiménez, 1995), mientras que

las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación y están influidas por los estilos que tiene una persona de afrontar los problemas del diario vivir. Por tanto, podría ser complementarios (Pelechano, 2000). Igualmente, los resultados de un estudio realizado por Castaño y León del Barco, (2010), donde evaluaban las estrategias de afrontamiento utilizadas por la misma persona en dos condiciones de estrés diferentes (general e interpersonal), han demostrado que efectivamente las personas modifican sus estrategias primarias en función de la situación, pero no en lo que respecta a las características más disposicionales, como son la utilización de estrategias pasivas o activas (terciarias), que no parecen modificarse según la situación.

Varios estudios combinan la perspectiva disposicional y contextual, apoyando claramente la vinculación de ambos constructos (Moos y Holahan, 2003). Así, las estrategias de afrontamiento utilizadas dependen de la personalidad y las características individuales de cada persona (Watson y Pennebaker, 1989). Por ejemplo Castaño y León del barco, (2010) han confirmado que hay una relación entre los estilos de conducta interpersonal descritos y las estrategias de afrontamiento utilizadas, se ha encontrado que las personas con un perfil interpersonal afiliativo tienden a utilizar de forma más frecuente estrategias activas, y las no afiliativas estrategias de afrontamiento pasivas. Así mismo Martínez-Correa, Reyes de Paso, García-León y González-Jareño, (2006) constatan una correlación positiva entre optimismo y determinadas estrategias de afrontamiento activo, y entre pesimismo y estrategias de afrontamiento pasivo (Felipe y Ávila, 2002, 2007); Carver y Scheier, 2001; Chico, 2002).

No obstante, la categorización de las estrategias es el tema que más debate ha suscitado, de hecho existen numerosas tipologías de clasificación con base en diversos criterios, ya sean teóricos, empíricos o una combinación de los dos (Folkman y Moskowitz, 2004; Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). Uno de los criterios clásicos a la hora de

diferenciar entre tipos de afrontamiento, es el propuesto por Folkman y Lazarus, (1985), quien distinguen entre las estrategias orientadas hacia el problema, centradas en modificar o resolver la situación problemática de manera lógica, a través de la elaboración de planes de acción; y las estrategias orientadas hacia la emoción, centradas en reducir las respuestas emocionales (ira, tristeza, etc.), a través de la evitación, preocupación y/o reacciones fantásticas o supersticiosas (Endler y Parker, 1990). Estos autores consideran que la funcionalidad de estas estrategias vendría determinada por la situación en la que se aplique, por ejemplo el estilo centrado en los problemas sería más funcional ante situaciones que se puedan modificar, mientras que el estilo centrado en las emociones tendría una importante función adaptativa en situaciones que no pueden ser cambiadas (Lazarus, 1990), y considera que un afrontamiento incorrecto puede agravar en lugar de reducir la intensidad del estrés percibido y puede producir serias repercusiones negativas tanto sobre aspectos emocionales como sobre el rendimiento (Lazarus, 1990).

Sin embargo, esta clasificación, como señala el propio Lazarus, (2006) no es totalmente excluyente, y las investigaciones recientes han encontrado que las estrategias de afrontamiento no tienen un impacto diferencial en los problemas y las emociones (Litman y Lunsford, 2009). Además, los estudios factoriales tampoco encuentran que las diferentes estrategias saturen de forma clara en factores centrados en los problemas o en la emoción (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Litman y Lunsford, 2009; Yi-Frazier et al., 2010).

Otra propuesta es la de Billings y Moos, (1986); Moos, Cronkite, Billings y Finney, (1986). Quien propusieron dos dimensiones básicas para la categorización de las estrategias de afrontamiento: una primera dimensión se centra sobre el "método utilizado", y según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación. Y la otra dimensión se centra en la

"focalización de la respuesta", y da lugar a tres tipos de afrontamiento: focalizado en la evaluación de la situación, dirigido al problema o a la emoción. Ampliando el modelo anterior, Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk, (1986) añadieron una tercera dimensión básica que atiende a la "naturaleza de la respuesta" que da lugar a dos tipos de respuesta conductual o de tipo cognitivo.

Así mismo, Endler y Parker, (1990) basándose en el análisis factorial de las estrategias de afrontamiento, medidas por su "Inventario Multidimensional de Afrontamiento" identificaron tres dimensiones básicas: el "afrontamiento orientado a la tarea", el "afrontamiento orientado a la emoción" y el "afrontamiento orientado a la evitación". Posteriormente en un estudio realizado por Roger, Jarvis y Najarian, (1993) al modelo anterior le añadieron una cuarta dimensión, denominada "separación o independencia afectiva respecto al estresor".

En la misma línea, Törestad, Magnusson y Olàh (1990) distinguen entre estrategias de afrontamiento constructivas o activas, la cual focalizada en el problema o la situación y donde el sujeto realiza acciones directas y confrontativas para tratar el evento estresor, y las estrategias de afrontamiento pasivas focalizadas en la emoción, donde el sujeto no hace nada para solucionar el evento estresante, y son las que los autores relacionan con la evitación/escape (negativa). Al igual, Ebata y Moos, (1994); y Moos y Schaefer, (1993), distinguen entre un estilo de afrontamiento de aproximación al problema, que puede ser tanto conductual como cognitiva, y un estilo de afrontamiento de evitación. Esta propuesta considera que el primer estilo de afrontamiento sería funcional, facilitando el ajuste del individuo, mientras que el estilo de evitación sería disfuncional, aumentando la probabilidad de que apareciesen problemas físicos y psicológicos. En este sentido, la investigación ha

encontrado que aquellas estrategias que implican tanto cambiar la situación (como: resolver el problema a través del afrontamiento activo o la planificación), como la modificación de la percepción que tiene de ella (mediante la reestructuración cognitiva positiva de la misma (por ej., reevaluación positiva o aceptación)) son las que se asocian sistemáticamente con mayor bienestar emocional (Folkman, 2008; Sanjuán y Magallares, 2014). Mientras que las estrategias focalizadas en la evitación de la situación se han relacionado de forma consistente con el malestar emocional (Litman y Lunsford, 2009; Sanjuán y Magallares, 2015). Respecto a las estrategias de afrontamiento basadas en la búsqueda de apoyo social, aunque se han asociado con bienestar (Greenglass y Fiksenbaum, 2009), las relaciones no son tan consistentes.

Otra distinción que se ha llevado a cabo entre las estrategias de afrontamiento ha sido entre aquellas que son adaptativas y aquellas que son desadaptativas (Zeitlin, 1980; Girdano y Everly, 1986). Generalmente, nos encontramos con que las estrategias de afrontamiento activo orientadas a afrontar la situación de estrés son usualmente descritas como adaptativas; mientras que aquellas denominadas pasivas, que consisten en la ausencia de afrontamiento o conductas de evitación, son consideradas desadaptativas (p.e., Brissette, Scheier y Carver, 2002). Generalmente, se considera que las estrategias de afrontamiento adaptativas son las que reducen el estrés, y se han relacionado con la salud y el bienestar psicológico a largo plazo (Everly, 1979; González-Barrón, Montoya-Castilla, Casullo y Bernabéu-Verdú, 2002), mientras que las inadaptativas aunque reducen el estrés a corto plazo, erosionan la salud a largo plazo y están ligadas a la presencia de problemas psicológicos (Asselmann, Wittchen, Lieb, Höfler y Beesdo-Baum, 2016; Collins, Woolfson y Durkin, 2014; Di Benedetto et al., 2014). Así, un afrontamiento inadecuado en una situación de estrés agudo puede llevar a un estrés crónico y a la aparición de estados emocionales

negativos y psicopatológicos (Escamilla, Rodríguez y González, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Resumidamente, podemos observar claramente que casi todas las estrategias, aunque denominadas de diferentes maneras, han sido propuestas de forma sistemática en todos los modelos (Carver et al., 1989; Lazarus y Folkman, 1984; Skinner et al., 2003). No obstante hay una falta de acuerdo respecto a su clasificación, por ejemplo encontramos que algunos autores consideran que la solución de problemas y la reestructuración cognitiva positiva, son categorías separadas (Skinner et al., 2003), mientras que otros, mediante el análisis factorial, han encontrado que éstas cargan en un único factor (Litman y Lunsford, 2009; Yi-Frazier et al., 2010).

Además, los resultados de los análisis factoriales reflejan que las estrategias se suelen agrupar en torno a dos o tres dimensiones básicas, con una capacidad predictiva más evidente. Cosa que ha llevado en la actualidad a una mayor tendencia hacia una clasificación más general como la división entre afrontamiento activo versus pasivo (Ojeda Pérez, Ramal López, Calvo Francés y Vallespín Montero, 2001).

En cuanto a los instrumentos de medición, Skinner et al., (2003) remarcan que la mayoría de los instrumentos existentes no se basarían en un modelo teórico previo, sino en análisis factoriales exploratorios con falta de coherencia teórica o que no han sido replicados (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen y Saltzman, 2000). Según Skinner et al., (2003), tan sólo cuatro instrumentos para clasificar subtipos de afrontamiento tendrían un modelo teórico de base y habrían sido empíricamente probados y validados. Uno de ellos es el “Inventario de estrategias de afrontamiento” (Coping Strategies Inventory, CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989). En el presente estudio optamos por la utilización de la versión española de este cuestionario que ha sido diseñado a partir del inventario de

Folkman y Lazarus, (1980), y está formado por 40 ítems que mide el grado de utilización de estrategias de afrontamiento, con una distribución jerárquica de las escalas, basada en la revisión de la literatura sobre evaluación del afrontamiento y en la estructura factorial obtenida mediante la rotación jerárquica de Werry (Tolbin, et al. 1989), estableciendo de tal manera ocho escalas primarias, cuatro secundarias y dos terciarias.

Sin duda, las estrategias de afrontamiento desempeñan un papel fundamental a la hora de afrontar los diferentes estresores, e influyen en gran medida sobre los diferentes aspectos psicosociales. Son muchos los trabajos que se han centrado en analizar esta relación y en determinar que estrategias ponemos en marcha ante las diferentes situaciones de estrés, así como su posible efecto sobre la salud física como psicológica. A continuación pasaremos a describir el efecto de las estrategias de afrontamiento sobre el bienestar y la salud psicológica y física. Y puesto que el rechazo y la discriminación son la situación estresante que enfrenta nuestra muestra de interés, nos centraremos en examinar las estrategias utilizadas ante estas situaciones.

#### **4.4.2. Las estrategias de afrontamiento en relación con salud física y psicológica.**

Cuando se analiza cómo las personas utilizan estas estrategias, se propone que la edad y género son claves en las diferencias que se producen. Una de las etapas evolutivas más estudiadas ha sido la adolescencia. Sin embargo, los resultados son contradictorios (Mullis y Chapman, 2000). Algunos estudios señalan que los adolescentes más jóvenes utilizan con mayor frecuencia el estilo focalizado en la emoción, y los mayores, el focalizado en el problema (Stern y Zevon, 1990; Groer, Thomas y Shoffner, 1992; Gamble, 1994); otros estudios señalan lo opuesto, que con la edad, en la adolescencia, se produce un incremento en el empleo de estrategias centradas en las emociones. Por otra parte, el empleo de



estrategias de afrontamiento centradas en los problemas se mantiene constante, puesto que estas últimas se adquieren previamente al inicio de la adolescencia y no se ven incrementadas durante este periodo, mientras que las centradas en las emociones tienen lugar a lo largo de toda la adolescencia (Compas, Orosan y Grant, 1993). Pero en general parece haber acuerdo en que la utilización de ambos estilos (focalizado en el problema y en la emoción) se incrementa con la edad. Así mismo, Seiffge-Krenke y Beyers (2005), en un estudio sobre una muestra amplia, donde examinaban la trayectoria del afrontamiento desde los 14 hasta los 21 años, señalan que a medida que avanza la edad y la madurez mental se observa un afrontamiento más activo, de forma que los adolescentes de mayor edad poseen un repertorio de respuestas de afrontamiento más amplio (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012).

En cuanto al género, se señala la existencia de diferencias claras entre ambos sexos, Howerton, (2005) expuso la idea de que las mujeres empleaban estrategias centradas en la emoción y enfocadas a la pasividad más frecuentemente que los varones y que éstos eran más tendentes al acercamiento a la solución del problema. Al igual Matud, (2004) informó que las mujeres obtenían mayores puntuaciones que los hombres en los estilos de afrontamiento emocionales y de evitación y más bajas en las racionales, pero estas estaban relacionadas con un mayor bienestar psicológico en los varones (Parsons, Frydenberg y Poole, 1996; Ficková, 1998). Mientras que el estilo focalizado en el problema parece estar asociado a un mayor bienestar en ambos sexos (Donaldson, Prinstein, Danovsky, y Spirito, 2000; Williams y McGillicuddy, 2000; González Barron et al., 2002).

Además de en el bienestar y su relación con el género y la edad, los hallazgos revelan la influencia de las estrategias de afrontamiento en la determinación del curso o pronóstico de algunas enfermedades físicas (Augusto y Martínez, 1998; Martínez-Corea et al., 2006).

Ojeda Pérez et al., (2001), exponen que hay una relación entre las estrategias de afrontamiento inadecuadas y el desarrollo de patologías. Concretamente, se ha constatado que la negación y la evitación tienen un efecto negativo en fases avanzadas de enfermedades hepáticas, cáncer o infarto de miocardio, bien porque conllevan a la búsqueda tardía de atención médica (Lazarus, Cohen, Folkman y Schaefer, 1980; Moreno, 1985), bien porque conducen a la elicitación y larga perduración de estados emocionales negativos considerados de riesgo para el empeoramiento del estado de salud del paciente (Kunzerdorff, Wilhelm, Scholl y Scholl, 1991). Por otra parte, en una serie de estudios realizados con pacientes de cáncer se ha observado que los sujetos pesimistas mostraban un mayor número de estrategias de afrontamiento pasivo, tales como la negación de la situación y la evitación cognitiva (Carver et al, 1993; Stanton y Zinder, 1993), así como una mayor manifestación de afectividad negativa (ansiedad y desesperanza/indefensión) (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandwik y Karesen, 2004). También Yeh-Shu, Huang-Chia, Chou-Hsueh y Wan-Thomas, (2009) han informado que las mujeres sometidas a hemodiálisis utilizan con más frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y que manifiestan unos niveles de estrés más elevados que los hombres. También se ha demostrado que las estrategias de afrontamiento (sobre todo la autocrítica) media la relación entre el estilo de respuesta (optimismo/pesimismo) y la salud física (Martínez-Correa, et al., 2006) y la estrategia de aceptación de responsabilidad entre estrés y calidad de vida en padres de niños con autismo (Dardas y Ahmad, 2015).

En cuanto al bienestar psicológico, se ha observado diferencias significativas en el empleo de estrategias de afrontamiento en función del nivel de bienestar psicológico (Figuroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez Suedan, 2005). De hecho se ha encontrado que

el estilo y estrategias dirigidos a la resolución del problema se relacionan con un alto bienestar, mientras el estilo improductivo se relaciona con un bajo bienestar, en ambos géneros (González- Barron, et al., 2002). Así como que, en personas con dificultades económicas graves (situación estresante) se produce una asociación positiva entre bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento centradas en la confrontación, el autocontrol y la planificación, mientras que la evitación fue la estrategias más utilizada por las personas que sus puntuaciones indicaban alteración psicológica. Además, se ha demostrado que el apoyo social se relacionaba positivamente con la salud psicológica de forma directa, e indirectamente a través de la estrategias de afrontamiento (planificación) (Riquelme, Buendia y Rodriguez, 1993). Igualmente, se ha demostrado que las estrategias de afrontamiento junto con la motivación son buenos predictores de bienestar subjetivo y psicológico (Sanjuan y Ávila, 2016). Específicamente, estos autores enfatizan la importancia de fomentar que las personas persigan sus metas por motivación autónoma, y que empleen estrategias de afrontamiento basadas en la solución de los problemas, la reestructuración cognitiva positiva y el apoyo social y obvien el uso de las estrategias de evitación puesto que su empleo es un predictor negativo de bienestar emocional (Litman y Lunsford, 2009; Sanjuán y Magallares, 2015). No obstante, estos autores reclaman, que estas relaciones perdieron su significación al estudiar las estrategias de forma conjunta. Enfatizando de tal manera la importancia de estudiar cada componente por separado, puesto que no todos los predictores son igual de significativos para todos los componentes (Sanjuan y Ávila, 2016).

En otro estudio realizado sobre una muestra de trabajadores que sufren síntomas de agotamiento (Burnout), también se comprobó que el afrontamiento centrado en el problema se correlacionó negativamente con los síntomas del agotamiento (Burnout),

mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se correlacionó positivamente. En concreto, la búsqueda de apoyo social, reevaluación y creencias religiosas entre las estrategias de afrontamiento emocional estaban negativamente relacionadas con los síntomas del agotamiento, la aceptación se relacionó positivamente con los síntomas del agotamiento (Shin et al., 2014). Al igual, se ha relacionado el uso de determinadas estrategias de afrontamiento con el desarrollo de algunas alteraciones psicológicas, siendo las más destacadas la depresión y la ansiedad.

En cuanto a la *depresión*, son varios los estudios que relacionan la sintomatología depresiva con el afrontamiento (Sheppes, Suri y Gross, 2015; Viñas-Poch, González-Carrasco, García-Moreno, Malo-Cerrato y Casas-Aznar, 2015). De hecho se ha demostrado que el estado de ánimo está relacionado en gran medida tanto con la magnitud del estrés percibido como con el estilo de afrontamiento adoptado ante los microestresores diarios, siendo el estrés percibido y el uso frecuente de un estilo de afrontamiento pasivo los factores predictores del estado de ánimo negativo (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012). Al igual, Muerberg y Bru, (2005) estudiaron el papel de los estilos de afrontamiento como posibles predictores de síntomas depresivos entre los adolescentes, y han encontrado una interacción significativa entre el estilo de afrontamiento agresivo y el estrés en relación a los síntomas depresivos.

Además, al analizar el efecto de las estrategias de afrontamiento sobre la depresión, en una muestra clínica, a lo largo de su recepción de una Terapia cognitiva, se observó que aunque la búsqueda de información, la resolución de problemas y la impotencia fueron las estrategias de afrontamiento más prevalentes al principio de la terapia; el afrontamiento basado en amenazas es el que más se correlacionó con la depresión (Drapeau, et al., 2017).

Sanjuan y Magallares, (2015) enfatizan que las estrategias de afrontamiento ejercen también un papel mediador en la relación entre el estilo explicativo y la depresión, consideran que el efecto indirecto del estilo explicativo sobre la depresión solo se produce a través del uso de las estrategias de resolución de problemas y reestructuración cognitiva positiva y el no uso de estrategias de afrontamiento evitativo. De esta forma, las estrategias de afrontamiento pueden funcionar como amortiguadores contra el estado de ánimo negativo moderando el efecto de otras variables.

En cuanto a la *ansiedad* los resultados no son concluyentes, algunos estudios revelaron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función de la ansiedad y la depresión, y se demostró que el uso de estrategias de aceptación se asoció con una menor depresión, mientras que el apoyo emocional se asoció con menor ansiedad (Arias y Toro, 2015; Nipp, et al., 2016). Pero en otro estudio realizado sobre una muestra de pacientes con esclerosis múltiple, se encontró que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en la evitación predicen la depresión y la ansiedad de la misma manera (Tan-Kristanto, y Kiropoulos, 2015). Al mismo tiempo, se ha demostrado que el efecto de las estrategias de afrontamiento en la ansiedad está condicionado por el carácter controlable vs incontrolable de la situación. En concreto, se ha demostrado que las estrategias centradas en el problema son útiles para mitigar la ansiedad de los acontecimientos estresantes controlables (Kim, Won, Liu, Liu, y Kitanishi, 1997), pero incrementan la ansiedad en situaciones de tensión que son incontrolables (Cheng, Hui, y Lam, 1999). En cambio, el alivio del estrés mediante un afrontamiento centrado en la emoción ha resultado adecuado para hacer frente a eventos estresantes incontrolables (Cheng et al., 1999), pero no en situaciones estresantes controlables (Levenson, Mishra,

Hamer, y Hastillo, 1989). Enfatizando de tal manera la importancia del uso de las estrategias de afrontamiento adecuadas a cada situación.

Generalmente, las estrategias de aproximación se han asociado a una menor presencia de síntomas psicológicos, mientras que las de evitación se han vinculado con mayor presencia de sintomatología depresiva, ansiedad y peores índices de bienestar personal (Crockett et al., 2007; Folkman y Moskowitz 2004; Taylor y Stanton, 2007; Trew, 2011; Viñas, Gonzalez, Garcia, Malo y Casas, 2015; Watson y Sinha, 2008; Lavarone, Ziello, Pastore, Fasanaro y Poderico, 2014).

#### ***4.4.3. Las estrategias de afrontamiento ante el rechazo.***

La estigmatización, la discriminación y el rechazo son situaciones que provocan un alto nivel de estrés en las personas, puesto que representan una amenaza para las identidades de las personas como individuos competentes y deseables (Bourgeois y Leary, 2001). Además, predicen consistentemente, según la teoría interpersonal de aceptación y rechazo, el ajuste psicológico y conductual de niños y adultos (Rohner, 1986; Rohner, Khaleque y Cornoyer, 2005). Estas situaciones incitan el desarrollo de estrategias de afrontamiento para poder afrontarlas (Kaiser y Miller, 2004).

Basándose en el modelo de Lazarus y Folkman, (1984); Berjot y Gillet, (2011); y Berjot, Giraolt-Lidvan y Gillet, (2012) desarrollaron el modelo de estrés y el afrontamiento de las amenazas de identidad que se centra en determinar cómo las personas pueden responder al rechazo. Este modelo parte de la premisa de que, mientras los individuos, en general, aspiran a mantener una autoimagen positiva (i.e., Rosenberg, 1979), el rechazo supone una amenaza simbólica a la identidad, e implica un riesgo de devaluación (Steele, Spencer y Aronson, 2002). Este modelo postula que para responder a esta amenaza se

pondrán en marcha mecanismos y estrategias de afrontamiento posteriores específicos, para restaurar la evaluación de sí mismo, a través de la mejora del ego o su protección (Berjot et al., 2012; Horn, 2015).

Además, Zimmer-Gembeck, (2016) señala que las experiencias de rechazo entre iguales tienen también un efecto destacado sobre el bienestar y la salud psicológica, y que este efecto está mediado por la interferencia de las estrategias de afrontamiento que se activan para hacer frente a esta situación estresante.

El estudio del efecto de las estrategias de afrontamiento se ha llevado a cabo en distintas muestras. Por ejemplo, encontramos que muchos de los trabajos realizados al respecto se han centrado en analizar las estrategias utilizadas por las personas inmigrantes cuando perciben alguna discriminación, y han demostrado que las personas ante una mayor percepción de discriminación suelen poner en marcha estrategias de afrontamiento de evitación cognitiva, pero los resultados no han sido concluyentes en relación a su impacto sobre la salud psicológica (Lahoz y Frons, 2016). Otros estudios concluyen que las estrategias de aproximación pueden amortiguar los efectos de la discriminación racial en la salud (Crockett et al., 2007; West, Donovan y Roemer, 2010) mientras que el uso de estrategias evitativas para hacer frente a la discriminación estaría relacionada con consecuencias adversas para la salud (Crockett, et al., 2007; Lin, Probst y Hsu, 2010; Noh y Kaspar, 2003; Patiño y Kirchner, 2011). No obstante autores como Cobb, Xie y Sanders, (2016), explican que, para los inmigrantes, el uso de afrontamiento centrado por aproximación puede ser contraproducente cuando los problemas son difíciles de resolver, como lo es la discriminación. Según estos autores, el tratar de resolver problemas que están fuera de su control utilizando estrategias de afrontamiento por aproximación al problema, podría dar lugar a una mayor sintomatología. Otros estudios señalan diferencias significativas entre los

hombres y mujeres en las estrategias que utilizan para afrontar los eventos discriminatorios: las mujeres tienden a buscar apoyo social más frecuentemente que los hombres y tienden a buscar más apoyo en la religión que ellos (Holder, Jakson y Ponterotto, 2015). Por otro lado, ellos tienden a recurrir más frecuentemente al humor para afrontar la experiencia discriminatoria o bien al consumo de alcohol (Smith et al., 2010). En la misma línea, los resultados de un estudio longitudinal realizado sobre una amplia muestra de adolescentes que sufren situación de rechazo étnico, revelaron que el alto rechazo intragrupal percibido y los niveles bajos de afrontamiento activo se asociaron con síntomas depresivos. Además, los síntomas depresivos mediaban parcialmente el vínculo entre el rechazo intragrupal y los resultados académicos. Por último, las estrategias de afrontamiento evitativo también predijeron los síntomas depresivos y se relacionaron positivamente con el fatalismo (Basáñez, Warren, Crano, y Unger, 2014).

Otro contexto estudiado, es el de rechazo entre iguales en adolescentes y niños, comprobándose diferencias significativas en las estrategias empleadas para afrontar una amenaza de rechazo en función de los síntomas de ansiedad o depresión informados. En concreto, se ha comprobado que los adolescentes con mayor ansiedad social tuvieron las respuestas más desadaptativas a la amenaza de rechazo, incluyendo reacciones emocionales elevadas, más auto-culpa y afrontamiento usando más aislamiento social, rumiación y oposición. Los adolescentes que informaron más síntomas depresivos sintieron menos control y anticiparon el uso de un afrontamiento menos adaptativo (menos búsqueda de apoyo, distracción y negociación), mientras que los adolescentes agresivos respondieron con más ira (Zimmer-Gembeck y Skinner, 2015). Del mismo modo, en otro estudio realizado sobre adolescentes, donde se examinó la interferencia de las estrategias de afrontamiento



en las relaciones entre la victimización por intimidación y los síntomas de depresión y ansiedad, se encontró que, aparte de las fuertes relaciones entre la victimización por intimidación y los síntomas de depresión y ansiedad, estas dos relaciones fueron moderadas por dos estrategias: la rumiación fortalece estas relaciones, mientras que el reevaluación positiva reduce el efecto del Bullying sobre la depresión y la ansiedad, es decir esta última tiene un efecto protector o amortiguador mientras que la rumiación tiene un efecto facilitador (Garnefski y Kraaij, 2014). Y en otro estudio longitudinal donde se analizaba la relación entre la sensibilidad emocional (los síntomas de ansiedad, depresión, sensibilidad al rechazo) y las estrategias de afrontamiento utilizadas para afrontar una situación de rechazo, se comprobó que las preocupaciones de los adolescentes sobre el rechazo (rumia) y la reacción evitando la interacción social relacionado con el rechazo son las que se han asociado con un aumento en la sensibilidad emocional (Zimmer-Gembeck, 2015). Así mismo, con universitarios que sufren victimización por ciberacoso, Hyuinjoo, Dancy y Park, (2015) señalan que las estrategias de afrontamiento por evitación se asocian con mayor ansiedad y depresión.

A diferencia de los adolescentes, en una muestra de niños, no se encontraron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función del nivel de síntomas depresivos informados, siendo las estrategias de distracción conductual, el comportamiento centrado en el problema y la reevaluación positiva, las que más utilizan para afrontar una amenaza de rechazo entre iguales (Reijntjes, Stegge, y Terwogt, 2006). Esto puede ser debido a que a esta edad temprana, todavía no se han desarrollado las otras estrategias que se adquieren a lo largo de toda la adolescencia (Compas et al., 1993).

El efecto mediador de las estrategias de afrontamiento, también fue analizado en muestras de personas discriminadas y estigmatizadas por alguna enfermedad física como el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) (Fuster Ruiz de Apodaca, Molero, Holgado Tello y Sansinenea, 2013); enfermedad mental y adicción a las drogas (Hunter, et al., 2017) u orientación sexual (Feinsten, Davila y Dyar, 2017; DentOn, Rostosky, y Danner, 2014) entre otras. Los resultados muestran una relación positiva entre el uso de estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas, y los síntomas psiquiátricos y de internalización así como físicos.

Por otra parte, se ha estudiado también el efecto de las estrategias de afrontamiento sobre la conducta antisocial y el consumo de drogas en adolescentes, y se ha comprobado, que las estrategias evitativas se relacionan con un posterior consumo de drogas (Kaplan y Peck, 1992). Así mismo, se ha corroborado que ciertas estrategias de afrontamiento actúan como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales (estilo de afrontamiento productivo y, dentro de este estilo, algunas estrategias como el esforzarse, el concentrarse en resolver los problemas o fijarse en lo positivo), mientras que el estilo no productivo a través de las estrategias de evitación, parece que favorece la aparición de estas conductas (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres y Sobral-Fernández, 2006).

Claramente, el afrontamiento desempeña un papel mediador importante entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas (Sandín, 2003).

Por, tanto consideramos que las estrategias de afrontamiento, es una variable mediadora clave en la relación entre la situación de rechazo y exclusión que perciben las madres solteras y su salud psicológica. Por ello, planteamos que el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas favorecerá la aparición de mayores síntomas de depresión y ansiedad, mientras que el uso de estrategias adaptativas ejercerá un efecto amortiguador y protector ante la ansiedad y la depresión.

A modo de conclusión general tras el abordaje de las variables de interés consideradas en el presente trabajo, hemos de destacar que todas son importantes pero que, probablemente, no sean las únicas implicadas en el problema de exclusión social que sufren las madres solteras.

Algunas de estas variables han sido abordadas anteriormente, por otros estudios realizados sobre madres solteras, pero en ninguno de ellos se han estudiado de una forma conjunta. Además, el presente estudio nos va a permitir conocer la relación entre estas variables en un contexto totalmente nuevo que es la maternidad en solitario en Marruecos. Con este trabajo se pretende contribuir a conocer y determinar como las variables emocionales, psicológicas y sociales pueden influir y moderar el efecto de la exclusión social sobre la salud psicológica de las madres solteras.

## **CAPÍTULO 5**

### **OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

En este capítulo se expondrán los objetivos e hipótesis del estudio, así como la metodología empleada, haciendo referencia en primer lugar, por necesidades logísticas, al estudio piloto realizado para la adaptación y validación psicométrica al árabe y a la sociedad marroquí, de los instrumentos de evaluación utilizados en el presente trabajo de investigación, y los convenios y los permisos requeridos para la realización de esta investigación. En segundo lugar, nos centraremos en el estudio central del trabajo, es decir, las principales características de la muestra, los instrumentos utilizados, y el procedimiento..

#### ***5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO***

Como hemos planteado en la revisión teórica y hemos comprobado en los resultados de los análisis de contenido de las historias de vida, las madres solteras en Marruecos experimentan una alta exclusión social tanto en su entorno familiar como social (amigos, trabajo, vecinos...). Este rechazo es atribuido y justificado por la alta importancia otorgada al honor. Además observamos que las madres informan de una alta inestabilidad emocional y baja salud emocional y psicológica.

Por ello, el objetivo principal de esta investigación es comprobar si se produce una relación entre la cultura de honor, exclusión social experimentada y la baja salud psicológica de las madres solteras, y analizar cómo se producen estas relaciones, así como qué variables emocionales y cognitivas median esta relación.

Para la consecución de estos objetivos, se ha diseñado el presente estudio transversal y transcultural, donde comparamos nuestro grupo de interés (madres solteras en Marruecos) con un grupo culturalmente diferente, donde la situación social de las madres solteras es más favorable y aceptada y se atribuye menos importancia al honor (madres solteras en España).

Por tanto, el objetivo general es:

Analizar cómo se relaciona la exclusión social y la salud psicológica de las madres solteras, así como examinar la interferencia de otras variables de tipo emocional, cognitivo y social en esta relación, y comprobar si este proceso se desarrolla de la misma forma en ambos grupos o se producen procesos diferentes en cada grupo.

En general, nuestro objetivo principal es comprender el proceso que subyace en esta relación, y determinar las variables mediadoras implicadas en este proceso.

Para comprobarlo se plantearon una serie de objetivos específicos e hipótesis que se exponen a continuación:

***Objetivo 1: Examinar si existen diferencias significativas entre las madres solteras en Marruecos y las madres solteras en España en relación a las variables evaluadas.***

***Hipótesis 1: Se producirán diferencias significativas entre los dos grupos en CH, exclusión social percibida, ansiedad y depresión informados.***

H.1.1: Las madres solteras en Marruecos percibirán mayor exclusión social y otorgarán mayor importancia al honor que las madres solteras en España.

H.1.2: Las madres solteras en Marruecos informarán de niveles más altos de ansiedad y depresión que las madres solteras en España.

H.1.3: Esperamos que las diferencias observadas entre los dos grupos, en percepción de exclusión social, nivel ansiedad y depresión informados, varíe en función de si tiene contacto con la familia y/o con el padre de su hijo, su situación actual, causa del embarazo, donde vive y si ha experimentado una situación de rechazo directo.

***Objetivo 2: Analizar si se producen diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión informados, y la percepción de exclusión social, en función de las variables categóricas para cada grupo de forma separada.***

***Hipótesis 2: Los niveles de ansiedad y depresión informados, y la percepción de exclusión social, diferirán en función de su situación actual, causa de embarazo, contacto con el padre del hijo, contacto con la familia y donde vive. A nivel de cada grupo de forma separada.***

Esperamos que las madres solteras tanto en Marruecos como en España, que están todavía en la fase de embarazo, que la causa de su embarazo ha sido violación o incesto, que no tienen contacto con el padre de su hijo/a, no tiene contacto con su familia y/o viven solas, informen de niveles más altos de ansiedad y depresión.

**Objetivo 3: Explorar la relación entre la importancia otorgada al honor, la percepción de exclusión social y la conceptualización que se tiene del rechazo experimentado.**

**Hipótesis 3: La CH se relacionará con la percepción de exclusión social, y la conceptualización que se tiene de este rechazo, en función del grupo de interés.**

H.3.1. La CH se relaciona de forma positiva con la percepción de exclusión social.

Esperamos que las madres solteras en Marruecos que otorguen una alta importancia al honor, perciban mayor exclusión social y viceversa. Mientras que en España esperamos que no se produzca una relación significativa entre la CH y la percepción de exclusión social.

H.3.2: La CH se relaciona de forma significativa con la conceptualización del rechazo percibido.

En concreto, esperamos que cuando se otorga una alta importancia al honor, se tenga una conceptualización del rechazo como más justo, crónico, agudo, y con altos costes.

**Objetivo 4: Analizar la relación entre la percepción de exclusión social y la salud psicológica de las madres solteras, tanto en Marruecos como en España.**

**Hipótesis 4: La exclusión social se relaciona con ansiedad y depresión en ambos grupos.**

H.4.1: Esperamos que la exclusión social percibida se relacione con mayor ansiedad y depresión, tanto en el grupo de interés como en el grupo de comparación.

H.4.2: Esperamos que una percepción de mayor exclusión social prediga altos niveles de ansiedad y depresión en ambos grupos.

***Objetivo 5: Explorar el papel mediador de las variables emocionales en la relación entre la percepción de exclusión social y ansiedad, y exclusión social y depresión sufridos.***

***Hipótesis 5: las variables de tipo emocional mediarán la relación entre exclusión social y ansiedad, y exclusión social y depresión, en ambos grupos.***

H.5.1. Esperamos que la percepción de exclusión social se relacione negativamente con autoestima e inteligencia emocional auto percibida en ambos grupos.

H.5.2. Esperamos que la baja autoestima e Inteligencia emocional se relacione con mayor ansiedad y depresión en ambos grupos.

H.5.3. Esperamos que la IE modere la relación entre exclusión social y ansiedad; y exclusión social y depresión.

En concreto, esperamos que, en situaciones con mayor exclusión social percibida, las madres con alta IE sufran niveles más bajos de ansiedad y depresión que las madres con baja IE.

Es decir, creemos que la alta IE ejercería como variable protectora ante la depresión y ansiedad en situaciones donde se percibe mayor exclusión social. Además esperamos que este proceso se produzca en ambos grupos.

H.5.4 Esperamos que la autoestima medie la relación entre exclusión social y ansiedad; y entre exclusión social y depresión en ambos grupos poblacionales.



En concreto, esperamos que la percepción de exclusión social afecte a la ansiedad y a la depresión a través de la disminución de la autoestima.

***Objetivo 6: Explorar el papel mediador de las variables cognitivas en la relación entre exclusión social percibida y ansiedad, y exclusión social percibida y depresión.***

***Hipótesis 6: las variables cognitivas mediarán la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión en ambos grupos.***

H.6.1. Esperamos que la exclusión social se relacione de forma negativa con estrategias de manejo adecuado y de forma positiva con estrategias de manejo inadecuado

H.6.2. Esperamos que las estrategias de manejo adecuado se relacionen con menor ansiedad y depresión, mientras que las estrategias de manejo inadecuado se relacionarán con mayor ansiedad y depresión.

H.6.3. Esperamos que las estrategias de afrontamiento utilizadas moderen la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión.

En concreto, esperamos que las estrategias de afrontamiento adecuadas funcionen como variables protectoras ante la ansiedad y la depresión cuando se percibe una alta exclusión social, mientras que las estrategias de manejo inadecuado incrementarán la depresión y ansiedad. Es decir, esperamos que las personas que utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas informen de niveles bajos de ansiedad y de depresión, incluso aunque perciban alta exclusión social.

H.6.4: Esperamos que la conceptualización que se realiza de la exclusión social percibida modere la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión.

En concreto, una conceptualización del rechazo experimentado, como un rechazo justo, bajos costes, menor agudeza, baja cronicidad, altas expectativas de recuperar la relación, altas relaciones alternativas y/o bajo valor asociado a las relaciones perdidas va a hacer que las personas sufran niveles más bajos de ansiedad y de depresión en situación de alta exclusión social. Es decir, una conceptualización positiva del rechazo experimentado protegería ante la depresión y la ansiedad.

***Objetivo 7: Explorar el papel moderador de la CH en la relación entre la percepción de exclusión social y las variables psicológicas en ambos grupos.***

***Hipótesis 7: la CH moderará la relación entre exclusión social y ansiedad y, entre exclusión social y depresión pero solo en el grupo de interés.***

En concreto, esperamos que la alta CH ejerza como variable protectora ante la depresión y ansiedad en situación de alta exclusión social. Las personas que otorgan una alta importancia al honor sufrirán niveles más bajos de ansiedad y/o depresión.

***Objetivo 8: Examinar cómo interfieren las variables emocionales y cognitivas en la relación entre la percepción de exclusión social y las variables psicológicas en ambos grupos.***

***Hipótesis 8: Las variables emocionales y cognitivas interferirán de forma simultánea en el efecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad y la depresión.***

*H.8.1. Esperamos que las estrategias de afrontamiento y las variables emocionales interfieran de forma simultánea en la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión.*

En concreto, esperamos que las variables cognitivas moderen y/o medien el efecto indirecto que tiene la percepción de exclusión social sobre los niveles de ansiedad y de depresión experimentados a través de la autoestima, en ambos grupos.

*H.8.2. La cultura de honor y las variables emocionales interfieren de forma simultánea en el efecto de la exclusión social sobre la ansiedad y depresión en el grupo de interés.*

Esperamos que la CH y la autoestima actúen en paralelo sobre la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión. Lo concreto, esperamos que mientras la CH modere estas relaciones, la autoestima media sobre ellas.

En resumen, esperamos que, aunque haya diferencias significativas entre los dos grupos en las variables evaluadas, el proceso y el patrón de respuesta sea similar en ambos grupos en lo que concierne a las variables emocionales y cognitivas, y que se den diferencias significativas a nivel de CH.

## ***5.2. Estudio piloto para la adaptación y validación de las escalas al árabe.***

Una vez planteados los objetivos del estudio, se determinaron las escalas que miden nuestras variables de interés y sus respectivas adaptaciones y traducciones a la sociedad

marroquí (véase apartado instrumentos), puesto que la muestra debía estar compuesta por madres solteras en Marruecos y en España.

Las escalas seleccionadas fueron:

Para medir Inteligencia emocional: La escala de Wong and Law's Emotional Intelligence Scale (WLEIS; Wong y Law, 2002).

Para medir depresión. Inventario de depresión de Beck (BDI; Aaron T. Beck, 1996)

Para medir estrategias de afrontamiento. Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), (Tobin et al., 1989).

Para medir autoestima. Escala de Autoestima (EA). (Rosenberg, 1965).

Para medir ansiedad rasgo. Escala State-Trait Anxiety Inventory – STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo), (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

Para medir cultura de honor. Escala de atributos de honor (Rodríguez-Mosquera, 2011).

Para medir exclusión social. Escala de exclusión social de Jehoel y Vrooman (2007).

Tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva, solo encontramos dos traducciones al árabe publicadas de dos escalas: la escala de depresión de Beck (Hamdi, 2013) y la escala de autoestima de Rosenberg (Zarhbouch y Alaoui, 2011).

La falta de instrumentos en el idioma marroquí se debe fundamentalmente a una falta de tradición en el uso de cuestionarios y al propio idioma que cuenta con distintos códigos lingüísticos a través de las diversas influencias lingüísticas recibidas —árabe clásico,

bereber, árabe marroquí, francés, español e inglés (Zouhir, 2013) debido a su situación en el punto de intersección de África, Europa y el Oriente Próximo. Por este motivo, el uso de cuestionarios psicológicos estándar se enfrenta a diversas dificultades. De hecho, la mayor parte de los profesionales traducen las escalas del francés al árabe marroquí de manera literal, sin seguir ningún criterio, comprometiendo así la fiabilidad del cuestionario. Además, las traducciones literales pueden no tener ningún sentido en otra cultura (Beaton, Bombardier, Guillemin y Ferraz, 2000) y no se puede asumir que las medidas psicológicas obtenidas sean comparables entre distintos grupos culturales (Li, Saklofske, Bowden, Yan y Fung, 2012). Por tanto, es necesario realizar estudios rigurosos de validación. Además, el uso creciente de pruebas psicológicas en culturas en las que no había una tradición previa de este uso (i.e., el norte de África) pone de relieve la necesidad de adaptar estos instrumentos.

Siguiendo las instrucciones de la International Test Commission (ITC, 2001) que implica una combinación de diseño de traducción hacia delante/ hacia detrás (Back-translation) se procedió a traducir de la versión española al árabe todas las escalas por dos personas nativas de ambos idiomas, se realizó una fiabilidad inter jueces, y puesto que las diferencias eran mínimas se mantuvo una de las dos traducciones. Para la revisión de los expertos, iniciamos contactos con profesores en psicología y lingüistas de la Universidad de Fez. Dos profesores en psicología y un profesor lingüista se ofrecieron para colaborar con la doctoranda.

Tras la revisión de los expertos, se estableció un grupo de discusión formado por los profesores colaboradores y la doctoranda, para discutir las modificaciones, y se elaboró una versión conjunta. Aparte de las correcciones a nivel lingüístico se han realizado las siguientes modificaciones:

- A nivel de idioma y debido al multilingüismo y la gran discrepancia que hay entre el árabe escrito (foshá) y el árabe hablado (darija marroquí), que a su vez conoce cierta variación entre el centro, norte y sur del país, y las características de nuestra muestra (la mayoría de las madres tienen un nivel educativo bajo) se decidió utilizar un árabe foshá simplificado, más cercano al darija y fácil de entender.
- A nivel de la estructura se unificó la forma de respuesta de todas las escalas, tipo likert de 5 puntos, para eliminar el posible efecto de confusión que pueda crear tener formas de respuesta diferente en cada escala, aún más sabiendo que a nivel general en Marruecos, las personas no están acostumbradas a responder a cuestionarios y suelen mostrar mucho recelo ante ellos.
- Respecto a la escala de exclusión social, de los 33 ítems que forman la escala original se seleccionaron 17 ítems más válidos en nuestra muestra de interés.
- En cuanto a la escala de códigos de honor, de los 24 ítems que forman la escala original se seleccionaron 21 ítems y se realizaron una serie de modificaciones.
  - Se han sustituido dos ítems de honor masculino (Prioridad y alto estatus socio-económico) por otros dos ítems (ser celoso y asumir la responsabilidad de la familia), y se ha sustituido el ítem (proteger a la familia de uno, el bienestar y la propiedad) por un ítem del honor neutro (proteger la reputación y el honor de la familia).
  - Se han fusionado tres ítems “casarse con alguien con una buena reputación, la familia de uno que tiene una buena reputación, y la propia buena reputación” en un solo ítem “Tener una buena reputación, tanto personal como familiar”.

- Los ítems “discreción y modestia” pasan de formar parte de la dimensión honor femenino a formar parte de la dimensión honor neutro.
  - El ítem “aceptar y cumplir las normas sociales” pasa de formar parte de la dimensión honor neutro a honor femenino.
  - Sustituir el ítem “hospitalidad” por el ítem “paciencia” en la dimensión honor neutro.
  - Se eliminó el ítem “satisfacción de las expectativas de los padres” de la dimensión honor neutro.
  - Se ha fraccionado el ítem “Lealtad a la pareja” de honor femenino en dos ítems “Lealtad a la pareja y ser fiel a la pareja”.
- En cuanto a las demás escalas que miden las variables ansiedad, inteligencia emocional, estrategias de afrontamiento y conceptualización de rechazo, se han mantenido todos los ítems, y no se realizó ninguna modificación adicional.

Para la validación de las escalas traducidas y adaptadas se procedió a realizar un estudio piloto administrando el cuestionario a una muestra de 124 estudiantes universitarios de la universidad Mohamed 5 de Rabat (Véase apartado estudio piloto).

En paralelo, y para asegurarse de que el árabe utilizado es sencillo, cercano al árabe coloquial hablado en Marruecos, y comprensible no solo por personas con un nivel educativo alto (estudiantes universitarios) sino también por todos los demás, se administró el cuestionario mediante una entrevista semi-estructurada a 4 mujeres usuarias de una

asociación de atención a mujeres en dificultad social con un nivel educativo bajo (mujeres sin estudios o con estudios primarios).

En función de los resultados obtenidos del estudio piloto y de las anotaciones y observaciones obtenidas de las entrevistas se realizaron las correcciones de los desajustes y se elaboró el cuestionario final en su versión árabe bajo la supervisión de los 3 profesores colaboradores.

Con esta versión consensuada se pasó al back-translation en el que otra persona bilingüe volvió a traducirlo, y puesto que las diferencias eran mínimas entre esta y las escalas originales, se mantuvo la versión árabe construida y se dió por concluido este proceso.

Esta primera fase de la investigación (traducción, adaptación y validación de las escalas al árabe) se llevó a cabo en el curso académico 2014-2015. En paralelo se solicitó la aprobación de la comisión de ética para poder realizar el trabajo de campo. La concesión se obtuvo en octubre de 2015, momento en el que se procedió a realizar las entrevistas (véase Anexo 2).

Una vez redactado el cuestionario en su formato final en ambas versiones (marroquí y española), iniciamos los contactos con nuestra muestra de interés de forma simultánea en ambos países.

### **5.2.1. Estudio Piloto**

En el presente epígrafe expondremos el estudio piloto (participantes, procedimiento y resultados) llevado a cabo para la adaptación y validación psicométrica al árabe de las



escalas que miden nuestras variables de interés en este trabajo de investigación. El objetivo último era generar una versión adecuada y culturalmente relevante.

### ***Participantes:***

Inicialmente se contactó con 140 participantes. Cuando alguna de las escalas se dejaba sin contestar o bien un porcentaje elevado de los ítems no eran respondidos, se optaba por eliminación del participante. La muestra final estuvo compuesta por 124 estudiantes universitarios, que de forma voluntaria completaron los instrumentos del estudio. El 71% fueron mujeres ( $N= 36$ ) y el 29% hombres ( $N =88$ ). La edad media fue de 22.51 años ( $Dt. =4.32$ ) con un rango de edad entre 19 y 44 años. El 25% de los participantes cursaban 2ª de filología árabe ( $N = 31$ ) y el 75 % cursaban 2ª de sociología ( $N =93$ ).

### ***Instrumento:***

Se utilizó un cuestionario de auto informe que recoge todas las escalas de interés traducidas al árabe. El cuestionario está formado por 146 ítems y 3 variables socio demográficas (sexo, edad y carrera)

Para controlar el posible efecto de orden de presentación de las escalas en el cuestionario, se utilizó el contrabalanceo orden A y B, elaborando dos modelos. El orden de presentación de las escalas en B ha sido al inverso de su presentación en A. Se ha optado por este tipo de contrabalanceo debido a que el tamaño estimado de la muestra no sería muy grande. Para tener mayor certeza de que la diferencia en los resultados no es debida al orden de presentación del cuestionario, se realizó un análisis de muestras independientes a posteriori.

### ***Procedimiento:***

El cuestionario fue administrado por la doctoranda a los participantes en la Universidad Mohammed V de Rabat (Marruecos), en dos titulaciones diferentes (filología árabe y sociología).

Se obtuvieron primero los permisos oportunos de los docentes y la dirección de la universidad para solicitar a los estudiantes su colaboración en clase de forma anónima y voluntaria.

La administración se realizó de forma grupal en las aulas de clases y fue contestado a posibles dudas de forma individual y se indicó que debería contestar de forma espontánea y lo más sincera posible, sin tardar mucho en cada pregunta. Las instrucciones se presentaron en el encabezado de cada instrumento, siguiendo las mismas instrucciones marcadas por los autores originales de las diferentes escalas, y se dió una explicación verbal a manera más general.

La doctoranda ha ido anotando todas las preguntas y dudas que les han surgido a los participantes cuando completaban el cuestionario.

La duración media de la aplicación del cuestionario ha sido de 35 minutos sin incluir el tiempo requerido para la presentación del trabajo y las instrucciones.

### ***Resultados:***

Los datos se analizaron con la versión 20.0 del programa IBM SPSS Statistics. Como paso previo, y antes de proceder a realizar los análisis pertinentes, analizamos si el orden en

que se aplicaron los instrumentos (A y B) producía efecto alguno sobre los resultados. Los análisis realizados para ver si se producía algún efecto de orden en la administración de las pruebas, arrojaron que no se producían diferencias ( $p >.05$ ), por lo que esta variable no se tuvo en cuenta en los análisis posteriores.

En primer lugar, y con el objetivo de estudiar la estructura interna de las escalas se efectuaron análisis factorial exploratorio libre y otro ajustado al número de factores teóricos de la escala utilizando el método de componentes principales con rotación Varimax; y luego se procedió a realizar un análisis de fiabilidad teórica con todos los ítems de la escala original, y análisis de fiabilidad si se elimina un ítem, mediante el índice de consistencia interna de Alpha de Cronbach. Una vez analizada la estructura y la consistencia interna de las escalas, se realizaron análisis de correlación entre la puntuación total de la escala y los ítems que la componen. Y en función de los resultados obtenidos se procedió a elaborar la versión final que se utilizó en el estudio principal de este trabajo de investigación.

Para facilitar la comprensión de los resultados, expondremos los resultados obtenidos para cada escala por separado:

*La escala de Wong and Law's Emotional Intelligence Scale (WLEIS; Wong y Law, 2002).* Para examinar la multidimensionalidad del WLEIS realizamos análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax sobre los 16 ítems. El valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.717) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa (*Chi-cuadrado* =427.682, *gl* =120,  $p <.000$ ), lo que hacía pertinente la realización del análisis factorial exploratorio.

Con un análisis factorial libre se obtienen básicamente cinco factores, que explican el 58% de la varianza predicha, donde 2 factores están formados por solo 2 ítems, por tanto optamos por realizar otro análisis con cuatro factores, los resultados se solapan en parte con los anteriores, y coinciden a grandes rasgos con los componentes teóricos que mide el test, y llegan a explicar el 52% de la varianza (véase tabla 6).

Tabla n 6. Matriz de las comunalidades de los ítems en cada factor

Ítem	Regulación	Asimilación	Prcp. Interp	Prcp. Intrap
Ítem 9: Realmente comprendo lo que siento.	.749			
Ítem 8: Soy capaz de controlar mis propias emociones.	.748			
Ítem 16: Tengo un buen control de mis propias emociones.	.637			
Ítem 12: Me puedo calmar fácilmente cuando me siento enfadada.	.578			
Ítem 7: siempre me digo a mi mismo que soy una persona competente.	.415			
Ítem 3: Siempre me fijo metas y luego intento hacerlo lo mejor para alcanzarlas.		.743		
Ítem 15: Siempre me animo a mi misma para hacerlo lo mejor que pueda.		.633		
Ítem 11: Soy una persona auto-motivadora.		.592		
Ítem 4: Soy capaz de controlar mi temperamento y manejar las dificultades de manera racional.		.527		
Ítem 14: Tengo una buena comprensión de las emociones de las personas que me rodean.			.704	
Ítem 2: Conozco siempre las emociones de mis amigos/as a través de sus comportamientos.			.653	
Ítem 10: Soy sensible a los sentimientos y emociones de los demás.			.642	
Ítem 6: Soy un buen observador de las emociones de los demás.			.635	

Ítem 1: La mayoría de las veces sé distinguir por qué tengo ciertos sentimientos.					.819
Ítem 13: Siempre sé si estoy o no estoy feliz.					.621
Ítem 5: Tengo una buena comprensión de mis propias emociones.					.530
% varianza explicada	25.13	10.13	8.73	8.04	

Los análisis de fiabilidad posteriores para la escala total arroja un nivel aceptable de fiabilidad  $\alpha = .788$ ; mientras que para cada una de las dimensiones obtenidas en el análisis factorial, las fiabilidades son menos aceptables, así la dimensión percepción intrapersonal obtiene un alfa de .625; en el caso de la dimensión percepción interpersonal el alfa era de .615; los valores de alfa para la dimensión asimilación y regulación fueron  $\alpha = .560$  y  $\alpha = .587$  respectivamente.

A continuación realizamos un análisis de fiabilidad de las dimensiones teóricas, y de la escala total si se elimina ítem. Los resultados de los análisis sugerían la eliminación del ítem 12, produciendo una mejora significativa en el índice de fiabilidad total de la escala  $\alpha = .80$ ; y de la dimensión regulación que pasa de  $\alpha = .58$  a  $\alpha = .70$ .

Finalmente realizamos un análisis de correlación entre cada ítem y la escala total, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y encontramos que todos los ítems se correlacionan entre ellos de forma positiva y significativa y también con la escala total con una magnitud media alta, menos el ítem 12 que solo presenta una correlación significativa con la escala total, y es de magnitud baja .21. Así que decidimos la eliminación de este ítem.

*Inventario de depresión de Beck (BDI; Aaron T. Beck, 1996)-adaptada al árabe por Hamdi Abdallah, (2013).*

Para examinar la multidimensionalidad del BDI realizamos análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax sobre los 21 ítems. El valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.742) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa (*Chi-cuadrado* =633.080, *gl* =210, *p* <.000), lo que hacía pertinente la realización del análisis factorial exploratorio.

Con un análisis factorial libre se obtienen siete factores, que explican el 62.5% de la varianza predicha, siendo el primer componente explica un porcentaje de varianza sensiblemente superior (mayor del 25%) al de los factores sucesivos (menores del 8%).

Los resultados evidenciaron una adecuada consistencia interna para el total de la prueba  $\alpha = .831$ .

Por medio de análisis de correlación de Pearson se hallaron correlaciones de magnitud medio alta y signo positivo, y estadísticamente significativa, entre los ítems que componen la escala y la puntuación total de la escala.

*Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989).*

En primer lugar realizamos análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax sobre los 40 ítems. El valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.576) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa (*Chi-cuadrado* =1687.771, *gl* =820, *p* <.000), lo que hacía pertinente la realización del análisis factorial exploratorio.

Con un análisis factorial libre se obtienen trece factores, que explican el 68% de la varianza predicha, no obstante varios factores estaban formados por solo uno o dos ítems, por tanto se optó por la extracción de 8 factores, que era el número establecido por los

autores de esta escala. Estos 8 factores explicaban 53% de la varianza total. Analizando el contenido de los ítems en cada uno de los factores se comprobó que son coherentes en gran parte con los ocho factores primarios establecidos por los autores de la escala. En concreto el factor 1 formado por 7 ítems se relaciona con la dimensión resolución de problemas, el factor 2 formado por 6 ítems se relaciona con la dimensión pensamiento desiderativo, el factor 3 formado por 6 ítems se relaciona con la dimensión autocrítica, el factor 4 formado por 6 ítems se relaciona con la dimensión apoyo social, el factor 5 con 4 ítems se relaciona con la dimensión retirada social, el factor 6 formado por 5 ítems se relaciona con la dimensión evitación problema, el factor 7 formado por 3 ítems se relaciona con reestructuración cognitiva y el último factor está formado por 3 ítems diferentes que no se relacionan con ningún factor en concreto.

No obstante, se procedió a realizar otro análisis factorial con la extracción de 4 factores, que era el número de factores secundarios. Los cuatro factores resultantes explican 35% de la varianza. No obstante el análisis de las cargas factoriales eliminó 4 ítems que son (38, 15, 8 y 16). Una vez repetido el factorial con los ítems restantes, los cuatro factores resultantes explican 39% de la varianza, y se agrupan de forma coherente con los cuatro dimensiones secundarias establecidas por los autores de la escala. En concreto el primer factor estuvo formado por 10 ítems relacionados con la dimensión autocrítica y pensamiento desiderativo, el segundo factor lo conformaban 13 ítems de la dimensión resolución de problema, reestructuración cognitiva y 3 ítems de expresión emocional (manejo adecuado basado en problemas), el tercer factor estuvo formado por 6 ítems de la dimensión apoyo social y un ítem de expresión emocional (manejo adecuado basado en emociones), y el

cuarto factor lo conformaban 7 ítems correspondientes a la dimensión evitación de problema y retirada social (véase tabla 7 para la carga factorial de cada ítems).

Tabla 7. Matriz de las comunalidades de los ítems en cada factor

Ítem	1	2	3	4
ítem28 : Deseé poder cambiar lo que había sucedido	.684			
ítem35 : Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	.638			
ítem20 : Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	.633			
ítem18 : Me critiqué por lo ocurrido	.627			
ítem12 : Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	.615			
ítem26 : Me recriminé por permitir que esto ocurriera	.586			
ítem34 : Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	.546			
ítem4 : Deseé que la situación nunca hubiera empezado	.515			
ítem10 : Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	.494			
ítem2 : . Me culpé a mí mismo	.401			
ítem17 : Hice frente al problema		.669		
ítem22 : Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían		.568		
ítem11 : Expresé mis emociones, lo que sentía		.567		
ítem9 : Me esforcé para resolver los problemas de la situación		.528		
ítem1 : Luché para resolver el problema		.526		
ítem33 : Mantuve mi postura y luché por lo que quería		.523		
ítem3 : Son continuas sus preocupaciones por cuestiones de dinero.		.471		
ítem14 : Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		.469		
ítem36 : Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes		.457		
ítem30 : Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo		.425		
ítem19 : Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir		.412		
ítem25 : Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas		.364		



funcionaran				
ítem6 : Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.	.302			
ítem21 : Dejé que mis amigos me echaran una mano		.737		
ítem13 : Hablé con una persona de confianza		.714		
ítem29 : Pasé algún tiempo con mis amigos		.699		
ítem27 : Dejé desahogar mis emociones		.581		
ítem37 : Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto		.538		
ítem5 : Encontré a alguien que escuchó mi problema		.479		
ítem40 : Traté de ocultar mis sentimientos			.681	
ítem32 : No dejé que nadie supiera cómo me sentía			.653	
ítem24 : Oculté lo que pensaba y sentía			.641	
ítem39 : Evité pensar o hacer nada			.487	
ítem7 : No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado			.431	
ítem31 : Me comporté como si nada hubiera pasado			.414	
ítem23 : Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más			.335	
% varianza explicada	14.78	9.18	6.91	5.04

Otro análisis factorial con dos factores explica el 25% y se agrupan de forma coherente con las dos dimensiones terciarias, manejo adecuado y manejo inadecuado.

Los análisis de fiabilidad posteriores para cada una de estas dimensiones arrojaron unos niveles aceptables de fiabilidad para las dimensiones secundarias y terciarias, y menos aceptables para algunos factores primarios. (Véase tabla 8 para las fiabilidades).

Tabla 8. Índices de fiabilidad, de las dimensiones teóricas de estrategias de afrontamiento.

Manejo adecuado $\alpha = .78$	Manejo adecuado basado en Resolución de problemas $\alpha = .633$	
	problema $\alpha = .65$	Reestructuración cognitiva $\alpha = .483$
	Manejo adecuado basado en Apoyo social $\alpha = .741$	
	emociones $\alpha = .72$	Expresión emocional $\alpha = .503$
Manejo inadecuado $\alpha = .77$	Manejo inadecuado basado Pensamiento desidrativo $\alpha = .733$	
	en problema $\alpha = .66$	Evitación de problema $\alpha = .523$
	Manejo inadecuado basado Autocrítica $\alpha = .758$	
	en emociones $\alpha = .66$	Retirada social $\alpha = .345$
Fiabilidad escala total $\alpha = .83$		

Realizamos análisis de fiabilidad si eliminamos ítems, y encontramos que los índices de fiabilidad mejoran en parte a nivel de las dimensiones secundarias y terciarias, en concreto al eliminar el ítem 8 y 16 el índice de consistencia interna alfa del factor secundario manejo inadecuado basado en emociones pasa a  $\alpha = .70$ , y terciaria manejo inadecuado a  $\alpha = .783$ . y si eliminamos el ítem 38, el índice alfa del factor manejo adecuado basado en problemas pasa a ser  $.66$  y el manejo adecuado  $\alpha = .79$ .

No se produce una diferencia en el índice de fiabilidad de la escala total al eliminar estos ítems. Por tanto, decidimos eliminarlos de la versión final.

Finalmente realizamos un análisis de correlación entre cada ítem y su respectivo factor primario, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y encontramos que todos los ítems se correlacionan entre ellos y con la puntuación total del factor que lo conforman de forma positiva y significativa con una magnitud media alta, menos el ítem 38 que solo

presenta una correlación significativa con la puntuación total del factor reestructuración cognitiva y no con el resto de ítems que componen el mismo factor, y es de magnitud media .49; y los ítems 8 y 16 que al igual que el ítem 38, solo se correlacionan de forma positiva y significativa, con magnitud baja a media .22 y .43 respectivamente con el factor retirada social, sin presentar ninguna correlación con los demás ítems.

Por tanto, optamos por la eliminación de los ítems 8, 16 y 38 y modificamos la redacción del ítem 19, ya que generó cierta confusión en los participantes.

*Escala de Autoestima (EA). (Rosenberg, 1965–versión árabe de Zarhbouch y Alaoui, 2011).*

Para examinar la multidimensionalidad de esta escala realizamos en primer lugar análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax sobre los 10 ítems que la componen. El valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.648) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa (*Chi-cuadrado* =196.907, *gl* =45, *p* <.000), lo que hacía pertinente la realización del análisis factorial exploratorio.

Con un análisis factorial libre se obtienen 3 factores, que explican el 54.3% de la varianza predicha. El factor 1 está formado por 4 ítems, y el factor 2 y 3 formados por 3 ítems cada uno. A diferencia del resto de los ítems, el ítem 8 tiene una carga factorial negativa.

Los resultados evidenciaron una aceptable consistencia interna para el total de la prueba  $\alpha$  ,635. Un análisis de consistencia interna si se elimina un ítem arroja una notable mejora en el índice alfa si desechamos el ítem 8, alfa en este caso pasa a .673.

Por medio de análisis de correlación de Pearson se hallaron correlaciones de magnitud media (.38; .60) y signo positivo, y estadísticamente significativa, entre los ítems que componen la escala y la puntuación total de la escala, menos el ítem 8 que no presenta una correlación significativa.

Y según las anotaciones de la doctoranda a la hora de completar el cuestionario por parte de los participantes, este mismo ítem generó una alta confusión y duda a la hora de completar el cuestionario. Por tanto optamos por su eliminación.

*Escala State-Trait Anxiety Inventory – STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo), (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).*

Para examinar la multidimensionalidad del STAI realizamos análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax sobre los 20 ítems. El valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.742) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa (*Chi-cuadrado* =633.080, *gl* =210, *p* <.000), lo que hacía pertinente la realización del análisis factorial exploratorio.

Con un análisis factorial libre se obtienen siete factores, que explican el 61.8% de la varianza predicha, siendo el primer componente explica un porcentaje de varianza sensiblemente superior (mayor del 21.5%) al de los factores sucesivos (menores del 9%). Además encontramos que casi todos los ítems se engloban en el primer factor, menos dos ítems (ítem4 y ítem 11). Por tanto se replica la estructura teórica de la escala.

Los resultados evidenciaron una adecuada consistencia interna para el total de la prueba  $\alpha =,766$ . No obstante un análisis de consistencia interna si se elimina un ítem arroja

una notable mejora en el índice alfa si desecharmos los ítems 4, 7, 11, y 18, el alfa en este caso pasa a .794.

Por medio de análisis de correlación de Pearson se hallaron que los ítems 4 y 11 no correlacionan de forma significativa con la escala total, mientras que los demás ítems si mantienen correlaciones de magnitud medio alta (.31; .66) y signo positivo, y estadísticamente significativa, con la puntuación total de la escala.

Por tanto optamos por la eliminación de estos 4 ítems (4, 7, 11 y 18). Y la escala final queda formada por 16 ítems.

*La escala de atributos de honor (Rodríguez-Mosquera, 2011).*

Para examinar la multidimensionalidad de la presente escala realizamos análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax sobre los 21 ítems que forman la escala en sus dos formas de respuesta por separado (hombre y mujer). El valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.737) y (.807) para hombre y mujer respectivamente, y la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa en ambas formas, hombre (*Chi-cuadrado* =612.235, *gl* =210, *p* <.000) y mujer (*Chi-cuadrado* = 833.331, *gl* =210, *p* <.000), lo que hacía pertinente la realización del análisis factorial exploratorio.

Con un análisis factorial libre con la forma de respuesta para hombre se obtienen seis factores, que explican el 60.6% de la varianza predicha, siendo el primer componente explica un porcentaje de varianza sensiblemente superior (mayor del 25.8%) al de los factores sucesivos (menores del 8.8%). Y puesto que varios de los factores están formados por solo un ítem o dos, optamos por realizar otro análisis factorial ajustando el número de

factores a extraer a los propuestos por los autores de la escala original. Los 3 factores explican el 42% de la varianza. Analizando el contenido de los ítems en cada uno de los factores se comprobó que no son coherentes con los establecidos por la escala original.

Realizamos los mismos análisis con la segunda forma de respuesta (mujer), y los resultados obtenidos se solapan en su mayoría con los obtenidos anteriormente con la otra forma de respuesta. En concreto encontramos que con un análisis factorial libre se obtiene 6 factores que explican 64.4% de la varianza, siendo el primer componente explica un porcentaje de varianza sensiblemente superior (mayor del 33%) al de los factores sucesivos (menores del 7.3%). Y un análisis factorial con la extracción de 3 factores explican el 47% de la varianza predicha, siendo el contenido de los ítems incongruentes con lo establecido por la escala original.

De forma general los ítems, en ambas formas de respuesta, se engloban en su mayor parte en un mismo factor.

Además, en función de las anotaciones y observaciones recogidas durante la administración de la escala, la doble forma de respuesta generó una alta confusión en los participantes.

Los análisis de fiabilidad posteriores arrojaron unos niveles aceptables de fiabilidad para la escala total en ambas formas .73 y .85 para hombre y mujer respectivamente. No obstante los índices de fiabilidad para los factores no llegan a ser igual de aceptables (véase tabla nº 9).

A continuación realizamos un análisis de fiabilidad si se elimina un ítem, y encontramos que los índices de fiabilidad mejoran considerablemente al eliminar el ítem 12

del factor honor femenino, el ítem 15 del factor honor masculino y el ítem 4 del honor neutro. (Véase tabla 9).

Tabla 9. Índices de fiabilidad, de las dimensiones teóricas de cultura de honor

	Hombre	Mujer
Honor femenino	.64	.63
Honor masculino	.45	.55
Honor neutro	.66	.75
Honor total	.78	.87

Por medio de análisis de correlación de Pearson se hallaron que todos los ítems correlacionan de forma positiva y significativa con el total de la escala, menos el ítem 15 que no tiene una correlación significativa en ambas formas de respuesta.

Analizando el contenido de los ítems 4 (discreción), ítem 12 (la virginidad antes del matrimonio) y el ítem 15 (tener aventuras sexuales), encontramos que el ítem 12 y 15 están relacionados directamente con la conducta sexual, que es un aspecto que suele generar mayor recelo en los participantes a la hora de responder, mientras que el ítem 4 se queda un poco ambiguo, de hecho varios participantes comentaron el tema a la hora de completar el cuestionario.

Otros dos ítems que crearon cierta confusión en los participantes son el ítem 14 (ser fiel a la pareja) y el ítem 20 (lealtad a la pareja), que según ellos estos dos ítems son sinónimos y hacen referencia al mismo aspecto.

Por ende, optamos por mantener solo una forma de respuesta común, donde se le pregunta al participante como son de deseables estos atributos para una persona en general, sin especificar género. Además eliminamos de la escala los tres ítems 4, 12 y 15 y fusionamos los ítems 14 y 20 en uno. La escala final queda así constituida por 17 ítems.

*La escala de exclusión social de Jehoel y Vrooman (2007).*

Para examinar la multidimensionalidad de esta escala, realizamos análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax sobre los 17 ítems. El valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.713) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue estadísticamente significativa (*Chi-cuadrado* =407.41, *gl* =136, *p* <.000), lo que hacía pertinente la realización del análisis factorial exploratorio.

Con un análisis factorial libre se obtienen básicamente seis factores, que explican el 63% de la varianza predicha, siendo la primera dimensión explica más del 22% de esta varianza, y un factor está formado por solo un ítem y dos factores por dos ítem. Además analizando el contenido de los ítems, encontramos que los resultados son incoherentes. Por tanto optamos por realizar otros análisis extrayendo 5 factores. Los resultados obtenidos se solapan en gran parte con los componentes teóricos que mide el test, y llegan a explicar el 58% de la varianza (véase tabla 10). En concreto se mantienen 3 factores (privación material, acceso inadecuado a los derechos social y desintegración normativa), dos dimensiones teoricas se fusionan en una (participación social inadecuada y preguntas generales) y por ultimo dos ítems (7 y 9) forman un quinto factor que es incoherente.



Tabla 10 Matriz de las comunalidades de los ítems en cada factor

Items	Part. Inade + Pr. Gnrl	Prv. Matrl	Acc. Ind. Drch	Intgr. Nrmtv	Indefinido
Ítem 12: Carece de apoyo social	.716				
Ítem 10: Nunca sale a divertirse.	.696				
Ítem 11: No tiene con quién discutir cuestiones íntimas.	.668				
Ítem 14: Su situación le impide tener contactos sociales	.643				
Ítem 13: Sus contactos sociales no están diversificados	.588				
Ítem 2: Tiene deudas.		.748			
Ítem 1: Es muy difícil hacer frente a los gastos fijos		.747			
Ítem 4: Le resulta más difícil llegar hoy a fin de mes que hace dos años .		.689			
Ítem 3: Son continuas sus preocupaciones por cuestiones de dinero.		.627			
Ítem 5: Ha sufrido maltrato en las agencias públicas.			.804		
Ítem 6: Ha tenido frecuentes problemas con las agencias públicas			.742		
Ítem 8: Se le han negado beneficios a los que tenía derecho			.696		
Ítem 17: Le parece bien que las personas sin trabajo participen en la economía sumergida.				.685	
Ítem 16: No tiene problemas en transgredir la ley si puede evitar que lo descubran.				.589	
Ítem 15: Está dispuesto a prestar falso testimonio para ayudar a un amigo en un juicio.				.582	
Ítem 7: Ha sido rechazado en las					.733

organizaciones comerciales y de servicios

Ítem 9: Se siente marginado de la sociedad.

.649

---

%varianza explicada	23.32	10.77	10.09	7.14	6.70
---------------------	-------	-------	-------	------	------

---

Nota: Part. Inade: Participación social Inadecuada; Pr. Gnrl: Preguntas Generales; Prv. Matr: Privación Material; Acc. Ind. Drch: Acceso Inadecuado a Derechos sociales; Intgr. Nrmtv: Integración Normativa.

Los análisis de fiabilidad posteriores para la escala total arrojaron un nivel aceptable de fiabilidad  $\alpha = .77$ ; mientras que para cada una de las dimensiones obtenidas en el análisis factorial, las fiabilidades son menos aceptables para algunos factores, así la dimensión privación material obtiene un alfa de .696; en el caso de la dimensión acceso inadecuado a los derechos sociales el alfa era de .683 (eliminando el ítem7); los valores de alfa para la dimensión participación social inadecuada y preguntas generales conjuntamente (eliminando el ítem 9); y desintegración normativa fueron  $\alpha = .690$  y  $\alpha = .403$  respectivamente.

A continuación realizamos un análisis de fiabilidad si se elimina un ítem. Los resultados de los análisis sugerían la eliminación del ítem 17, ya que produciría una mejora significativa en la dimensión desintegración normativa que pasa de  $\alpha = .403$  a  $\alpha = .545$ .

Finalmente realizamos un análisis de correlación de Pearson, entre los ítems y la total de la escala y encontramos que todos los ítems se correlacionan de forma positiva y significativa con la total de la escala y sus respectivos factores, con una magnitud media (.27 - .61).

Por tanto decidimos por la eliminación de los ítems 7, 9 y 17 para la versión árabe. Además de su baja correlación, el ítem 17 generó cierto debate entre los expertos en los grupos de discusión.

***Discusión:***

Cada vez más se ha demostrado que no es conveniente utilizar instrumentos solo traducidos para llegar a resultados comparables entre países, sobre todo porque las traducciones literales pueden perder su significado en otra cultura (Beaton et al., 2000). Por ello, es necesario que los procesos de traducción y adaptación se adecúen a las guías para conseguir una mejor interpretación y adecuación del ítem.

El presente estudio piloto tiene como objetivo, responder a esta necesidad, comprobando la adecuación de las escalas que miden nuestras variables de interés para su utilización en nuestra muestra de interés, ya que pertenece a una sociedad diferente al que fue construida.

Los resultados obtenidos son coherentes en su mayor parte con los obtenidos por los autores de las escalas originales. En concreto, encontramos que las estructuras factoriales se replican totalmente para la escala de inteligencia emocional percibida (WLEIS) con 4 factores, el inventario de Depresión (BDI de Beck) con una puntuación total, la escala de ansiedad rasgo (STAI) con una puntuación total, y la escala de autoestima de Rosenberg, adaptada al árabe por Zarhbouch y Alaoui, con una puntuación total. Por otra parte, se replica en parte para la escala de percepción de exclusión social de Jehoel y Vrooman, donde se han encontrado 4 factores en vez de los 5 factores establecidos por la escala original; y para la escala de estrategias de afrontamiento la estructura factorial se replica totalmente

para las dimensiones terciarias y secundarias; y las dimensiones primarias son coherentes en gran parte con los establecidos por la escala original.

Sin embargo, en relación con la escala de atributos de honor de Mosquera, la estructura factorial obtenida no es congruente con la establecida por la escala original, ya que en nuestro estudio los ítems se engloban en un solo factor en vez de los 3 factores definidos por la autora de la escala.

En lo que concierne a los índices de fiabilidad de las escalas, son aceptables en su mayoría, ya que estos oscilaban entre .63 y .85. Huh, Delorme y Reid, (2006), confirman que un valor de alpha igual o mayor a 0.6 es aceptable y suficiente en investigación exploratoria. Además aunque algunos índices de fiabilidad sean inferiores a .65 (que se considera adecuado), tenemos en cuenta que sean superiores a .50 que según Guildford, (1954) podría considerarse adecuado en estudios iniciales exploratorios.

Tras la eliminación de los ítems sugeridos por el análisis factorial, los análisis de fiabilidad si se elimina un ítem, y los análisis de correlación entre ítem y puntuación total, observamos que los índices de fiabilidad se mejoran considerablemente.

Por tanto, y a modo de resumen, las escalas en su versión árabe se quedan construidas de la siguiente forma:

- La escala de Wong and Law's Emotional Intelligence Scale (WLEIS; Wong y Law, 2002): se elimina el ítem 12 y por tanto la escala se queda construida por 15 ítem que forman los mismos 4 factores establecidos por la escala original, y una puntuación total que indica la auto percepción de la inteligencia emocional en general.

- Inventario de depresión de Beck (BDI; Aaron T. Beck, 1996) adaptada al árabe por Hamdi Abdallah, (2012): se conservan todos los ítems que forman la escala, con una puntuación total que indica el grado de gravedad de depresión experimentada.
- Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), (Tobin et al., 1989): para esta escala optamos por la eliminación de los ítems 8, 16 y 38 y mejorar la redacción del ítems 19. Por tanto la escala se quedo construida por 37 ítems, más un ítem adicional que evalúa la auto eficacia percibida del afrontamiento.
- Escala de Autoestima (EA). (Rosenberg, 1965) versión árabe de Zarhbouch y Alaoui, 2011): la presente escala se quedo construida por 9 ítems, tras la eliminación del item8, (5 ítems positivos y 4 negativos) formando una puntuación total que indica el grado de satisfacción de una persona consigo misma
- Escala State-Trait Anxiety Inventory – STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo), (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970): para esta escala se opto por la eliminación de 4 items (4, 7, 11 y 18). Y la escala final queda formada por 16 ítems (6 ítem negativo y 10 positivos) formando un factor único que informa como se siente la persona normalmente de ansiosa.
- La escala de atributos de honor (Rodríguez-Mosquera, 2011): para esta escala optamos por mantener solo una forma de respuesta común, sin especificar genero, y eliminar los ítems 4, 12 y 15 y fusionar los dos ítems 14 y 20 en uno. Dando lugar a una escala final con 17 ítems.
- La escala de exclusión social de Jehoel y Vrooman (2007): la presente escala se quedo formada por 14 ítems tras la eliminación de los ítems 7, 9 y 17.

Los resultados obtenidos, confirman la adecuación de la utilización de estas adaptaciones realizadas de estas escalas, al árabe y a la sociedad marroquí, en nuestra muestra de interés.

Por tanto, a continuación procedimos a realizar nuestro estudio principal, aplicando nuestro instrumento de medición adaptado y validado, a la muestra de interés marroquí, mientras que para la muestra española empleamos las escalas validadas en español, como explicaremos en el apartado de instrumentos del estudio.

### **5.3. ESTUDIO**

#### ***5.3.1. MÉTODO.***

##### ***Participantes y procedimiento:***

Para la realización del presente estudio contamos con la participación de madres solteras tanto en Marruecos como en España. Han participado un total de 155 madres solteras. Los criterios de inclusión así como de exclusión adoptados fueron los mismos para ambas muestras.

- Criterios de inclusión: madres que se han quedado embarazadas fuera del matrimonio y que asumen la responsabilidad de sus hijos/as en solitario.
- Criterios de exclusión: quedan excluidas todas las madres consumidoras de drogas y/o que ejercen la prostitución. También se queda excluida toda madre que su hijo es mayor de 10 años y/o vive con el padre de ese hijo.

Pasaremos a describir cada muestra por separado:

La *muestra de Marruecos* está formada por 84 madres solteras, de nacionalidad marroquí y que viven en Marruecos, las edades de las participantes oscilaban entre los 18 y 42 años ( $M= 27.12$ ;  $Dt= 5.38$ ). El nivel educativo de las participantes, iba desde una mayoría que no tenían estudios ( $N =34$ ; 40.5%), seguidas de las que tenían estudios secundarios ( $N =22$ ; 26.5%), las que tenían estudios de primaria ( $N =20$ ; el 23.8%), y por último, las que tenían o todavía están cursando estudios universitarios ( $N = 8$ ; 9.5%).

Respecto a la causa de embarazo más frecuente es la relación consentida con  $N =75$  (89.3%), y el 10.7% por violación ( $N =9$ ).

Se ha intentado contactar madres en diferentes etapas: embarazadas ( $N =11$ ; 13.1%), postparto que comprende el tiempo entre un día tras dar a luz hasta los 40 días, ( $N =17$ ; 20.2%), lactancia, que es el tiempo entre 40 días y 6 meses ( $N =30$ ; 35.7%) y crianza que comprende la edad que oscila entre los 2 hasta los 10 años ( $N =26$ ; 31%).

Respecto a su residencia, el 34.5% de las participantes viven en la casa de acogida que les proporciona la asociación ( $N =29$ ), el 29.8 % viven solas o comparten piso con otra mujer, y que en el 67% de los casos son madres solteras también ( $N =25$ ), seguidas por madres que viven con su familia ( $N =24$ ; 28,6%) y por último esta la opción de otro ( $N =6$ ; 7.1%) 3 de las madres no han especificado donde y las otras tres son (1 en la casa de su empleadora como interna, 1 residencia universitaria y otra con su marido que no es el padre de su hijo).

*La muestra de España* estuvo inicialmente compuesta por 81 madres solteras, de nacionalidad española y que viven en España, pero se tuvieron que eliminar a 10

participantes por no cumplir los criterios establecidos o por no haber completado correctamente todo el cuestionario. Por tanto, la muestra final está formada por 71 madres solteras.

Las edades estaban comprendidas entre los 15 y los 46 años ( $M = 26.56$ ,  $Dt = 6.37$ ), el nivel educativo en este grupo iba desde aquellas que tenían estudios primarios ( $N = 40$ ; 56.3%), seguidas de las que tenían estudios secundarios ( $N = 18$ ; 25.4%), las que tenían o todavía cursan estudios universitarios ( $N = 9$ ; 12.7%) y una minoría que no tenían estudios ( $N = 4$ ; 5.6%)

Respecto a la causa de embarazo, la mayoría informan que ha sido por relación consentida ( $N = 65$ ; 91.5%), 2 de las participantes informan que ha sido por incesto y 4 no lo han especificado.

Respecto a su situación actual, la mayoría de las participantes estaban ya criando a sus hijos ( $N = 62$ ; 87.4%), seguidas por las embarazadas ( $N = 5$ ; 7%) y las que están todavía en una fase de posparto o lactancia ( $N = 4$ ; 5.6%).

Respecto a donde vive, iba desde las que viven con su familia ( $N = 45$ ; 63.4%) seguidas por las que viven solas ( $N = 23$ ; 32.4%) y otro ( $N = 3$ ; 7.6%) siendo dos de ellas que vivían con nuevas parejas y una participante que vivía con unas amigas.

El procedimiento de muestreo ha sido diferente en cada país, por tanto procederemos a explicar cada uno por separado.

En *España* se realizó un muestreo incidental y bola de nieve. Para ello, se contó con la colaboración de cuatro personas, estudiantes universitarias de Trabajo Social en la Universidad de Jaén, que fueron entrenadas en el diseño y en los criterios muestrales del



estudio. Estas cuatro entrevistadoras fueron preguntando a otras personas si conocían a alguien en esta situación y si les podía facilitar el contacto. Una vez detectados los casos, se contactó directamente con ellas indicando quien les había hablado de su situación e informándoles de que se trataba de conocer cómo les afectaba su situación de madres solteras en su vida diaria. Su participación fue voluntaria. Se contactó con 102 personas de las cuales solo 81 consintieron en participar. Las entrevistadoras en un 74% de los casos le pasaron el cuestionario en una sesión pero en el 26% restante de los casos, les dejaron el cuestionario y quedaron posteriormente para recogerlo. También se contactó con asociación SOLAS de Jaén, perteneciente a la federación madres solteras de España, pero no nos facilitaron acceso a sus asociadas.

En *Marruecos* debido a la dificultad de contactar madres solteras de forma directa, iniciamos contactos con asociaciones que trabajan en atención a madres en dificultad social, que nos han derivado a tres asociaciones que trabajan en específico con madres solteras para solicitar su colaboración para poder contactar a sus usuarias.

En primer lugar, la doctoranda contactó con la dirección de tres asociaciones pioneras en su atención, acogida y asesoramiento a madres solteras (INSAF y SOLIDARITE FEMININE en Casablanca (centro de Marruecos) y 100% MAMAN en Tánger (norte de Marruecos), realizó una primera vista y se reunió con los responsables de cada asociación para explicar los objetivos del estudio y solicitar su colaboración y autorización para poder contactar y administrar nuestro cuestionario a las madres solteras usuarias de su asociación.

Tras esta primera reunión y tener un primer acuerdo, se procedió a formalizar la cooperación y concretar el procedimiento (fechas, horario, número de participantes, donde se iban a realizar las entrevistas) a través de varias reuniones con las trabajadoras sociales

de cada asociación que son las responsables de gestionar tanto los centros de acogida así como el centro de atención primaria, y son las que están en contacto directo con las usuarias y por tanto tienen mejor conocimiento de su situación.

El cronograma de entrevistas realizadas en cada asociación se puede ver detallado en la siguiente tabla:

Tabla 11. Cronograma de las entrevistas realizadas con las participantes

Fecha	Asociación	Nº Participantes	Tipo de usuarias	Duración media de cada entrevista
31/10/2015	INSAF	4	INTERNAS	45 minutos
06/11/2015	INSAF	6	INTERNAS	45 minutos
07/11/2015	INSAF	6	INTERNAS	45 minutos
14/11/2015	INSAF	2	INTERNAS	50 minutos
02/12/2015	INSAF	5	EXTERNAS	45 minutos
09/12/2015	INSAF	7	EXTERNAS	45 minutos
			3 INTERNAS Y 1	
15/12/2015	100% Maman	4	EXTERNA	45 minutos
16/12/2015	INSAF	4	EXTERNAS	45 minutos
			2 INTERNAS Y 3	
12/01/2016	ASF	5	EXTERNAS	45 minutos
			4 INTERNAS Y 1	
13/01/2016	ASF	5	EXTERNA	40 minutos
			3 INTERNAS Y 3	
14/01/2016	ASF	6	EXTERNAS	40 minutos
			2 INTERNAS Y 1	
19/01/2016	ASF	3	EXTERNA	40 minutos
20/01/2016	ASF	8	INTERNAS	40 minutos
21/01/2016	ASF	1	INTERNA	40 minutos
25/01/2016	ASF	7	INTERNAS	40 minutos
12/02/2016	100% Maman	6	INTERNAS	45 minutos
13/02/2016	100% Maman	5	INTERNAS	45 minutos

La participación de las madres fue voluntaria y no se les obligó en ningún momento a colaborar en este estudio. Las trabajadoras sociales informaron a las usuarias del estudio que está realizando la doctoranda y les animaron a participar en el mismo. Se organizaron las reuniones en función del horario elegido por las que se han prestado a colaborar.

Las entrevistas con todas las madres las ha realizado la doctoranda de forma individual, y la duración media de las entrevistas fue de 40 minutos.

Las entrevistas se realizaban en el despacho de la trabajadora social o en la sala de reunión. En todas las entrevistas la doctoranda seguía el mismo protocolo, donde en un primer momento se presentaba y presentaba el objetivo de su trabajo antes de proceder a completar el cuestionario y al final de la entrevista se les agradecía su colaboración.

*“Hola mi nombre es Karima, y como os ha explicado la trabajadora social soy alumna de doctorado y me gustaría que colaborases conmigo en la realización de este estudio respondiendo a una serie de preguntas.*

*El objetivo de este estudio es conocer de una forma más detallada y profunda la situación que están viviendo las madres solteras aquí en Marruecos. En nuestro estudio no nos interesa conocer tu historia personal ni como sucedió el tema, sino mas bien vamos a hablar un poco sobre cómo sientes y piensas viviendo en esta situación tan delicada. Por eso necesito que me respondas a una serie de preguntas y que seas lo más sincera y espontanea posible. Este cuestionario es anónimo y no se te va a poder identificar. Solo recogeré una serie de datos socio demográficos como la edad, tu nivel educativo y poco más. Además, si en algún momento no quieres seguir la entrevista, abandonar o no quieres responder a alguna pregunta en concreto, tienes derecho de hacerlo, y esto no va afectar en nada tu situación en la asociación. Por tanto, si estás de acuerdo pasaremos al cuestionario”.*

Ninguna de las madres que se han prestado a colaborar en el estudio ha abandonado la entrevista.

### **5.3.2. Instrumentos:**

Para la realización de este estudio se administró a las participantes un cuestionario que recoge las escalas que miden nuestras variables de interés. Se ha respetado el mismo orden de presentación para ambas muestras.

Para el grupo de España se han empleado las escalas adaptadas y validadas a la sociedad Española. Sin embargo, en Marruecos debido a la ausencia de versiones en árabe, se ha realizado la traducción y la adaptación de las escalas, siguiendo el modelo de back-translation sugerido por la International Test Commission (2001) (véase procedimiento y estudio piloto).

A continuación se ofrece la descripción de todas las escalas utilizadas, según su orden de presentación en el cuestionario. Para una mejor comprensión incluimos primero la información del instrumento en la versión española y posteriormente en la versión árabe.

#### Inteligencia Emocional

Para medir Inteligencia Emocional, se ha empleado la escala de Wong and Law's Emotional Intelligence Scale (WLEIS; Wong y Law, 2002). Adaptada a la sociedad española por (Fernández-Berrocal, Pérez, Repetto, E. y Extremera, 2004).

Es una medida de auto informe breve que cuenta con 16 ítems que se puntúan mediante una escala tipo likert de 5 puntos. Esta escala se basa en el modelo de la habilidad de Mayer y Salovey y evalúa el nivel de inteligencia emocional percibido a través de cuatro dimensiones: 1) Valoración o percepción de las propias emociones o percepción intra-

personal, con 4 ítems (La mayoría de las veces sé distinguir por qué tengo ciertos sentimientos); 2) Valoración o percepción de las emociones de los demás o percepción interpersonal, con 4 ítems (Soy un buen observador de las emociones de los demás); 3) Uso de las emociones o asimilación, con 4 ítems (Siempre me fijo metas y luego intento hacerlo lo mejor para alcanzarlas); y 4) Regulación emocional, con 4 ítems (Soy capaz de controlar mi temperamento y manejar las dificultades de manera racional). (véase índices de fiabilidad para este estudio en tabla 12)

Los autores la propusieron inicialmente para el estudio de la IE en el ámbito laboral. Sin embargo, su uso se ha extendido a otros contextos en los que se producen relaciones interpersonales arrojando resultados significativos sobre distintos constructos (Lopez-Zafra, Pulido y Augusto, 2013). Los autores en el estudio original (Wong y Law, 2002) refieren que los índices de consistencia interna son Percepción Intrapersonal  $=.87$ ; Percepción Interpersonal  $=.90$ ; Asimilación  $=.84$  y Regulación  $=.83$  respectivamente (Wong y Law, 2002). En España también se reportan adecuados índices de confiabilidad (Vila y Pérez-Gonzales, 2007).

Para la versión árabe, realizamos el estudio de adaptación y validación. En este estudio utilizamos 15 ítems, que se puntúan mediante una escala tipo likert de 5 puntos: 4 ítems de percepción intrapersonal, 4 ítems de percepción interpersonal, 4 ítems de asimilación y 3 ítems de regulación (El Ghoudani, Pulido y Lopez-Zafra, 2018).

En nuestro estudio, los descriptivos e índices de fiabilidad pueden verse en la tabla 12.

Tabla 12. Índices de fiabilidad, medias y desviaciones típicas de las dimensiones de IE.

Dimensiones	Marruecos			España		
	Media	Dt	Alpha	Media	Dt	Alpha
Percepción intrapersonal	3.05	.67	.71	3.65	.62	.70
Percepción interpersonal	3.11	.62	.59	3.78	.57	.56
Asimilación	3.23	.61	.55	3.58	.68	.64
Regulación	2.97	.89	.75	3.40	.68	.63
Escala total	3.06	.51	.82	3.60	.51	.85

### Depresión

Inventario de depresión de Beck (BDI; Aaron T. Beck, 1996), adaptada a la sociedad española por Sanz y Vázquez, (2011) y adaptada al árabe por Hamdi Abdallah, (2013).

El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.

Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas,

incluido el día de hoy. Es un auto informe (de lápiz y papel u oral) compuesto por 21 ítems de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas y que se codifican de 0 hasta 3. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

El BDI cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (Beck y Steer, 1984; Mukhtar y Tian, 2008). El índice de fiabilidad informado en los diferentes estudios oscila entre .89 y .93. (Sanz, García Vera, Espinosa, Fortín y Vázquez, 2005).

En nuestro estudio los índices de fiabilidad han sido: muestra de Marruecos  $\alpha = .89$  ( $M = 19.76$ ;  $Dt = 9.99$ ); y muestra España  $\alpha = .81$  ( $M = 12.21$ ;  $Dt = 6.73$ ).

### Estrategias de afrontamiento

Utilizamos en ambas muestras el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989) que ha sido adaptado al español por Cano, Rodríguez y García, (2007).

El inventario incluye dos partes: en una primera parte se le pide al participante que describa de forma detallada una situación estresante, y luego en la segunda parte, se le pide que conteste a una serie de afirmaciones sobre estrategias de afrontamiento utilizadas para hacer frente a esta situación de estrés identificada anteriormente.

En el presente estudio se ha utilizado la segunda parte de la escala, puesto que la situación estresante ha sido siempre su situación como madre soltera. La escala está formada por 40 ítem, que se puntúan mediante una escala tipo Likert de 5 puntos y se organizan en una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias (5 ítems para cada estrategia), que se agrupan en cuatro secundarias y dos terciarias (véase tabla 13). Al final de la escala se contesta a un ítem adicional que evalúa la autoeficacia percibida del afrontamiento (Me consideré capaz de afrontar la situación).

En resumen, las ocho escalas primarias son: Resolución de problemas, se refiere a las estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; Reestructuración cognitiva, es decir, estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; Apoyo social, es decir, estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; Expresión emocional, referido a estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; Evitación de problemas, o estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; Pensamiento desiderativo, entendido como estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; Retirada social, es decir, estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante; y por último, Autocrítica que incluye estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.



Tabla 13. Dimensiones que evalúa la escala de estrategias de afrontamiento CSI y ejemplo de ítems.

Estrategias terciarias	Estrategias secundarias	Estrategias primarias	Ejemplo de ítem
Estrategias de Manejo adecuado	Manejo adecuado de problemas	Resolución de problemas	Luché para resolver el problema
		Reestructuración cognitiva	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente
	Manejo adecuado de emociones	Expresión emocional	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés
		Apoyo social	Encontré a alguien que escuchó mi problema
Estrategias de manejo inadecuado	Manejo inadecuado de problemas	Pensamiento desidrativo	Deseé que la situación nunca hubiera empezado
		Evitación de problemas	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado
	Manejo inadecuado de emociones	Autocritica	Me culpé a mí mismo
		Retirada social	No dejé que nadie supiera cómo me sentía

La adaptación al castellano ha obtenido excelentes propiedades psicométricas superaron incluso las del estudio original en países como México: ocho factores explicaron un 61% de la varianza con sólo 40 ítems, frente a los 72 ítems que explicaban un 47% en el instrumento original, siendo los coeficientes de consistencia interna entre .63 y .89; sin embargo, no se ha confirmado la estructura de factores secundarios y terciarios. Respecto a la validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento (Rodríguez-Díaz, Estrada-Pineda, Rodríguez-Franco, y Bringas-Molleda, 2013).

La aplicación del CSI se ha realizado con éxito en el campo clínico, como es el caso de la discriminación de pacientes (depresivos, cefálicos, neuróticos), indicándose especialmente su capacidad predictiva de síntomas depresivos en situación de elevado estrés (Tobin, 2001); así como en otros ámbitos de investigación como son: problemas sociales (D’Zurilla y Chang, 1995), bulimia nerviosa (Tobin y Griffing, 1995), o estrés postraumático (Najavits, Weiss, y Shaw, 2000) entre otros.

En el presente estudio, y en su versión árabe, se han eliminado 3 ítems y por tanto la escala final utilizada está formada por 37 ítems y un ítem adicional que evalúa la autoeficacia percibida del afrontamiento. (Véase apartado estudio piloto)

Los índices de fiabilidad y los descriptivos en nuestro estudio, para cada muestra, pueden verse en la tabla 14.

Tabla 14. Índices de fiabilidad, medias y desviaciones típicas de las dimensiones (primarias, secundarias y terciarias) de estrategias de afrontamiento.

Dimensiones	Marruecos			España		
	Media	Dt	Alpha	Media	Dt	Alpha
Resolución de problemas	3.24	.74	.74	3.68	.94	.81
Reestructuración cognitiva	2.75	1.04	.82	3.30	.95	.81
Expresión emocional	2.53	.69	.50	2.79	.96	.78
Apoyo social	2.23	.95	.74	3.62	.99	.81
Pensamiento desiderativo	3.56	.58	.67	2.91	1.33	.91
Evitación de problemas	2.33	.70	.48	2.38	.87	.66
Autocritica	3.34	.87	.89	2.41	1.10	.89
Retirada social	3.19	.93	.79	2.39	.97	.78
Manejo adecuado problemas	3.02	.71	.77	3.49	.83	.86
Manejo adecuado emociones	2.38	.68	.72	3.20	.85	.85
Manejo inadecuado problemas	2.95	.42	.38	2.61	.78	.73
Manejo inadecuado emociones	3.29	.67	.79	2.40	.93	.88
Manejo adecuado	2.69	.58	.80	3.34	.76	.90
Manejo inadecuado	3.10	.45	.69	2.50	.78	.89

### Autoestima (EA)

Para medir autoestima utilizamos la versión española de Fernandez-Montalvo y Echeburúa, (1997); y versión árabe de Zarhbouch y Alaoui, (2011) de la original de Rosenberg, (1965).

Se trata de una escala de uso difundido para la evaluación del grado de aceptación y respeto que tiene la persona hacia sí misma. Se obtiene una única puntuación global en

autoestima con el objetivo de comprobar el grado de satisfacción de una persona consigo misma. La escala en ambas versiones consta de 10 ítems: 5 ítems positivos (Tengo una actitud positiva hacia mi misma) y 5 ítems negativos (Hay veces que realmente pienso que soy una inútil). La alternativa de respuesta es tipo likert (1-4). En este estudio se eliminó un ítem para la versión Árabe, en función de los resultados del estudio piloto (Véase resultados estudio piloto para la adaptación de escalas al árabe). Era un ítem negativo (Me gustaría poder sentir más respeto por mi misma) y, por tanto, la escala final utilizada consta de 9 ítems.

Su consistencia interna oscila entre .85 y el .88, y fiabilidad test retest del .72 al .85 (Rosenberg, 1965; Vázquez- Morejon, 2004). En nuestro estudio el índice de fiabilidad de la escala en la muestra de Marruecos es de  $\alpha = .87$  ( $M = 3.19$ ;  $Dt = .68$ ) y en la muestra de España  $\alpha = .83$  ( $M = 2.75$ ;  $Dt = .85$ )

### Ansiedad

Escala State-Trait Anxiety Inventory – STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo), (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), adaptado para población española por Seisdedos (1989).

Este cuestionario comprende 2 escalas separadas que miden dos conceptos independientes de ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). En nuestro estudio nos interesa conocer los niveles de ansiedad rasgo de nuestras participantes, por tanto solo se ha utilizado la segunda parte (R). La ansiedad rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren las personas en su tendencia a percibir las situaciones

como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). La escala A/R está compuesta por 20 frases, que se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos, 13 ítems positivos (Siento ganas de llorar) y 7 ítems negativos (Me siento bien), que determinan cómo se siente la persona normalmente.

La escala en su versión árabe está compuesta por 16 ítems, con 4 opciones de respuesta. (Véase apartado estudio piloto)

Se ha decidido usar este cuestionario de ansiedad debido a su sencillez, tanto en su redacción como en su administración, cosa que facilitó su traducción y adaptación al árabe.

En nuestro estudio la fiabilidad en la muestra de Marruecos es de  $\alpha = .90$  ( $M = 1.55$ ;  $Dt = .62$ ), y en la muestra de España es de  $\alpha = .86$  ( $M = 1.21$ ;  $Dt = .48$ )

### Cultura de Honor

La escala de atributos de honor (Rodríguez-Mosquera, 2011) evalúa hasta qué punto son deseables en cada cultura características y atributos de género relacionadas con el honor o neutrales para cada sexo. La escala original está formada por 24 ítems que se puntúan mediante una escala tipo likert de cinco puntos desde 1 (nada deseable) hasta 5 (totalmente deseable). Conforman tres factores 1) honor femenino, compuesto por 8 atributos (Control de los deseos sexuales); 2) honor masculino, compuesto por 7 atributos (Tener autoridad sobre la propia familia); y honor neutro, compuesto por 9 atributo (Aceptar y cumplir las normas sociales). Además, se puede obtener un índice global sobre la importancia otorgada al honor.

En el presente estudio se ha pedido a las participantes que evalúen hasta qué punto son deseables en su cultura estas características para cualquier persona de forma general sin especificar sexo, ya que la doble forma de responder de la escala original generó una alta confusión en los participantes en el estudio piloto, por tanto, se optó por unificar la respuesta.

Se ha decidido usar esta escala de cultura de honor por su sencillez, tanto en su redacción como administración. Además el hecho de utilizar solo atributos facilitó su traducción y adaptación al árabe y al contexto de nuestro estudio.

La escala que hemos utilizado en el presente estudio para la muestra de España consta de 21 ítems (7 atributos de honor masculino, 8 atributos de honor femenino y 6 atributos no sexistas o neutros). Y para la muestra de Marruecos está compuesta por 17 ítems (véase estudio piloto).

Rodríguez Mosquera, (2011) en su estudio solo informa que los índices de fiabilidad son superiores que .60, pero no aporta más datos sobre sus propiedades. En nuestro estudio, los índices de fiabilidad de la escala total así como los de cada uno de los factores para ambas muestras pueden verse en la tabla 15.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos e índices de fiabilidad de las dimensiones de la escala de cultura de honor.

Dimensiones	Marruecos			España		
	Media	Dt	Alpha	Media	Dt	Alpha
Honor femenino	3.87	.22	.18	2.76	.41	.72
Honor masculino	3.55	.32	.23	2.58	.33	.30
Honor neutro	3.97	.08	.36	3.25	.42	.74
Escala total	3.78	.17	.48	2.86	.32	.82

Como podemos observar, los indicadores de fiabilidad para la muestra marroquí, y para el honor masculino en la muestra española, indica que la consistencia interna de los factores es muy baja. Esto es un problema puesto que compromete los resultados y abre un debate sobre la conceptualización y percepción del honor en ambas culturas. Además, como podemos observar en la tabla las medias son generalmente más altas en el caso de la muestra marroquí, con una menor desviación típica indicando que la mayoría de las respuestas son altas.

### Exclusión social

Para medir exclusión social utilizamos la escala Jehoel y Vrooman (2007). Es una escala de 33 ítems que proporcionan una medición directa de los cuatro aspectos teóricos de la exclusión social. Se puntúa mediante escala tipo likert de cinco puntos (1-5) que refleja desde el total acuerdo al total desacuerdo en cada uno de los ítems.

Para el presente estudio en población marroquí se han seleccionado 17 ítems de los 33 de la escala original que mejor se adapten al contexto de estudio. Estos ítems dan respuesta a los cuatro aspectos de la exclusión social propuestos por la escala original más otra dimensión general que hace referencia a la percepción de exclusión social de forma general. Las 5 dimensiones que evalúa son: privación material (i.e. “Es muy difícil hacer frente a los gastos fijos”), acceso inadecuado a los derechos básicos (i.e. “Ha tenido frecuentes problemas con las agencias públicas”), participación social inadecuada (i.e. “No tiene con quién discutir cuestiones íntimas”), integración normativa inadecuada (i.e. “Está

dispuesto a prestar falso testimonio para ayudar a un amigo en un juicio”) y preguntas generales (i.e. “Carece de apoyo social”).

En España se tomó como referencia el trabajo de Morales y Bustillos, (2009) que traducen la escala. No obstante, nuevamente se carece de información psicométrica de su uso en España por lo que este estudio aporta indicadores de interés.

Los índices de fiabilidad del estudio original son: Privación material ( $\alpha$  0.89), acceso inadecuado a los derechos sociales ( $\alpha$  =0.76), participación social inadecuada: con dos subdimensiones: Acceso a vivienda adecuada y a un entorno seguro ( $\alpha$  =0.71); Acceso a instituciones y a beneficios ( $\alpha$  =0.82), y desintegración normativa ( $\alpha$  =0.61).

En nuestro estudio, los índices de fiabilidad de la escala total así como los de cada uno de los factores para ambas muestras pueden verse en la tabla 16.

Tabla 16. Índices de fiabilidad, medias y desviaciones típicas de las dimensiones de exclusión social percibida.

Dimensiones	Marruecos			España		
	Media	Dt	Alpha	Media	Dt	Alpha
Privación material	2.79	.81	.65	2.11	7.19	.86
Acceso inadecuado a derechos sociales	2.52	.97	.62	1.61	3.98	.87
Participación social inadecuada	2.80	.82	.53	1.27	4.67	.81
Desintegración normativa	1.22	.56	.57	1.35	2.80	.69
Exclusión general	2.59	.86	.23	1.34	4.32	.79
Escala total	2.48	.51	.70	1.54	15.67	.89



### Conceptualización del rechazo percibido:

Para evaluar la percepción que se tiene del rechazo social percibido, creamos una escala utilizando el diferencial semántico de Osgood. Que incluye 7 items que describen la conceptualización que se tiene del rechazo social que experimentan las participantes, con una escala de respuesta que va de -3 a 3 puntos. Los polos de respuesta para los 7 items son: justo vs injusto, agudo vs leve, crónico vs puntual, altas expectativas de recuperar las relaciones perdidas vs bajas expectativas de recuperar las relaciones perdidas, altas posibilidades de relaciones alternativas vs bajas posibilidades de relaciones alternativas, altos costos asociados al rechazo vs bajos costos asociados al rechazo y alto valor de la relación perdida vs bajo valor de la relación perdida.

## **CAPÍTULO 6**

### **RESULTADOS**

En este capítulo expondremos el tipo de diseño y análisis estadísticos realizados así como los resultados obtenidos en la investigación transversal llevada a cabo en el presente trabajo.

#### ***6.1. DISEÑO Y ANALISIS ESTADÍSTICO.***

Los objetivos propuestos en este estudio requieren el empleo de un diseño transversal y transcultural. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico para las ciencias sociales IBM SPSS v.20.

Aunque la exposición de los resultados se realizará por hipótesis, consideramos conveniente comentar con carácter general qué tipos de análisis se han llevado a cabo.

En la parte referida a comprobar la relación entre las variables de interés en este estudio, se realizaron en un primer lugar, análisis de correlación realizado mediante el coeficiente de correlación de Pearson, y para determinar la relación funcional entre estas variables se realizó un análisis de regresión lineal simple.

A continuación, para comprobar si hay diferencias significativas entre los dos grupos en las variables de interés, así como las posibles interacciones entre VI, se realizaron ANOVAS de todas las medidas.

Finalmente, se exploró el papel mediador o moderador de las variables emocionales, cognitivas y sociales en la relación entre exclusión social percibido y las variables psicológicas

(ansiedad y depresión) mediante análisis de mediación múltiple, utilizando la macro PROCESS desarrollada por Hayes, (2013).

Tal y como se ha comentado, y para facilitar la comprensión de los resultados, estos se ofrecerán en función de las hipótesis del estudio. Presentando primero los resultados del grupo de interés y luego del grupo de comparación.

El objetivo general del presente estudio fue analizar y comprender el proceso que subyace a la relación entre la exclusión social y la salud psicológica en dos muestras de madres solteras pertenecientes a países con diferentes niveles de cultura de honor, y determinar las variables mediadoras implicadas en este proceso.

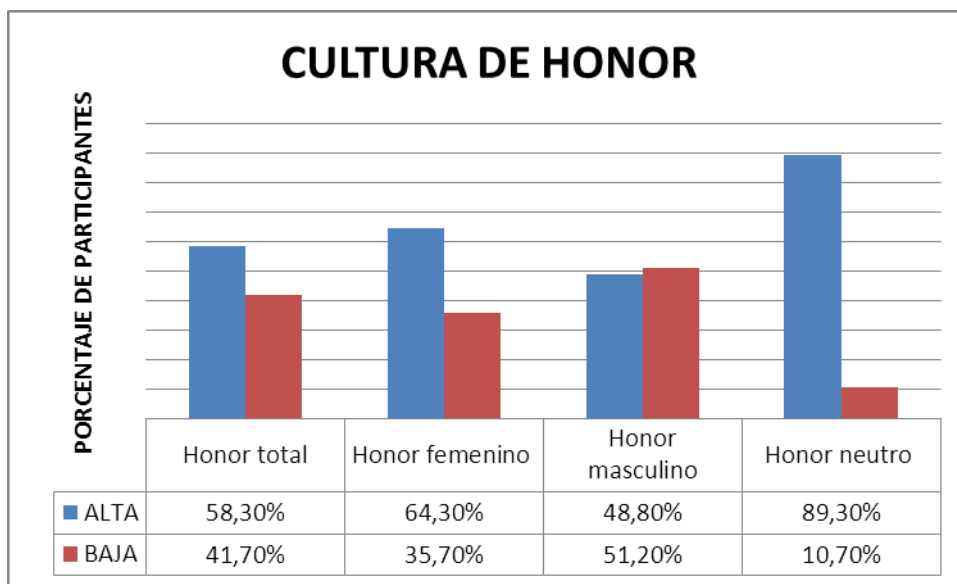
Antes de proceder a explicar los resultados en función de las hipótesis planteadas, consideramos de interés señalar a modo descriptivo las características de cada grupo, cosa que nos facilitará la lectura y el análisis de los resultados posteriores y tener una visión más integrada. Dado que, debido a las adaptaciones psicométricas, los cuestionarios empleados constan de distinto número de ítems y escala de respuesta, se ofrecerán los resultados en función de cada grupo de forma separada. De este modo, encontramos una primer parte referida a las propiedades de cultura de honor, exclusión social percibida y la conceptualización que tienen del rechazo percibido, y otra segunda en la que se ofrecen los resultados sobre los niveles de ansiedad y depresión informados.

#### ***6.1.1. Características del Grupo de interés, Madres solteras en Marruecos:***

##### ***Cultura de honor:***

Las puntuaciones de las participantes en las distintas dimensiones de cultura de honor han sido muy altas. Así, los resultados indican que 58 % de las participantes otorgan una alta

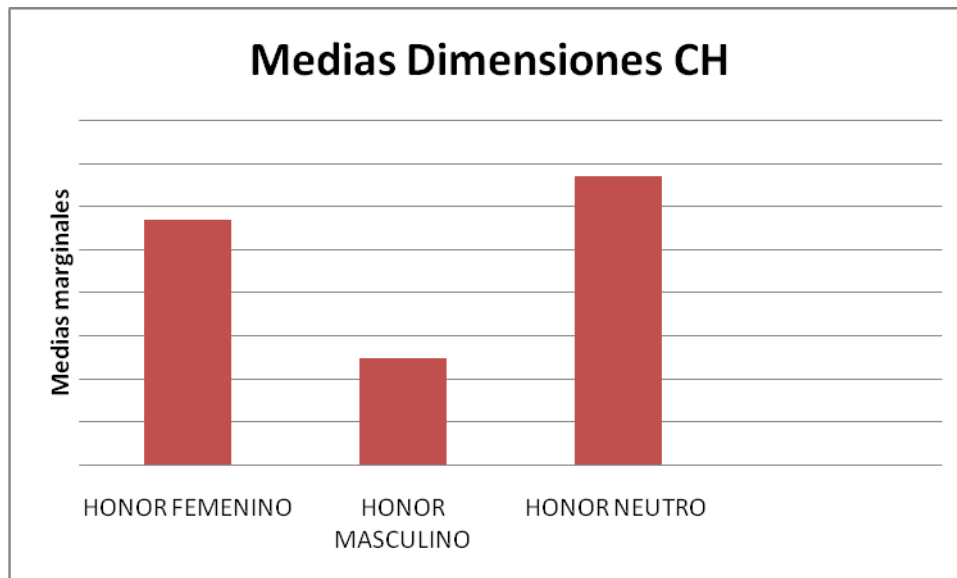
importancia al honor (por encima de la mediana 3.82) frente un 42 % de las madres que le otorgan una baja importancia, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa (*chi-cuadrado* =2.33, *gl* =1, *p* =.127). Sin embargo, encontramos que el porcentaje de madres que otorgan una alta importancia al honor femenino y al honor neutro es significativamente superior a las que le otorgan baja importancia (*chi-cuadrado* =6.85, *gl* =1, *p* =.009 y *chi-cuadrado* =51.85, *gl* =1, *p* =.000 respectivamente) y similar en el caso de honor masculino (*chi-cuadrado* =0.048, *gl* =1, *p* =.827). (Véase grafica 3)



Grafica 3. Porcentajes de participantes en alta y baja cultura de honor en el grupo de interés.

Para comprobar a cuál de las dimensiones se otorga una mayor importancia se realizó un análisis de medias (MLG) de medidas repetidas. Los contrastes intra sujetos indican que se producen diferencias significativas entre las tres dimensiones ( $F = 84.19$ ,  $p = .000$ ). Las participantes de este grupo otorgan una mayor importancia al honor neutro ( $M = 3.97$ ,  $Dt = .09$ ), seguido por el honor femenino ( $M = 3.87$ ,  $Dt = .022$ ) y menos importancia al honor masculino ( $M = 3.55$ ,  $Dt = .032$ ) (véase grafica 4). Esto implica que el honor neutro y

femenino son los que mayor peso tienen en la concepción del honor en esta muestra en concreto.

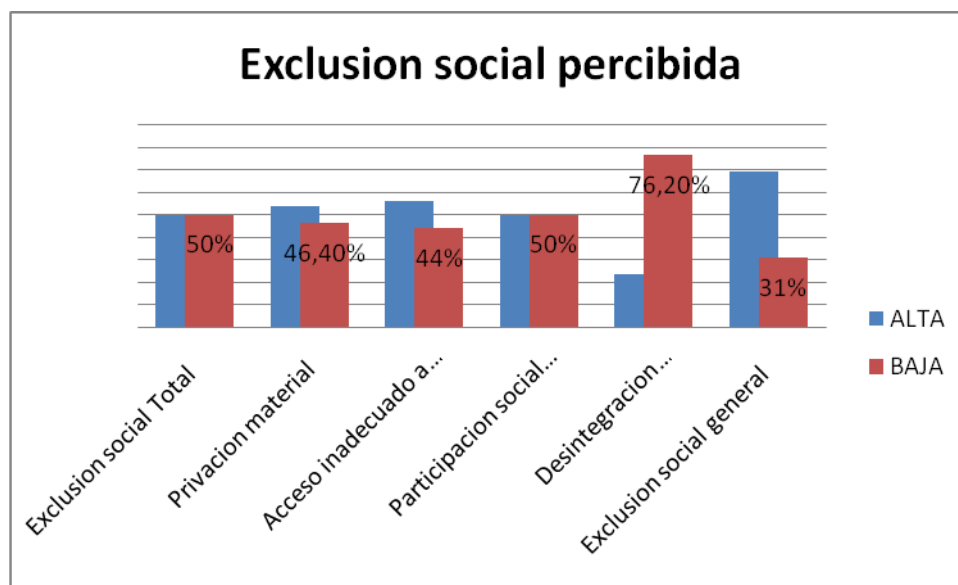


Grafica 4. Comparación de medias de las dimensiones de cultura de honor en el grupo de interés de Marruecos.

#### ***Percepción de exclusión social:***

Los resultados indican que el porcentaje de las participantes que perciben una alta exclusión social es similar a las que perciben una baja exclusión social (*mediana* =2.46, *chi-cuadrado* =.000, *gl* =1, *p* =1.00). En cuanto a las dimensiones que forman esta variable, observamos que más del 50% de las participantes perciben una alta privación material, acceso inadecuado a los derechos sociales, participación social inadecuada y exclusión social general, mientras que en cuanto a la dimensión desintegración normativa observamos que la mayoría de las participantes perciben una baja desintegración normativa. Mediante un análisis de chi-cuadrado comprobamos que efectivamente el porcentaje de madres que perciben una baja integración normativa inadecuada es estadísticamente superior a las que perciben una alta integración normativa inadecuada. Y que el porcentaje que perciben una

alta exclusión social general es significativamente superior a las que perciben una baja exclusión social general (*chi-cuadrado* =23.048, *gl* =1, *p* =.000 y *chi-cuadrado* =12.190, *gl* =1, *p* =.000 respectivamente) mientras que para las demás dimensiones las diferencias no son estadísticamente significativas ( privación material *chi-cuadrado* =.429, *gl* =1, *p* =.513; acceso inadecuado a los derechos sociales *chi-cuadrado* =1.190, *gl* =1, *p* =.275; y participación social inadecuada *chi-cuadrado* =0.00, *gl* =1, *p* =1.000) (véase grafica 5).

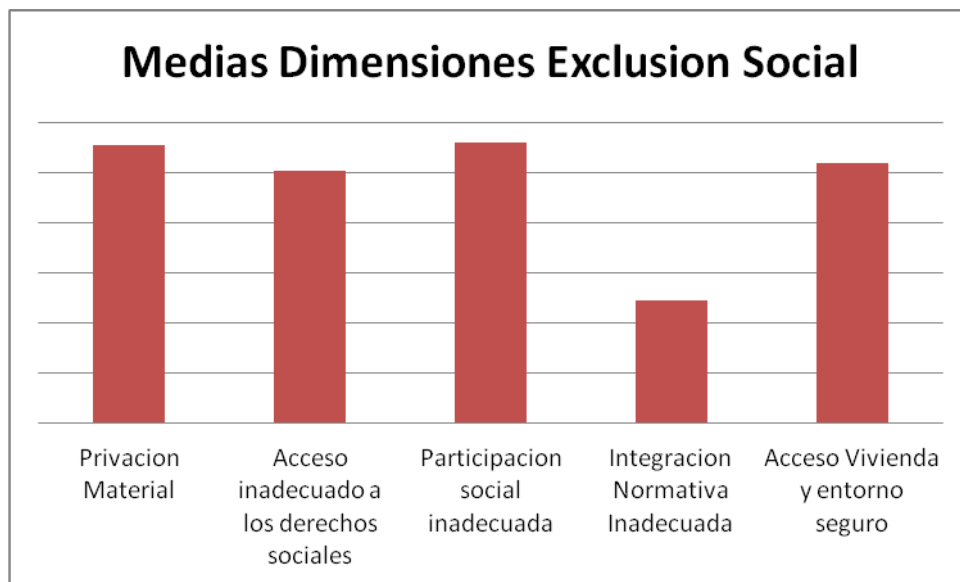


Grafica 5. Porcentajes de participantes en alta y baja exclusión social en grupo de interés.

Nuevamente realizamos un análisis de medias de medidas repetidas para comprobar si se producen diferencias significativas en la percepción de las 5 dimensiones que forman esta variable. Los análisis de contraste intra-sujeto muestran que solo se produce una diferencia significativa entre la dimensión desintegración normativa y las demás dimensiones ( $F = 75.61$ ,  $p = .000$ ). En concreto, hallamos que se percibe de la misma intensidad todas las dimensiones salvo la desintegración normativa que se percibe en menor medida (véase grafica 6).

Tabla 17. Media (Dt) en las dimensiones de exclusión social en grupo de interés.

Dimensiones	Media	Dt
Privación material	2.78	.81
Acceso inadecuado derechos sociales	2.52	.97
Participación social inadecuada	2.80	.82
integración normativa inadecuada	1.22	.56
Exclusión social general	2.59	.86

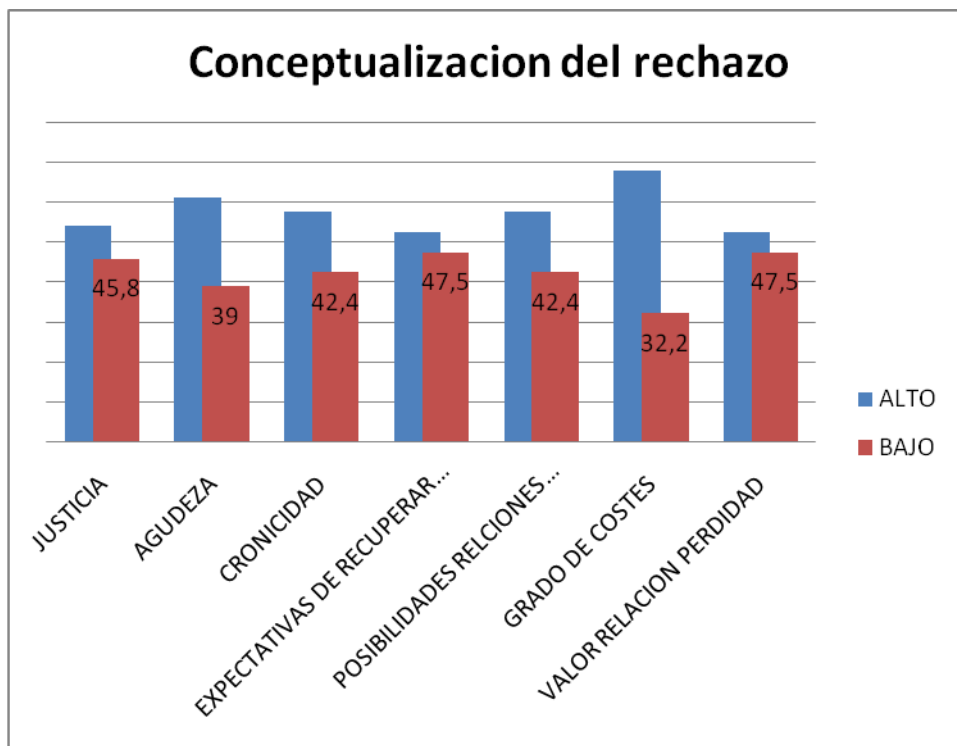


Grafica 6. Comparación de medias de las dimensiones de exclusión social en el grupo de interés.

**Conceptualización del rechazo percibido:**

Los resultados muestran que 69% de las participantes han experimentado una situación de rechazo directo frente a solo un 31% de ellas que informan que no. Mediante los análisis de chi cuadrado comprobamos que efectivamente el porcentaje de madres que han experimentado una situación de rechazo directo es estadísticamente superior a las que no lo han percibido (*chi-cuadrado* =12.190, *gl* =1, *p* =.000).

En cuanto a la conceptualización que se tiene del rechazo experimentado hallamos que 54.2% de las participantes lo perciben como muy justo frente a 45,8% lo perciben como injusto, el 61% lo perciben más agudo, el 57.6% como crónico, el 52.4% tienen altas expectativas de recuperar sus relaciones perdidas, el 57.6% perciben que tienen posibilidades de tener relaciones alternativas, 67.8% perciben altos costes asociados al rechazo experimentado y 52.5% le atribuyen un alto valor a las relaciones perdidas (véase grafica 7). Sin embargo estas diferencias entre los dos grupos no son estadísticamente significativas, menos en la dimensión grado de costes, que si encontramos que el porcentaje de madres que perciben altos costes es estadísticamente superior a las que perciben bajos costes atribuidos a la situación de rechazo experimentado (*chi-cuadrado* =7.475, *gl* =1, *p* =.006).



Grafica 7. Porcentajes de participantes en alta y baja conceptualización del rechazo en grupo de interés.



Y para analizar si se producen diferencias significativas en la conceptualización que se tiene del rechazo experimentado en función de haber experimentado una situación de rechazo directo o no, realizamos ANOVAs multivariante, donde la VI es percibir un rechazo directo o no, y las VD son las diferentes dimensiones de la conceptualización del rechazo. Los resultados indican que no se producen diferencias significativas a nivel de todas las dimensiones.

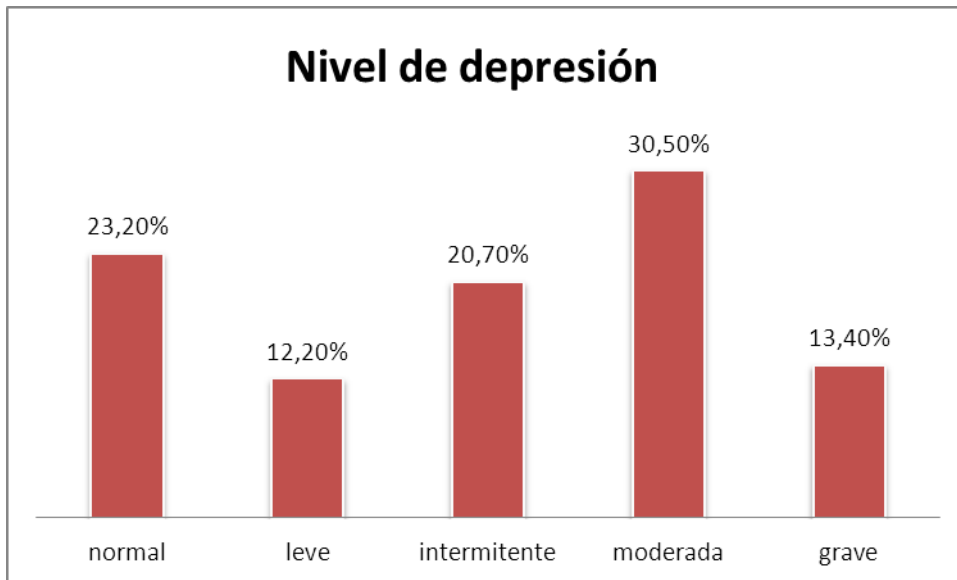
En la misma línea, analizamos si se producen diferencias significativas en el grado de exclusión social percibido en función de si se ha experimentado una situación de rechazo directo. En este caso sí encontramos diferencias significativas a nivel de la dimensión acceso inadecuado a recursos sociales ( $F = 5.878, p = .018$ ), y la dimensión exclusión social general ( $F = 4.355, p = .040$ ).

En concreto, las madres que han experimentado una situación de rechazo directo perciben mayor acceso inadecuado a los recursos sociales ( $M = 2.72, Dt = .12$  vs  $M = 2.15, Dt = .18$ ) y mayor exclusión social general ( $M = 2.72, Dt = .11$  vs  $M = 2.31, Dt = .16$ ) que las madres que no han experimentado una situación de rechazo directo.

### ***Ansiedad y Depresión:***

Respecto a las puntuaciones en ansiedad, encontramos que el 51% de las participantes informan niveles altos de ansiedad (por encima de la mediana = 1.62).

En cuanto a la variable depresión, hallamos que solo un 23.2% de las participantes se encuentran en un nivel normal de depresión y que más del 43% sufren un nivel moderado a grave (véase grafica 8).



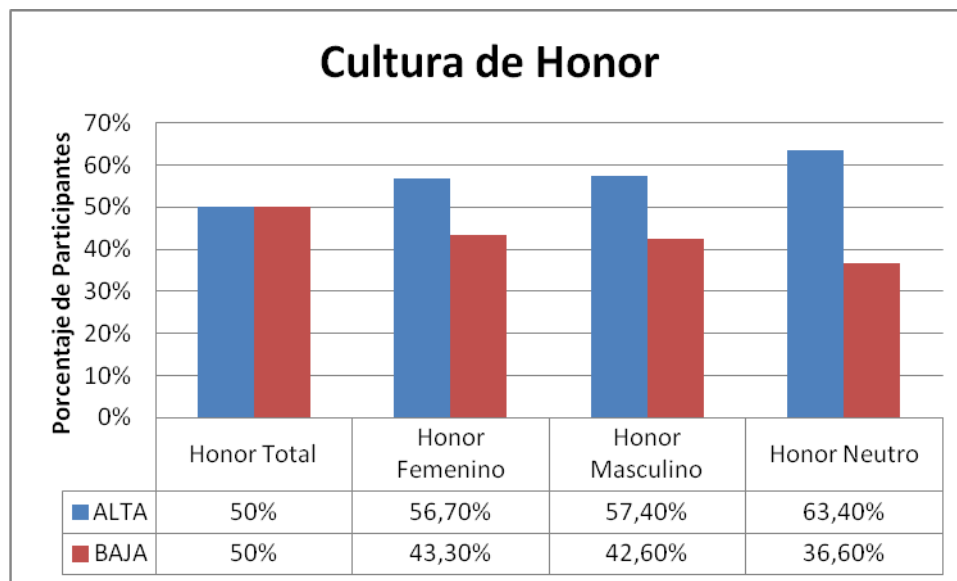
Grafica 8. Porcentaje de madres solteras marroquíes en función del nivel de depresión informado.

En resumen, la mayoría de las participantes de este grupo son madres que otorgan una alta importancia al honor, que experimentan una alta exclusión social que perciben como justa y viven de forma aguda, crónica, con altos costes, y que tienen altas expectativas de recuperar las relaciones perdidas a las que atribuyen alto valor, y además perciben que tienen altas posibilidades de tener relaciones alternativas; y que presentan altos niveles de ansiedad así como de depresión.

### 6.1.2 características del grupo de comparación (Madres solteras España):

#### **Cultura de honor:**

Los resultados de los análisis de chi-cuadrado indican que el porcentaje de las participantes en este grupo que otorgan una alta importancia al honor tanto a nivel general como en las dimensiones honor femenino y masculino, es similar a las que otorgan una baja importancia (honor total *chi-cuadrado* =.000, *gl* =1, *p* =1.000; honor femenino *chi-cuadrado* =1.209, *gl* =1, *p* =.272; honor masculino *chi-cuadrado*= 1.47, *gl*= 1, *p*= .225), mientras que el porcentaje de las madres que otorgan una alta importancia al honor neutro es significativamente mayor a las que otorgan una baja importancia (honor neutro *chi-cuadrado* =5.08, *gl* =1, *p* =.024) (véase grafica 9).

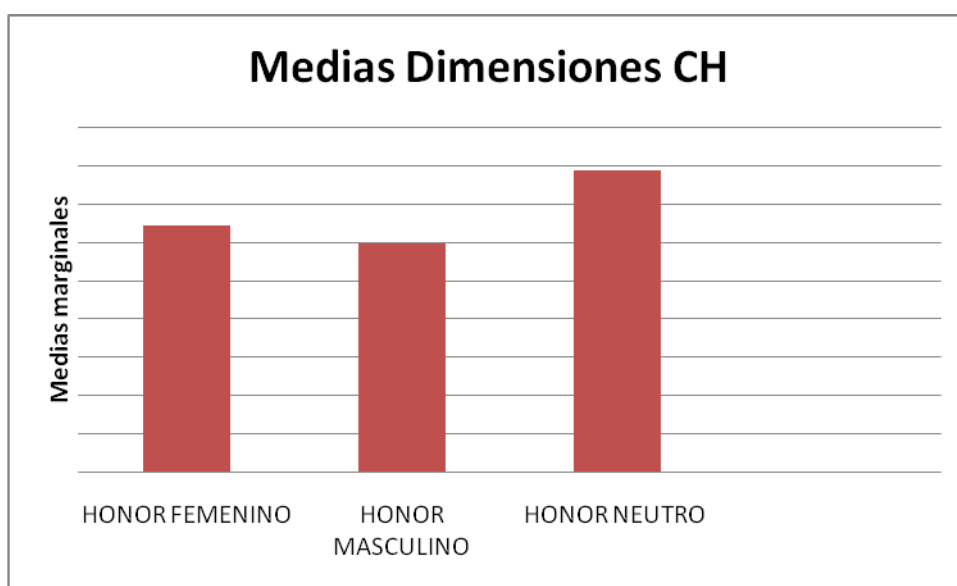


Grafica 9. Porcentajes de participantes en alta y baja cultura de honor en el grupo de comparación.

Y para determinar a cuál de las dimensiones se otorga una mayor importancia se realizó un análisis de MLG de medidas repetidas. Los contrastes intra-sujetos indican que se

producen diferencias significativas entre las tres dimensiones ( $F = 85.38, p = .000$ ). Los participantes de este grupo otorgan una mayor importancia al honor neutro ( $M = 3.25, Dt = .42$ ), seguido por el honor femenino ( $M = 2.75, Dt = .41$ ), y menos importancia al honor masculino ( $M = 2.58, Dt = .33$ ) (véase grafica 10).

Al igual que en el grupo de interés, el honor neutro y femenino son los que mayor peso tienen en la concepción del honor también en esta muestra.

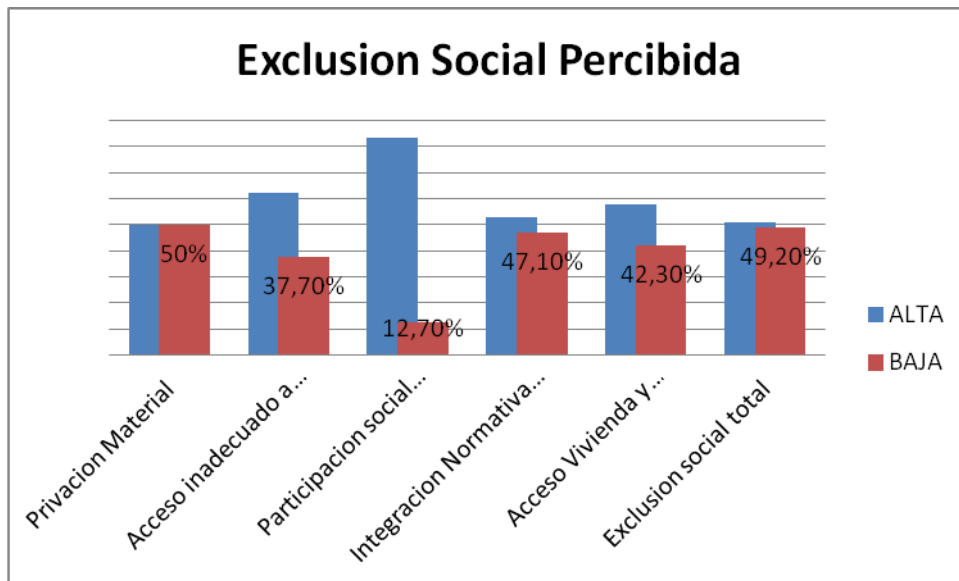


Grafica 10. Comparación de medias de las dimensiones de cultura de honor en el grupo de comparación.

### ***Exclusión social :***

Como podemos observar en la gráfica 11. El porcentaje de participantes que perciben una mayor exclusión social es tendencialmente superior que las que perciben una baja exclusión social en todas las dimensiones que forman esta variable. Pero esta diferencia es solo estadísticamente significativa a nivel de la dimensión acceso inadecuado a los derechos

sociales ( $\chi^2 = 4.18$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .041$ ) y participación social inadecuada ( $\chi^2 = 39.56$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .000$ ).



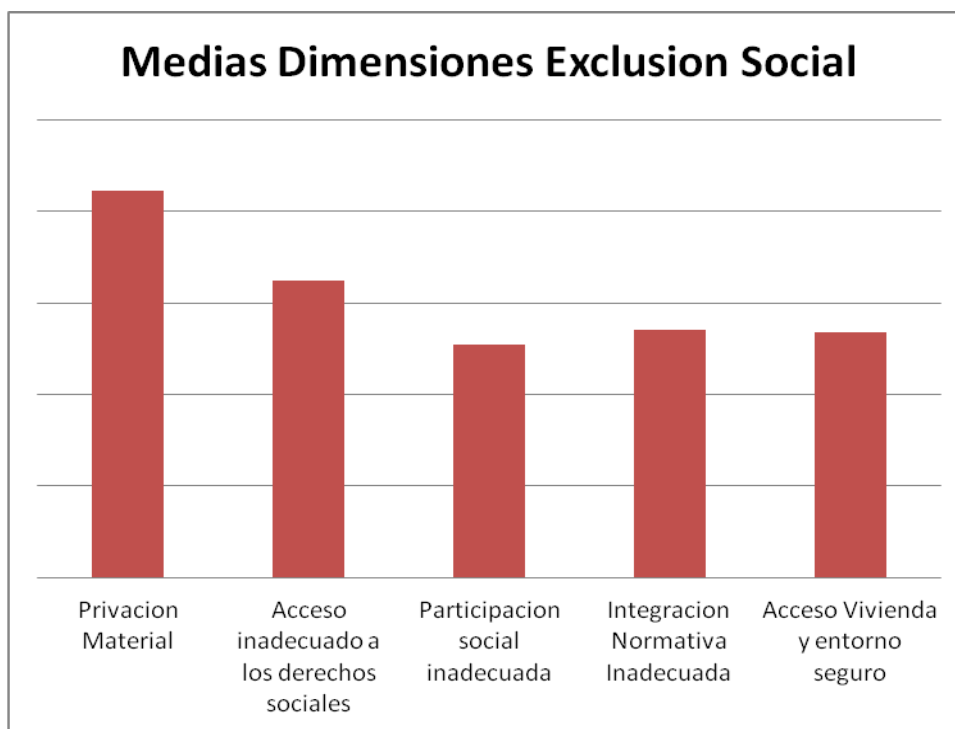
Grafica 11. Porcentajes de participantes en alta y baja exclusión social en el grupo de comparación.

En cuanto a las diferencias en la percepción de las dimensiones que forman esta variable, los análisis de contraste intra-sujeto indican que se producen diferencias significativas entre las 5 dimensiones ( $F = 10.013$ ,  $p = .000$ ). En concreto, hallamos que las participantes de este grupo puntúan estadísticamente más alto en la dimensión privación material seguida por acceso inadecuado a los derechos sociales, que las demás dimensiones que tienen una puntuación estadísticamente similar.

Tabla 18. Media (Dt) en las dimensiones de exclusión social en grupo de comparación.

	Media	Dt
Privación Material	2.11	.97
Acceso Inadecuado Derechos	1.61	.80
Participación Social Inadecuada	1.27	.56
Integración Normativa Inadecuada	1.35	.62
Acceso Vivienda y entorno seguro	1.34	.63

Por tanto, la privación material y el acceso inadecuado a los derechos sociales son las dos dimensiones de la exclusión social que más les afectan (véase grafica 12).

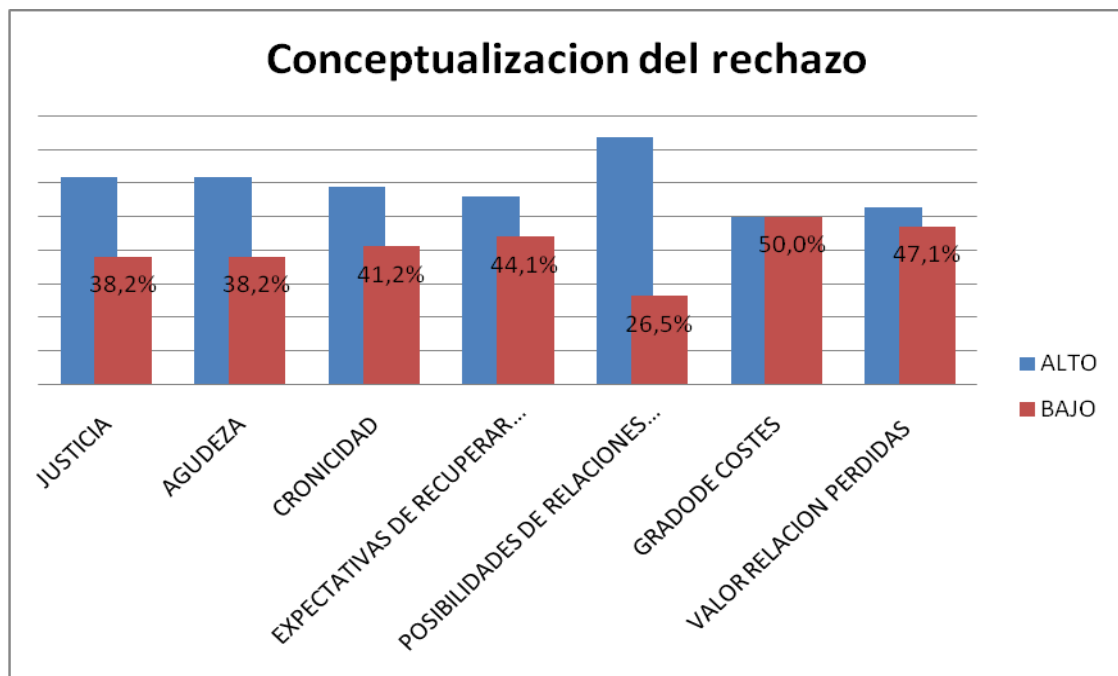


Grafica 12. Comparación de medias de las dimensiones de exclusión social percibida en el grupo de comparación.

### Conceptualización del rechazo:

Los resultados muestran que solo el 45% de las participantes informan que han experimentado un rechazo directo de su entorno, mientras que el 55% informan que no lo han sufrido. Mediante el análisis de chi-cuadrado comprobamos que esta diferencia entre los dos porcentajes no es estadísticamente significativa ( $chi-cuadrado = .690, gl = 1, p = .406$ ).

En cuanto a la conceptualización que se tiene del rechazo experimentado hallamos que el 61.8% de las participantes lo perciben como muy justo frente a 38,2% que lo perciben como injusto, el 61.8% lo perciben más agudo, el 58.8% como crónico, el 55.9% tienen altas expectativas de recuperar sus relaciones perdidas, al 73.5% perciben que tienen posibilidades de tener relaciones alternativas, 50% perciben altos costes asociados al rechazo experimentado y 52.9% le atribuyen un alto valor a las relaciones perdidas (véase grafica 13).



Gráfica 13. Porcentajes de participantes en alta y baja conceptualización del rechazo en grupo de comparación.

Utilizando un ANOVAs multivariante, donde la VI es percibir un rechazo directo o no, y las VD son las diferentes dimensiones de la conceptualización del rechazo. Hallamos que solo se producen diferencias significativas a nivel de la dimensión cronicidad ( $F = 4.539$ ,  $p = .041$ ). Donde las participantes que han experimentado una situación de rechazo directo perciben el rechazo como mas crónico que las madres que no han experimentado una situación de rechazo directo ( $M = 4.96$ ,  $Dt = .39$  vs  $M = 2.00$ ,  $Dt = 1.35$ ).

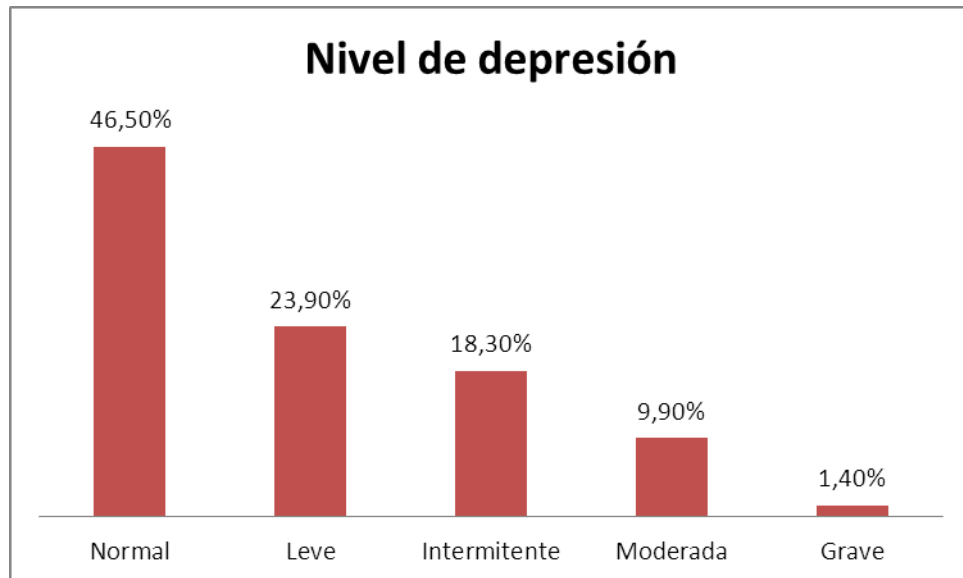
En la misma línea, analizamos si se producen diferencias significativas en el grado de exclusión social percibido en función de si ha experimentado una situación de rechazo directo. En este caso encontramos diferencias significativas a nivel de la dimensión acceso inadecuado a recursos sociales ( $F = 7.56$ ,  $p = .008$ ), la dimensión participación social inadecuada ( $F = 8.75$ ,  $p = .004$ ), y la exclusión social total ( $F = 4.94$ ,  $p = .030$ ) siendo las madres que han experimentado una situación de rechazo directo perciben mayor acceso inadecuado a los recursos sociales ( $M = 2.33$ ,  $Dt = 1.06$  vs  $M = 1.71$ ,  $Dt = .85$ ), mayor participación social inadecuada ( $M = 2.37$ ,  $Dt = .75$  vs  $M = 1.84$ ,  $Dt = .71$ ) y mayor exclusión social total ( $M = 2.43$ ,  $Dt = .10$  vs  $M = 2.10$ ,  $Dt = .10$ ) que las madres que no han experimentado una situación de rechazo directo.

### ***Ansiedad y Depresión:***

Respecto a las puntuaciones en ansiedad, encontramos que el 51,5% de las participantes informan niveles altos de ansiedad.



En cuanto a la variable depresión, hallamos que más del 46% de las participantes se encuentran en un nivel normal de depresión y que solo un 11% sufren un nivel moderado a grave (véase grafica 14).



Grafica 14. Porcentaje de madres solteras españolas en función del nivel de depresión informado.

En resumen, la mitad de las participantes de este grupo no otorgan una alta importancia al honor y tampoco perciben niveles altos de exclusión social, siendo la privación material el aspecto que más perciben; igualmente estas madres no sufren altos niveles de depresión, pero si buena parte de ellas sufren ansiedad.

Aunque más de la mitad de las participantes informan no haber experimentado una situación de rechazo directo, más del 50% perciben este rechazo como justo, agudo, crónico, con altas expectativas de recuperar las relaciones perdidas a las que atribuyen un alto valor, además perciben que tienen altas posibilidades de crear relaciones alternativas. Además, el hecho de haber experimentado una situación de rechazo directo hace que las participantes

perciban este rechazo como más crónico, e informen niveles más altos de participación social inadecuada y acceso inadecuado a los recursos sociales.

## **6.2. Resultados.**

Una vez descritas las muestras en sus características, a continuación, procedemos a explicar los resultados obtenidos en función de las hipótesis planteadas.

***Hipótesis 1: Se producirán diferencias significativas entre los dos grupos en CH, exclusión social percibida, ansiedad y depresión informados.***

***H.1.1: Las madres solteras en Marruecos percibirán mayor exclusión social y otorgarán mayor importancia al honor que las madres solteras en España.***

Para comprobar esta hipótesis realizamos ANOVAs donde la variable independiente es el grupo de pertenencia de las madres (Marruecos vs España), y la CH, exclusión social percibida, ansiedad y depresión son las variables dependientes. Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre los dos grupos, en todas las dimensiones de CH y exclusión social percibida, excepto en integración normativa inadecuada. En todos los casos significativos el grupo de interés puntúa más alto que el grupo de comparación (véase tabla 19).

Tabla 19. Media (Dt) y F (p) en las dimensiones de cultura de honor y exclusión social en los dos grupos.

Variable	Dimensión	Grupo		F (P)
		Marruecos M (Dt)	España M (Dt)	
CH	Honor femenino	3.87(.21)	2.75(.41)	456.47 (.000)
	Honor masculino	3.54(.31)	2.57(.34)	327.99 (.000)
	Honor neutro	3.97(.08)	3.24(.42)	230.83 (.000)
	Honor total	3.78 (.17)	2.85 (.31)	526.51 (.000)
EXCLUSION SOCIAL PERCIBIDA	Privación material	2.78(.81)	2.16(.97)	18.48 (.000)
	Acceso inadecuado derechos sociales	2.52(.97)	1.63(.80)	37.36 (.000)
	Participación social inadecuada	2.80(.82)	1.30(.59)	162.87 (.000)
	Integración normativa inadecuado	1.22(.56)	1.36(.62)	2.16 (.192)
	Exclusión general	2.59(.86)	1.36(.65)	97.26 (.000)
	Exclusión social percibida total	2.48 (.51)	1.54 (.45)	137.17 (.000)

***H.1.2: Las madres solteras en Marruecos informarán de niveles más altos de ansiedad y depresión que las madres solteras en España.***

En este caso los resultados indican que existen diferencias entre los dos grupos en ansiedad y en depresión, siendo nuevamente el grupo de interés el que puntúa más alto que el grupo de comparación en ansiedad y depresión (véase tabla 20).

Tabla 20. Media (Dt) y F (p) en las variables ansiedad y depresión en los dos grupos.

Variable	Grupo		F (p)
	Marruecos M (Dt)	España M (Dt)	
Ansiedad	1.55 (.62)	1.21 (.48)	13.79 (.000)
Depresión	19.77 (9.99)	12.21 (6.73)	29.12 (.000)

***H.1.3: Esperamos que las diferencias observadas entre los dos grupos, en percepción de exclusión social, nivel de ansiedad y depresión informados, varíe en función de si tiene contacto con la familia y/o con el padre de su hijo, su situación actual, causa del embarazo, donde vive y si ha experimentado una situación de rechazo directo.***

Para comprobar esta hipótesis realizamos contrastes Univariantes para cada variable dependiente, tomando como factores fijos (VI) el grupo de pertenencia (Marruecos vs España) y una de las siguientes variables: el contacto con la familia, contacto con el padre de su hijo/a, su situación actual, causa del embarazo, donde vive y si ha experimentado una situación de rechazo directo. Los resultados obtenidos indican que las diferencias observadas en relación a los niveles de ansiedad y depresión informados varían solo en función de su situación actual, contacto con el padre del hijo/a y haber experimentado una situación de rechazo directo como efectos principales.

En cuanto a la percepción de exclusión social, la diferencia observada entre los dos grupos en esta variable no varía en función de ninguna de las variables consideradas.

A continuación se expondrán los resultados de las *interacciones entre factores*, en función de cada variable:

*Percepción de Exclusión social, depresión y ansiedad de las madres solteras en función de su situación actual y su grupo de pertenencia (Marruecos vs. España)*

Aunque la interacción no es significativa entre grupo x situación actual tanto para ansiedad como para depresión ( $F = .74$ ,  $p = .53$  y  $F = .91$ ,  $p = .43$ , respectivamente), sí que se producen diferencias entre los dos grupos cuando descomponemos la interacción y analizamos los niveles de ansiedad informados por situación. En concreto, solo se produce

en la situación de crianza, siendo el grupo de interés el que informa de niveles significativamente más altos de ansiedad que el grupo de comparación, y que ambos grupos informan niveles iguales de ansiedad cuando están en una situación de embarazo, postparto y lactancia.

En cuanto a los niveles de depresión informados, encontramos diferencias observadas entre el grupo de interés, y el grupo de comparación que solo se produce cuando están en una situación de embarazo y/o crianza. Siendo, las madres del grupo de interés las que puntúan más alto que el grupo de comparación (véase tabla nº 21).

Tabla 21. Media (Dt) y F (p) en las variables depresión y ansiedad en los dos grupos x situación actual.

Grupo de pertenencia x situación actual			
Variable	Marruecos M (Dt)	España M (Dt)	F (p)
Depresión: embarazada	28.18 (2.52)	16.20 (3.74)	7.03 (.009)
Depresión: crianza	18.54 (1.71)	11.82 (1.06)	11.13 (.001)
Ansiedad: crianza	1.59 (.11)	1.18 (.073)	16.89 (.000)

Respecto a la variable exclusión social percibida, observamos que no se produce una interacción significativa entre grupo y la situación actual de las participantes ( $F = .98, p = .40$ )

*Percepción de Exclusión social, depresión y ansiedad de las madres solteras en función de donde viven y su grupo de pertenencia (Marruecos vs. España):*

Nuestra hipótesis no se cumple, puesto que no se produce una interacción significativa para ansiedad ( $F = 1.85, p = .160$ ), depresión ( $F = .63, p = .53$ ), ni para exclusión social percibida ( $F = .075, p = .928$ )

*Percepción de Exclusión social, depresión y ansiedad de las madres solteras en función de si tiene contacto con el padre de su hijo/a y su grupo de pertenencia (Marruecos vs. España):*

Los resultados indican una interacción significativa para la depresión ( $F = 9.806$ ;  $p = .002$ ) y para ansiedad ( $F = 3.80$ ,  $p = .053$ ), y no significativa para la exclusión social percibida ( $F = .57$ ,  $p = .45$ ).

En concreto, encontramos que se producen diferencias significativas entre los dos grupos de mujeres en depresión y ansiedad cuando no tiene contacto con el padre del hijo/a, siendo las del grupo de Marruecos las que puntúan más alto que el grupo de comparación español. Por otra parte, cuando tiene contacto con el padre del hijo/a, en ambos grupos informan niveles similares de depresión y ansiedad (véase tabla 22).

Tabla 22 Media (Dt) y F (p) en las variables depresión y ansiedad en los dos grupos cuando no tiene contacto con el padre del hijo/a.

Grupo de pertenencia x No contacto con el padre del hijo/a			
Variable	Marruecos M (Dt)	España M (Dt)	F (p)
Depresión	22.20 (1.05)	12.18 (1.16)	40.54 (.000)
Ansiedad	1.67 (.55)	1.24 (.45)	16.89 (.000)

*Percepción de Exclusión social, depresión y ansiedad de las madres solteras en función de si ha experimentado una situación de rechazo directo y su grupo de pertenencia (Marruecos vs. España)*

Nuestra hipótesis no se cumple para ninguna de las variables consideradas. Las interacciones no son significativas ni para ansiedad ( $F = .76; p = .38$ ), depresión ( $F = .02; p = .89$ ) ni exclusión social percibida ( $F = .73; p = .39$ ).

Sin embargo encontramos que, a pesar de ser no significativa la interacción, las diferencias en ansiedad entre los dos grupos se produce, de forma significativa, solo cuando se ha percibido una situación de rechazo directo. (Véase tabla 23)

Tabla 23. Media (Dt) y F (p) en ansiedad en función Grupo de pertenencia X Rechazo directo.

Rechazo directo	Grupo de pertenencia		F (p)
	Marruecos M (Dt)	España M (Dt)	
Si	1.64 (.073)	1.27 (.10)	8.35 (.004)
No	1.35 (.11)	1.15 (.09)	1.92 (.16)

No se produce significación de la interacción Grupo de pertenencia x Causa embarazo, posiblemente debido al bajo número de casos por celda en algunas categorías. Tampoco en el caso del tipo de contacto con la familia.

En resumen, los resultados indican que se producen diferencias, estadísticamente significativas, entre los dos grupos en ansiedad, depresión, y las diferentes dimensiones de exclusión social percibida (menos en la dimensión integración normativa inadecuada) e importancia otorgada a la cultura de honor. Las madres solteras en Marruecos perciben mayor privación material, acceso inadecuado a los derechos sociales, mayor participación social inadecuada y exclusión social general, y por ende mayor exclusión social total. Además, atribuyen mayor importancia a la cultura de honor en sus tres dimensiones.

En cuanto a los niveles de ansiedad y depresión informados, las madres solteras en Marruecos son las que informan de niveles más altos, tanto de ansiedad como de depresión, que las madres solteras en España.

Las diferencias encontradas entre los dos grupos en los niveles de ansiedad y depresión informados solo varían, de forma significativa, en función de si mantiene o no contacto con el padre de su hijo/a. El no tener contacto con el padre del hijo/a afecta más a las madres solteras en Marruecos que a las madres solteras en España, mientras que no se producen diferencias significativas entre los dos grupos cuando se mantiene contacto con el padre del hijo/a. En este caso, las madres de ambos grupos informan niveles similares de ansiedad y depresión.

Respecto a las demás variables consideradas en este estudio, aunque no se produce una interacción significativa a nivel global, observamos que las diferencias encontradas en ansiedad varía en función de su situación actual, y de haber experimentado una situación de rechazo directo. Las madres solteras en Marruecos informan de niveles más altos de ansiedad que las madres solteras en España cuando están en una fase de crianza, mientras que en las demás fases informan niveles parecidos de ansiedad.

En la misma línea, observamos que las madres solteras en Marruecos informan de niveles más altos de ansiedad que las madres solteras en España cuando perciben un rechazo directo, mientras que cuando no perciben una situación de rechazo directo, no se producen diferencias significativas.

***Hipótesis 2: Los niveles de ansiedad y depresión informados, y la percepción de exclusión social, diferirán en función de su situación actual, causa de embarazo, contacto***



**con el padre del hijo, contacto con la familia y donde vive. A nivel de cada grupo de forma separada.**

En primer lugar, expondremos los resultados hallados en relación al grupo de interés. Los análisis de varianza (Anova) de un factor muestran que se producen diferencias significativas en *depresión* en función de su situación actual ( $F = 3.25$ ;  $p = .026$ ), siendo las participantes que están en la fase de embarazo las que sufren niveles más altos de depresión que las madres que están ya criando sus hijos (véase tabla 24).

*Tabla 24. Medias (Dt) depresión en función de su situación actual en el grupo de interés.*

Situación actual	Media (Dt)
Embarazada	28.18 (10.95)
Posparto	18.47 (9.72)
Lactancia	18.40 (7.29)
Crianza	18.54 (11.30)

También hallamos que se producen diferencias significativas en función de la causa de embarazo siendo las madres que se han quedado embarazadas por una relación consentida, las que sufren niveles más bajos de depresión que las madres que son víctimas de violación ( $M = 18.94$ ,  $Dt = 9.67$  vs  $M = 26.44$ ,  $Dt = 10.61$ ;  $F = 4.71$ ;  $p = .033$ ).

Respecto al variable contacto con el padre de su hijo, hallamos que las participantes que no tienen contacto con el padre de su hijo, sufren niveles de depresión, estadísticamente más altos que las participantes que si tienen contacto con el padre de su hijo. ( $M = 22.20$ ,  $Dt = 9.95$  vs  $M = 13.13$ ,  $Dt = 6.65$ ;  $F = 15.62$ ;  $p = .000$ ).

Otra de las variables que consideramos es ser usuaria interna o externa de alguna de las asociaciones, y los resultados obtenidos indican que las usuarias externas son las que sufren mayor depresión que las usuarias internas ( $M = 24.38$ ,  $Dt = 12.43$  vs  $M = 17.62$ ,  $Dt = 7.87$ ;  $F = 8.91$ ;  $p = .004$ ) respectivamente.

En cuanto a la variable *ansiedad* hallamos diferencias significativas en función de si tiene contacto o no con el padre de su hijo, siendo las madres que no tienen contacto las que sufren niveles más altos de ansiedad ( $M = 1.67$ ,  $Dt = .55$  vs  $M = 1.19$ ,  $Dt = .67$ ;  $F = 11.02$ ;  $p = .001$ ), y también en función de ser usuarias internas o externas de las asociaciones, siendo las externas las que informan niveles más altos de ansiedad que las internas ( $M = 1.78$ ,  $Dt = .58$  vs  $M = 1.43$ ,  $Dt = .63$ ;  $F = 6.59$ ;  $p = .012$ ).

Respecto a la *percepción de exclusión social*, encontramos que solo se producen diferencias significativas en función de donde viven, siendo las madres que viven solas las que perciben mayor exclusión social que las madres que viven en alguna asociación ( $M = 1.66$ ,  $Dt = .09$  vs  $M = 2.28$ ,  $Dt = .09$ ;  $F = 3.64$ ;  $p = .016$ ).

Posteriormente, nos planteamos realizar un ANOVA para comprobar los efectos de la interacción de las distintas variables. Sin embargo, puesto que el número de sujetos por celda era muy pequeño y en algunos casos se perdían casos, el análisis no era pertinente.

Por tanto, nuestra hipótesis se cumple en gran parte para las variables consideradas en el grupo de interés.

En cuanto al grupo de comparación, comprobamos que no se producen diferencias significativas en ansiedad, depresión y exclusión social percibida en función de las variables consideradas. Por tanto nuestra hipótesis para este grupo no se cumple.

***Hipótesis 3: La CH se relacionará con la percepción de exclusión social, y la conceptualización que se tiene de este rechazo, en función del grupo de análisis.***

***H.3.1. La CH se relaciona de forma positiva con la percepción de exclusión social.***

Los análisis de correlación realizados muestran que la CH no correlaciona de forma significativa con las dimensiones de la percepción de exclusión social en el caso de las madres marroquíes. Por otra parte, en madres solteras españolas encontramos que el honor masculino se relaciona positiva y significativamente con la percepción de exclusión social total y participación social inadecuada ( $r = .288$ ;  $p < .05$  y  $r = .263$ ;  $p < .05$ ; respectivamente). Por tanto, nuestra hipótesis se cumple solo parcialmente puesto que ocurre solo en uno de los grupos de análisis

***H.3.2: La CH se relaciona de forma significativa con la conceptualización del rechazo percibido.***

En este caso, nuevamente la CH total no correlaciona de forma significativa con las dimensiones de la conceptualización del rechazo. Sin embargo, cuando analizamos las dimensiones de la CH, encontramos que la dimensión honor femenino correlaciona de forma negativa con las expectativas de recuperar la relación ( $r = -.275$ ;  $p < .01$ ), y de forma positiva con el valor otorgado de la relación perdida ( $r = .474$ ;  $p < .05$ ), en el grupo de mujeres marroquíes. Sin embargo, en las madres españolas no se produce ninguna significación.

En resumen, los resultados obtenidos reflejan que la importancia otorgada al honor, en sus tres dimensiones, no se relaciona de forma significativa con la percepción de exclusión social y tampoco con la conceptualización que se tiene de la misma. La única excepción encontrada es que las madres solteras en Marruecos que atribuyen alta

importancia al honor femenino, atribuyen también alto valor a sus relaciones perdidas y tienen menores expectativas de recuperar su relación con estas personas. Finalmente, las madres solteras en España que atribuyen alta importancia al honor masculino, perciben mayor participación social inadecuada y mayor exclusión social total.

***Hipótesis 4: La exclusión social se relaciona con ansiedad y depresión en ambos grupos.***

***H.4.1: Esperamos que la exclusión social percibida se relacione con mayor ansiedad y depresión, tanto en el grupo de interés como en el grupo de comparación.***

Para comprobar la relación entre las variables consideradas, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre los factores de exclusión social percibida y ansiedad y depresión en los dos grupos por separado. Los resultados obtenidos solo confirman nuestra hipótesis en parte.

En concreto, se hallaron correlaciones de signo positivo, y estadísticamente significativo entre exclusión social percibida y ansiedad, y entre exclusión social percibida y depresión en ambos grupos. En el grupo de interés, los factores de participación social inadecuada y exclusión social general, fueron los que mostraron una correlación positiva, y estadísticamente significativa, con depresión y ansiedad. Mientras que la privación material solo correlaciona positivamente con ansiedad (véase tabla 25).

En cuanto al grupo de comparación, todos los factores que componen la variable exclusión social percibida, mostraron una correlación positiva, y estadísticamente significativa, con ansiedad y depresión, siendo el factor participación social inadecuada el

que mostró una relación más elevada tanto con ansiedad como con depresión. (Véase tabla 25).

Tabla 25. Coeficientes de correlación de Pearson entre los factores de Exclusión social percibida con Ansiedad y Depresión en el grupo de interés y el grupo de comparación.

	Marruecos		España	
	Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Privación Material	.409**	.178	.397**	.341**
Acceso inadecuado a recursos sociales	.209	.139	.289**	.356**
Participación social inadecuada	.392**	.314**	.481**	.571**
Integración normativa inadecuada	.090	.105	.249*	.219
Exclusion social general	.394**	.444**	.430**	.426**
Exclusion social total	.518**	.375**	.568**	.564**

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

***H.4.2: Esperamos que una percepción de mayor exclusión social prediga altos niveles de ansiedad y depresión en ambos grupos.***

Realizamos análisis de regresión en el que observamos que la percepción de exclusión social predice de forma significativa tanto ansiedad como depresión ( $\beta = .518$ ;  $R^2$  corregida = .260; Cambio en  $F = 30.104$ ;  $p < .000$ ) y ( $\beta = .375$ ;  $R^2$  corregida = .130; Cambio en  $F = 13.058$ ;  $p < .001$ ) respectivamente, en el grupo de interés.

Este mismo patrón de respuesta, se produce en el grupo de comparación, donde la percepción de una mayor exclusión social predice, de forma significativa, altos niveles de ansiedad ( $\beta = .568$ ;  $R^2$  corregida = .311; Cambio en  $F = 28.033$ ;  $p < .000$ ), y de depresión ( $\beta = .564$ ;  $R^2$  corregida = .306; Cambio en  $F = 28.387$ ;  $p < .000$ ).

Por tanto, podemos afirmar que nuestra hipótesis se cumple para ambos grupos. Como se puede observar, una alta percepción de exclusión social, provoca niveles más altos de ansiedad y de depresión tanto en madres solteras en Marruecos, como en España.

Para comprobar cuál de las dimensiones de exclusión social predice en mayor medida los niveles de ansiedad y de depresión, procedemos a realizar análisis de regresión por pasos sucesivos, incluyendo todas las dimensiones de exclusión social percibida junto con la puntuación total (véase tabla 26).

Los resultados indican que, en los dos grupos, la percepción de exclusión social total es la que mejor predice la ansiedad. En el caso de depresión, en el grupo de interés es la exclusión social general la que predice depresión mientras que en el grupo de comparación, el modelo destaca dos variables, participación social inadecuada y exclusión social total.

Tabla 26. Valor predictivo de los factores de exclusión social sobre la *Depresión y Ansiedad* en cada muestra, mediante el proceso de pasos sucesivos

Marruecos				
<i>Depresión</i>	<i>B</i>	<i>R2 corregida</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Exc. Socl. Total.	.161		1.266	.209
Priv. Mater.	.021		.197	.845
Acceso inadec. Recursos	.013		.120	.905
Partcp. Socl. Inadec.	.196		1.892	.062
Integ. Normtv. Inadec.	.149		1.492	.140
Excl. socl. General.	.444	.187	19.685	.000
<i>Ansiedad</i>				
Exc. Socl. Total.	.518	.260	30.104	.000
Priv. Mater.	.061		.440	.661
Acceso inadec. Recursos	-.145		1.245	.217
Partcp. Socl. Inadec.	.069		.526	.600
Integ. Normtv. Inadec.	-.02		.209	.835
Excl. socl. General.	.112		.921	.360

España

<i>Depresión</i>	<i>B</i>	<i>R2 corregida</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Exc. Socl. Total.	.314	.353	17.93	.000
Privación Material	-.112		-.700	.482
Acceso Inadecuado	.040		.284	.772
Partcp. Socl. Inade.	.572	.316	29.69	.000
Integ. Normtv. Inadec.	-.031		-.257	.798
Excl.. socl. General.	.142		.987	.327

<i>Ansiedad</i>				
Exc. Socl. Total.	.568	.311	28.033	.000
Priv. Mater.	-.006		-.035	.973
Acceso inadec. Recursos	-.148		-1.027	.309
Partcp. Socl. Inade.	.165		1.053	.297
Integ. Normtv. Inadec.	-.067		-.536	.594
Excl. socl. General.	.061		0.4	.691

***Hipótesis 5: Las variables de tipo emocional mediarán la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión, en ambos grupos.***

***H.5.1. Esperamos que la percepción de exclusión social se relacione negativamente con autoestima e inteligencia emocional auto percibida en ambos grupos.***

En el grupo de interés, los coeficientes de correlación de Pearson solo se muestran significativos, y de signo negativo, entre autoestima y exclusión social percibida total y entre autoestima y privación material. Sin embargo, no se producen correlaciones significativas entre las dimensiones de inteligencia emocional y exclusión social percibida, excepto para integración normativa inadecuada que se relaciona de forma negativa con percepción interpersonal y privación material que se relaciona también de forma negativa con asimilación. Sin embargo, se observa una tendencia negativa entre las variables

consideradas, en las que a mayor inteligencia emocional auto percibida, menor percepción de exclusión social (véase tabla 27).

Tabla 27. Coeficientes de correlación de Pearson entre los factores de exclusión social percibida y autoestima. Y entre los factores de exclusión social percibida y las dimensiones de IE. En grupo de interés.

	Exc. Socl. Total.	Priv. Materl.	Acceso inade. Recursos	Partcp. Socl. Inade.	Integ. Normtv. Inadec.	Excl.. socl. General.
Autoestima	-.264*	-.247*	-.108	-.132	-.098	-.175
IE. Total	-.079	-.160	.057	.012	-.126	-.050
Prcp. Intra	-.109	-.106	.001	-.059	-.315**	.045
Prcp. Inter	-.016	-.061	.106	-.034	-.046	-.051
Asiml.	-.079	-.223*	.094	-.022	-.003	-.034
Regl.	-.084	-.112	-.057	.080	-.012	-.144

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; IE. Total: Inteligencia Emocional Total; Prcp Intra: Percepcion Intrapersonal; Prcp Inter: Percepcion interpersonal; Asiml: Asimilacion; Regl: Regulacion.

Respecto al grupo de comparación, encontramos que la autoestima correlaciona de forma negativa, y estadísticamente significativa, con la percepción de exclusión social total y con los factores participación social inadecuada, acceso inadecuado a los derechos sociales, e integración normativa inadecuada.

En cuanto a las dimensiones de inteligencia emocional, los resultados indican que no se producen correlaciones significativas con la percepción de exclusión social total, salvo la dimensión percepción intrapersonal que correlaciona de forma negativa con exclusión social percibida total. Sin embargo, si hallamos correlaciones significativas, y de signo negativo,



entre la inteligencia emocional total y las dimensiones: acceso inadecuado a los derechos sociales y integración normativa inadecuada, de la variable exclusión social percibida, y entre las dimensiones de ambas variables (véase tabla 28).

Tabla 28. Coeficientes de correlación de Pearson entre los factores de exclusión social percibida y autoestima. Y entre los factores de exclusión social percibida y las dimensiones de IE. En grupo de comparación.

	Exc. Socl. Total.	Priv. Materl.	Acceso inade. Recursos	Partcp. Socl. Inade.	Integ. Normtv. Inadec.	Excl. socl. General.
Autoestima	-.329**	-.157	-.296*	-.362**	-.320**	-.231
IE. Total	-.205	.059	-.290*	-.222	-.372**	-.147
Prcp. Intra	-.217	.086	-.229	-.329**	-.233	-.245*
Prcp. Inter	-.021	.125	-.104	-.157	-.240*	.021
Asiml.	-.198	.023	-.296*	-.085	-.406**	-.068
Regl.	-.199	-.031	-.280*	-.140	-.298*	-.166

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

En resumen, encontramos que las madres solteras que perciben una mayor exclusión social informan de niveles más bajos de autoestima, tanto en Marruecos como en España, la percepción de una mayor privación material es la que más se relaciona con una baja autoestima en el grupo de interés, mientras que en el grupo de españolas la baja autoestima se relaciona más bien con una mayor participación social inadecuada, mayor acceso inadecuado a los derechos sociales, y una mayor integración normativa inadecuada.

En cuanto a la IE auto percibida, no se relaciona de forma significativa con ninguna de las dimensiones de exclusión social percibida a nivel de ambos grupos. Por tanto, podemos afirmar que nuestra hipótesis se cumple solo en parte para el grupo de interés.

**H.5.2. Esperamos que la baja autoestima y la Inteligencia emocional se relacione con mayor ansiedad y depresión en ambos grupos.**

Mediante el análisis de correlación de Pearson hallamos que la autoestima y la inteligencia emocional correlacionan de forma negativa, y estadísticamente significativa, con ansiedad y depresión tanto en el grupo de interés como en el grupo de comparación (véase tabla 29).

Tabla 29. Coeficientes de correlación de Pearson entre ansiedad, depresión, autoestima e inteligencia emocional en función del grupo de análisis.

	1	2	3	4
1. Ansiedad	1	.720**	-.626**	-.369**
2. Depresión	.656**	1	-.598**	-.274*
3. Autoestima	-.595**	-.498**	1	.587**
4. IE. Total	-.281*	-.322*	.502**	1

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; Correlaciones grupo de interés arriba, y grupo de comparación abajo.

Respecto a la variable inteligencia emocional, encontramos que en el grupo de interés, todas las dimensiones de inteligencia emocional correlacionan negativamente y de forma significativa con ansiedad, y que solo la dimensión asimilación se correlaciona de forma negativa con depresión.

Por otra parte, en el grupo de comparación, hallamos que las dimensiones percepción intrapersonal y asimilación correlacionan de forma negativa y estadísticamente significativa tanto con ansiedad como con depresión, y la dimensión regulación con solo depresión (véase tabla 30).

Tabla 30. Coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones de IE y ansiedad, y entre las dimensiones de IE y depresión en ambas muestras.

	Marruecos		España	
	Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Prp. Intra	-.296**	-0.211	-.352**	-.462**
Prp. Inter	-.249*	-.0154	-.05	.045
Asiml	-.339**	-.290**	-.329**	-.261*
Regl	-.239*	-0.172	-.151	-.321**

Nota: \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

Como podemos observar, las madres solteras que informan de niveles más bajos de ansiedad y depresión, puntúan más alto en autoestima y en inteligencia emocional auto percibida, en ambos países. En cuanto a las dimensiones de IE, encontramos que la alta asimilación se relaciona con menos ansiedad y depresión informados en ambos grupos, mientras que la alta regulación solo se relaciona con baja ansiedad en el grupo de interés, y baja depresión en el grupo de comparación, y que la alta percepción intrapersonal se relaciona con baja ansiedad en el grupo de interés, y con baja ansiedad y depresión en el grupo de comparación.

Por tanto, nuestra hipótesis se cumple para ambas muestras, para todas las variables emocionales consideradas en el estudio.

***H.5.3. Esperamos que la IE modere la relación entre exclusión social y ansiedad; y entre exclusión social y depresión.***

Mediante el análisis de moderación hallamos que, a nivel del grupo de interés, no se produce ninguna interacción significativa entre la percepción de exclusión social y las

diferentes dimensiones de inteligencia emocional en su relación, tanto con ansiedad como con depresión.

En cuanto al grupo de comparación, encontramos que solo se produce una interacción significativa entre la dimensión asimilación y la percepción de exclusión social produciendo un efecto significativo sobre la ansiedad.  $B = .2087 (.1009)$  ;  $t = 2.0671$ ;  $p = .043$ .

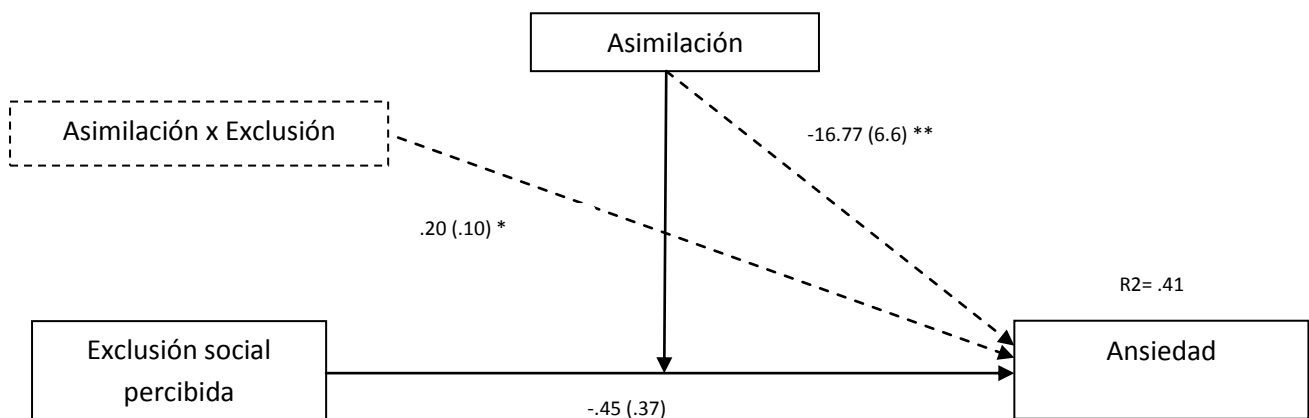


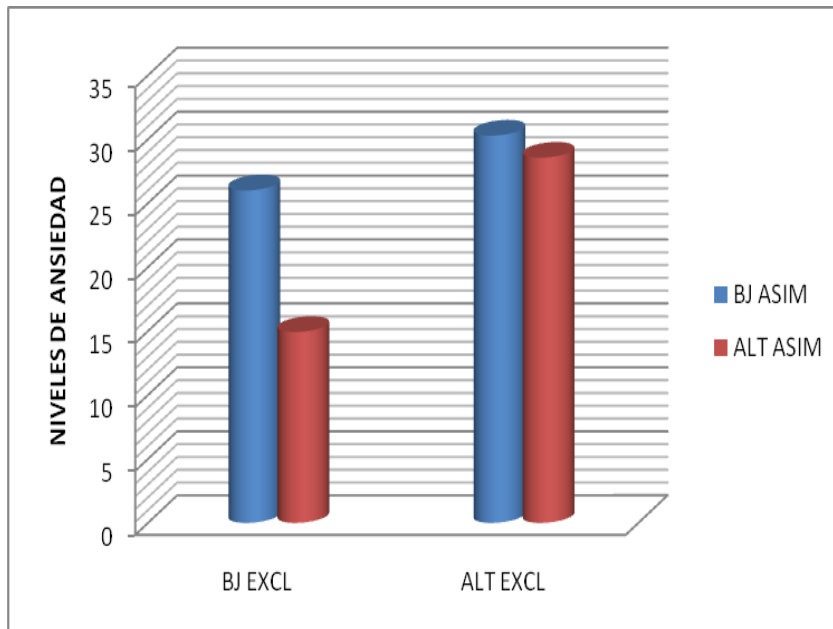
Figura 1. La asimilación de emociones moderando el efecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad en madres solteras en España

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $** p < .01$ ;  $* p < .05$ .

Esto indica que la exclusión social no tiene un efecto significativo sobre la ansiedad. Sin embargo, este efecto se vuelve significativo cuando se tiene en cuenta la interacción con la asimilación (Véase figura 1).

Como se observa en la grafica 15. Las madres con alta asimilación emocional sufren niveles más bajos de ansiedad que las madres con baja asimilación, tanto cuando se percibe

una alta como baja exclusión social. Por tanto, una alta asimilación emocional ejerce como variable protectora ante la percepción de exclusión social.



Grafica 15. Niveles de ansiedad en función de los niveles de asimilación y exclusión social percibida en el grupo de comparación.

En resumen, podemos decir que nuestra hipótesis solo se cumple en parte dado que la IE, a través de la dimensión Asimilación, solo modera la relación entre exclusión social y ansiedad en el grupo de comparación.

***H.5.4 Esperamos que la autoestima medie la relación entre exclusión social y ansiedad; y entre exclusión social y depresión en ambos grupos poblacionales.***

Realizamos el análisis de mediación, utilizando el macro Process (2013). En cuanto al grupo de interés, como se muestra en la figura 2, una mayor percepción de exclusión social disminuye la autoestima, y la baja autoestima provoca un aumento en los niveles de

ansiedad y depresión. Se verificó que la percepción de exclusión social predecía indirectamente, a través de la autoestima, la ansiedad  $B = .17 (.072)$ ,  $CI95\% = .0383, .3231$ , y la depresión,  $B = 2.78 (1.40)$ ,  $CI95\% = .3909, 5.820$ , experimentadas. Los intervalos de confianza no incluyen el valor 0, lo que nos permite afirmar que el efecto indirecto es positivo y estadísticamente significativo.

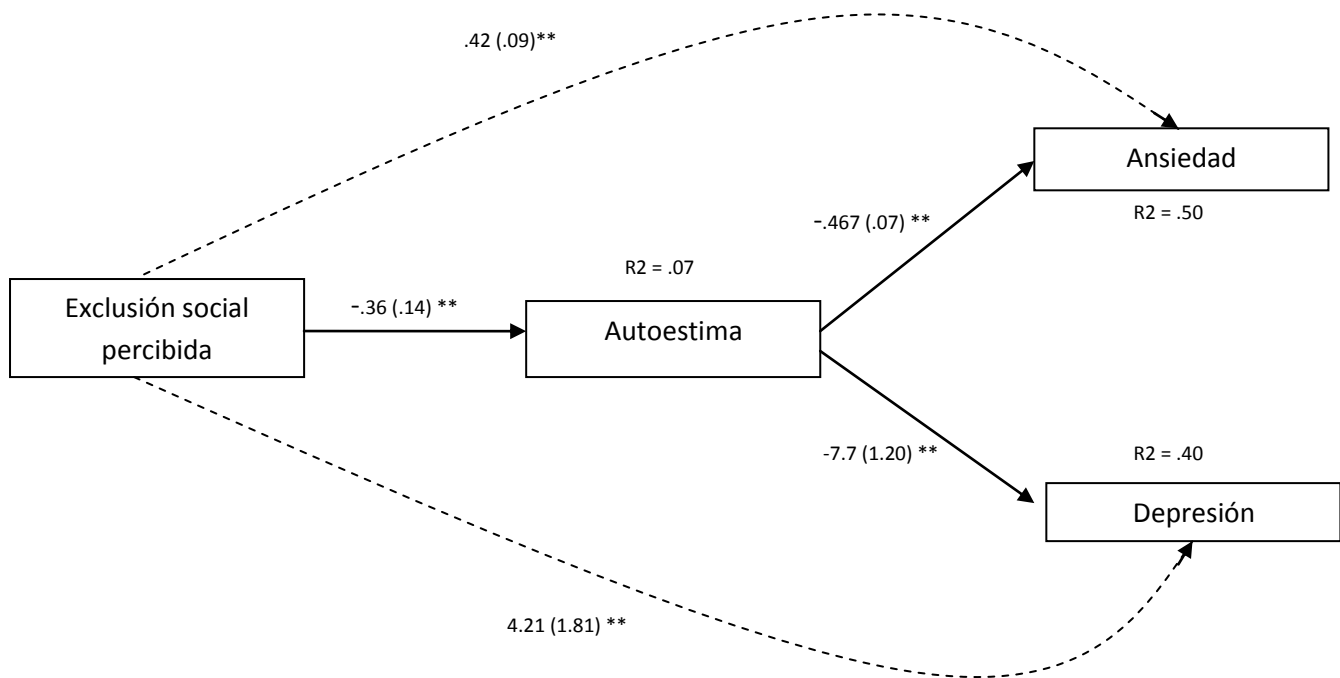


Figura 2. La autoestima mediando el efecto de la exclusión social sobre la ansiedad y la depresión en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $** p < .01$ ;  $* p < .05$ .

El efecto directo de la percepción de exclusión social sobre la ansiedad y la depresión era inicialmente significativo  $B = .4202 (.098)$ ,  $t = 4.28$ ,  $p = .001$ ,  $CI95\% = .2248, .6155$ ; y  $B = 4.213 (1.81)$ ,  $t = 2.32$ ,  $p = .02$ ,  $CI95\% = .6052, 7.8227$ , respectivamente. Sin embargo, el efecto total, una vez que la variable mediadora fue considerada, es superior tanto para

ansiedad  $B = .5901 (.116)$ ,  $t = 5.059$ ,  $p = .000$ ,  $CI95\% = .3581, .8222$ ; como para depresión,  $B = 6.991 (2.10)$ ,  $t = 2.32$ ,  $p = .001$ ,  $CI95\% = 2.800, 11.1816$ .

A continuación se analizan los resultados referidos al *grupo de comparación*. Al igual que en el *grupo de interés*, la percepción de exclusión social disminuye la autoestima, y la baja autoestima lleva a un aumento en los niveles de ansiedad y depresión (ver figura 3).

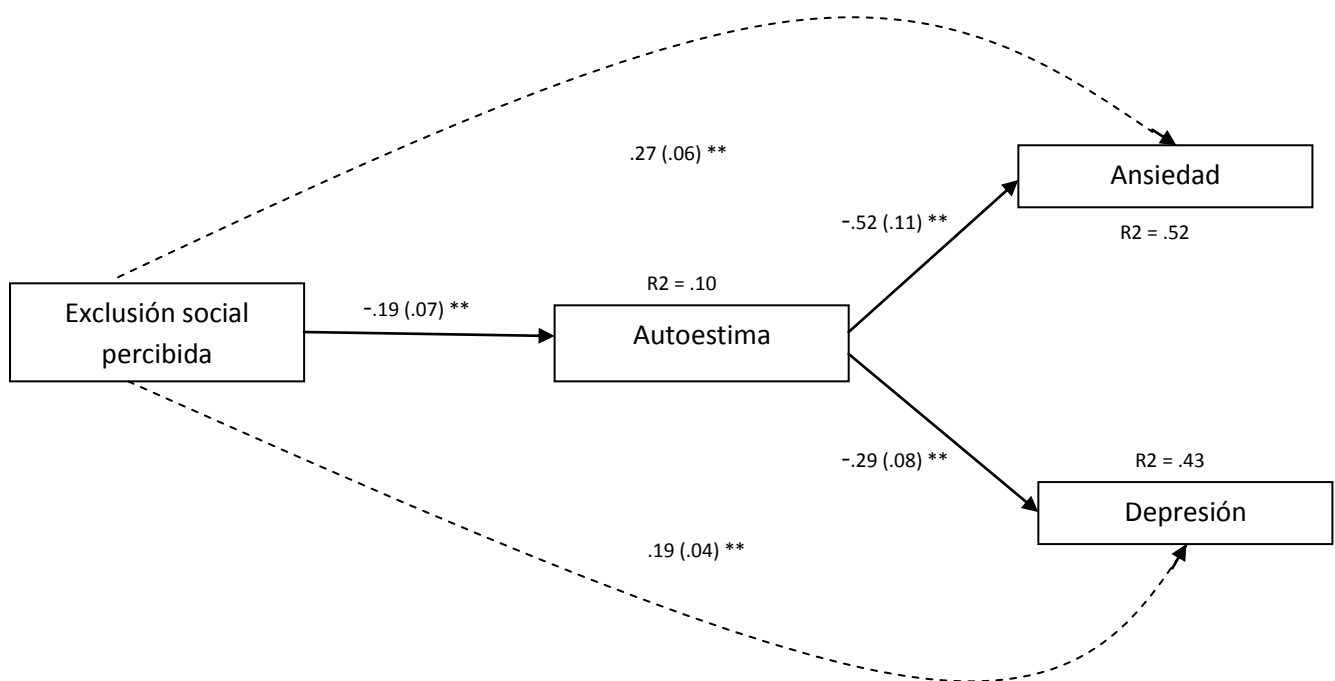


Figura 3. La autoestima media el efecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad y la depresión en madres solteras en España.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $** p < .01$ ;  $* p < .05$ .

Nuevamente, se confirma que la exclusión social predice indirectamente la ansiedad y la depresión a través de la disminución de la autoestima,  $B = .094 (.047)$ ,  $CI95\% = .0230, .2063$ , y depresión,  $B = .0550 (.0304)$ ,  $CI95\% = .0108, .1306$ , respectivamente.

Igualmente, al considerar la autoestima como variable mediadora en la ecuación, el efecto de la percepción de exclusión social sobre la ansiedad y la depresión se ve potenciado, siendo el efecto total para ansiedad de  $B = .3636$  (.06),  $t = 5.29$ ,  $p = .000$ ,  $CI95\% = .2262, .5009$ ; y para depresión  $B = .19$  (.047),  $t = 4.15$ ,  $p = .0001$ ,  $CI95\% = .1030, .2945$ .

Estos resultados confirman una mediación perfecta de la autoestima entre la percepción de exclusión social y la ansiedad, y entre la percepción de exclusión social y la depresión experimentada, tanto en madres solteras en Marruecos como en España. Por tanto, nuestra hipótesis se cumple para ambos grupos. Según nuestra predicción la percepción de la exclusión social afecta a la autoestima, la cual a su vez, predice los niveles de ansiedad y depresión experimentados.

Aunque las dimensiones de inteligencia emocional no interfieren en el efecto directo de la percepción de exclusión social sobre ansiedad y depresión, la inteligencia emocional condiciona el efecto indirecto que tiene la exclusión social percibida sobre la ansiedad y la depresión a través de la autoestima.

A continuación procedemos a realizar análisis de mediación moderada en ambos grupos de forma separada.

En cuanto al *grupo de interés*, encontramos que, efectivamente, el efecto indirecto de la exclusión sobre ansiedad a través de la autoestima está moderado por la asimilación emocional ( $index = -.172$ (.093),  $CI95\% = -.3844, -.0034$ ). (Véase figura 4). En concreto, se produce una interacción tendencial, puesto que el valor de  $p$  es inferior a .1 y superior a .05, entre la exclusión social percibida y la asimilación ( $B = .368$  (.20),  $t = 1.84$ ,  $p = .069$ ), la percepción de la exclusión social disminuye la autoestima cuando hay una baja asimilación



( $B = .2385 (.10)$ ,  $CI95\% = .0557, .4722$ ). Puesto que el intervalo de confianza no incluye el valor 0, podemos afirmar que el efecto indirecto cuando la asimilación es baja es positivo y estadísticamente significativo, mientras que cuando la asimilación es alta, no se produce efecto indirecto de la exclusión social sobre la ansiedad a través de la autoestima ( $B = .0264 (.60)$ ,  $CI95\% = -.0994, .1379$ ). El intervalo de confianza incluye el valor 0, por tanto el efecto indirecto no es estadísticamente significativo. Es decir, la asimilación de las emociones condiciona el efecto indirecto de la exclusión social sobre la ansiedad.

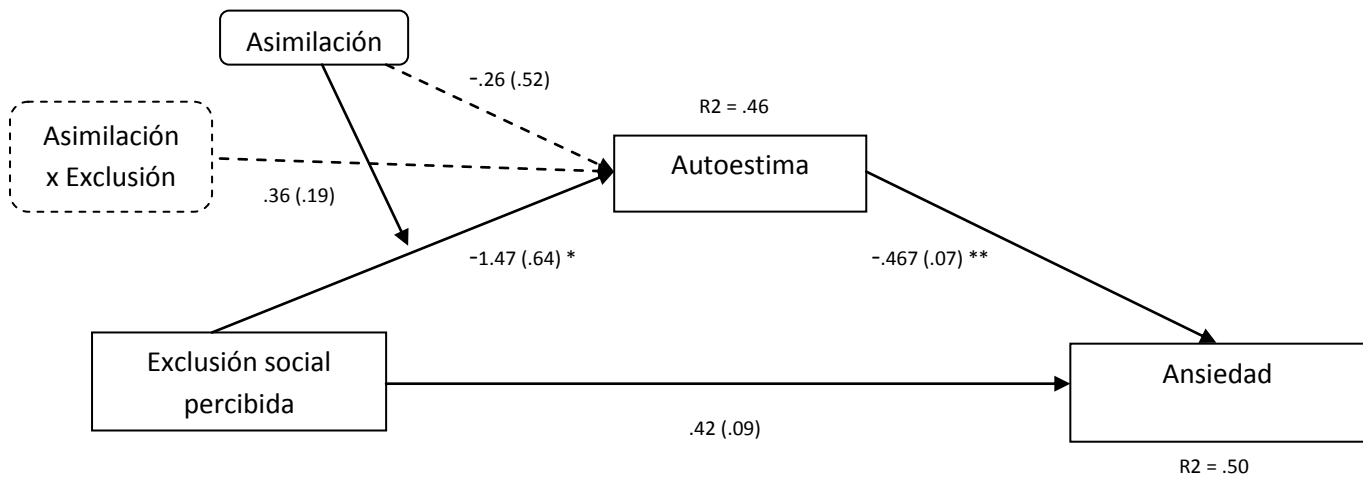


Figura 4. La asimilación modera el efecto indirecto de la exclusión social sobre la ansiedad a través de la autoestima en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $^{**} p < .01$ ;  $^* p < .05$ .

En la misma línea encontramos que el efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad está moderado también por la regulación emocional ( $Index = -.189(.091)$ ,  $CI95\% = -4.095, -.0582$ ) (Véase figura 5). Se produce una interacción significativa entre la exclusión social percibida y la regulación ( $B = .403 (.13)$ ,  $t = 2.97$ ,  $p = .004$ ). La exclusión social percibida disminuye la autoestima cuando hay una baja regulación ( $B = .289 (.11)$ ,  $CI95\%$

=.1282, .5827). El intervalo de confianza no incluye el valor 0, lo que nos permite afirmar que el efecto indirecto cuando la regulación es baja es positivo y estadísticamente significativo, mientras que cuando la regulación es alta, este efecto indirecto no se produce ( $B = -.048$  (.09),  $CI_{95\%} = -.2633, .1042$ ). El intervalo de confianza incluye el valor 0, por tanto el efecto indirecto no es estadísticamente significativo. La alta regulación condiciona el efecto indirecto de la exclusión social sobre la ansiedad, puesto que se produce únicamente cuando hay una baja regulación emocional.

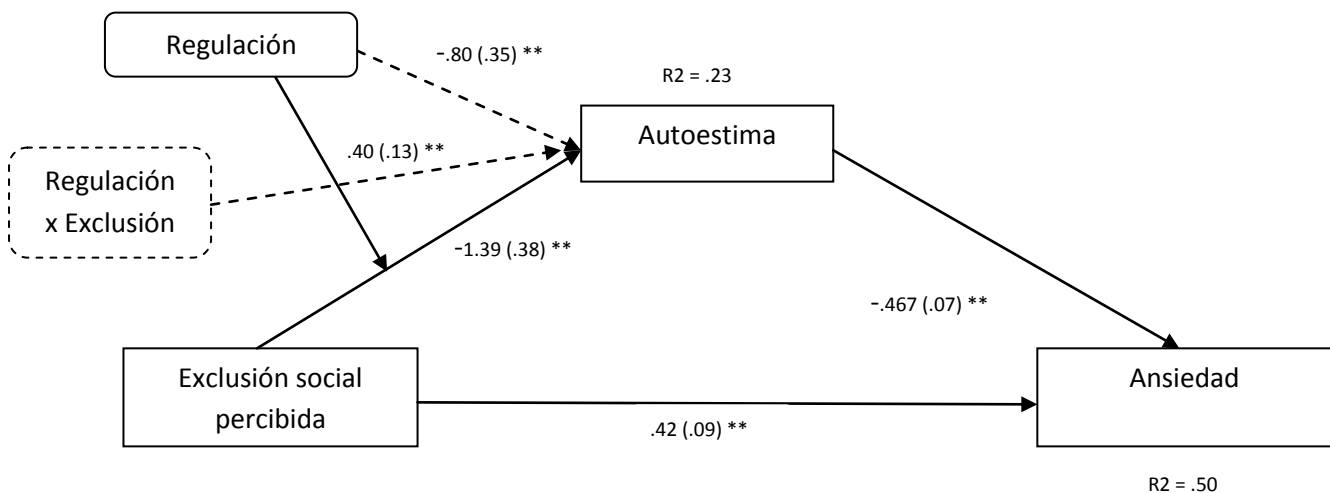


Figura 5. La regulación moderando el efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad, a través de la autoestima, en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $** p < .01$ ;  $* p < .05$ .

Y para comprobar si estas dos dimensiones de la IE moderan de forma simultánea el efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad, realizamos un tercer análisis de mediación moderada incluyendo ambas variables en la misma ecuación (véase figura 6). Los resultados obtenidos indican una interacción, estadísticamente significativa, entre exclusión social y regulación emocional ( $B = .284$  (.12),  $t = 2.29$ ,  $p = .024$ ), mientras que

la interacción entre exclusión social y asimilación deja de ser significativa ( $B = .154 (.21)$ ,  $t = .71$ ,  $p = .479$ ).

El efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad a través de la autoestima solo se produce cuando hay una baja regulación de emociones, independientemente de los niveles de asimilación.

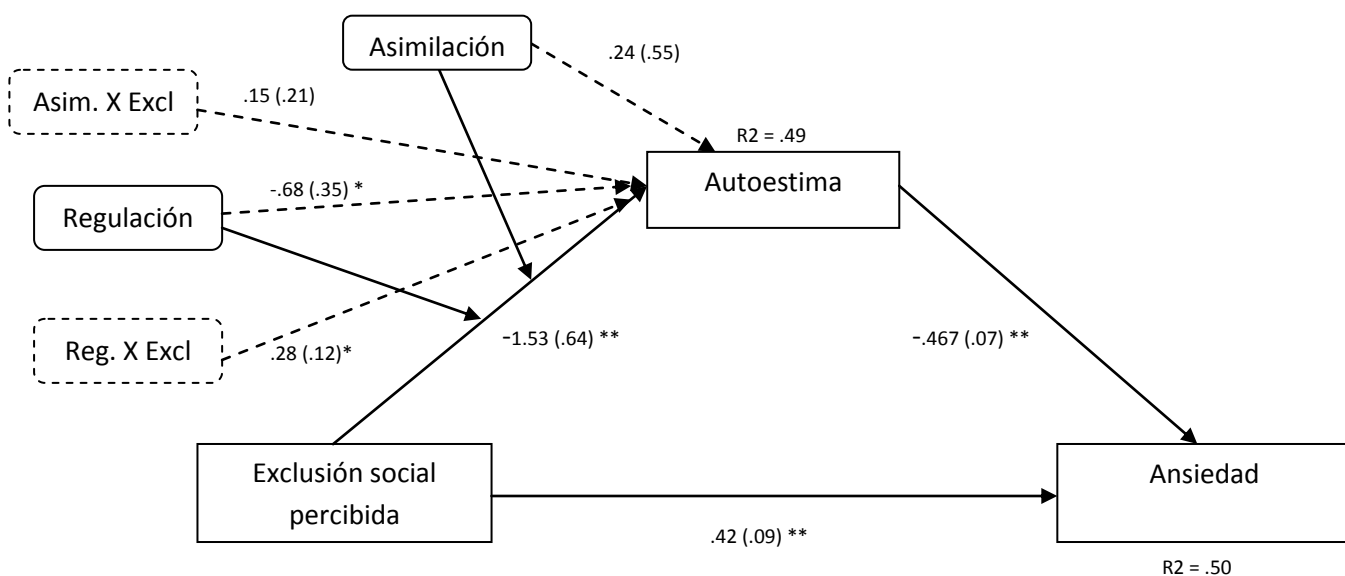


Figura 6. La regulación y la asimilación moderando el efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad, a través de la autoestima, en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $^{**} p < .01$ ;  $^* p < .05$ .

En cuanto a la relación entre exclusión social y depresión, encontramos que el efecto indirecto de la exclusión sobre esta variable a través de la autoestima está moderado solo por la regulación emocional, que actúa en la relación entre exclusión social y autoestima. ( $Index = -3.168 (1.61)$ ,  $CI95\% = -7.0218, -.8673$ ). Como podemos observar en la figura 7, se produce una interacción significativa entre exclusión social percibida y la regulación ( $B = .408 (.13)$ ,  $t = 2.93$ ,  $p = .004$ ). En concreto, la exclusión social percibida disminuye la autoestima

cuando hay una baja regulación ( $B = 4.8256 (2.22)$ ,  $CI95\% = 1.6794, 10.1771$ ). El intervalo de confianza no incluye el valor 0, lo que nos permite afirmar que el efecto indirecto cuando la regulación es baja es positivo y estadísticamente significativo, mientras que cuando la regulación es alta, no se produce el efecto indirecto de la exclusión social sobre la depresión a través de la autoestima ( $B = -.8632 (1.55)$ ,  $CI95\% = -4.2855, 1.72$ ). En este caso, el intervalo de confianza incluye el valor 0, por tanto el efecto indirecto no es estadísticamente significativo. Es decir, el efecto indirecto de la exclusión social sobre la depresión, se produce únicamente cuando hay una baja regulación emocional.

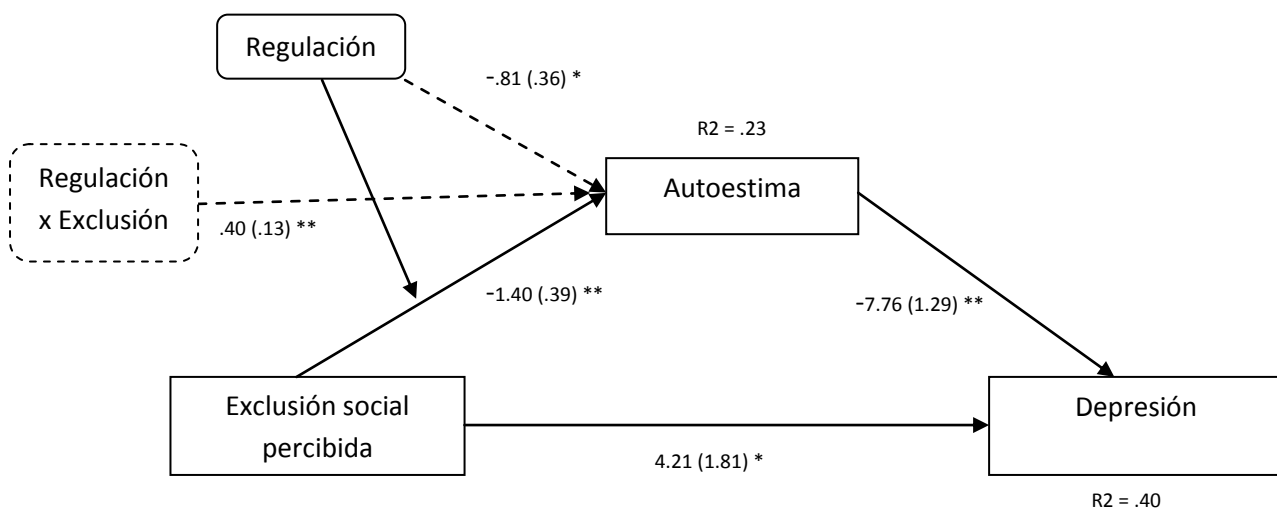


Figura 7. La regulación modera el efecto indirecto de la exclusión social sobre la depresión, a través de la autoestima, en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $^{**} p < .01$ ;  $^* p < .05$ .

Estos resultados implican que la inteligencia emocional, a través de la regulación de las emociones, actuaría como una variable protectora, y condiciona el efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad y la depresión en el grupo de interés.

En cuanto al *grupo de comparación* (España) los resultados obtenidos indican, a diferencia de lo que ocurre en el grupo de interés, que el efecto indirecto de la exclusión social percibida, a través de la autoestima, sobre la depresión, se produce en este caso a través de la moderación de la regulación emocional (*index* = -.060(.029), *CI95%* = -.1348, -.0155), que interfiere en la relación entre autoestima y depresión en lugar de la relación entre exclusión social y autoestima (véase figura 8), produciéndose una interacción significativa entre autoestima y regulación ( $B = .3160 (.10)$ ,  $t = 2.99$ ,  $p = .004$ ).

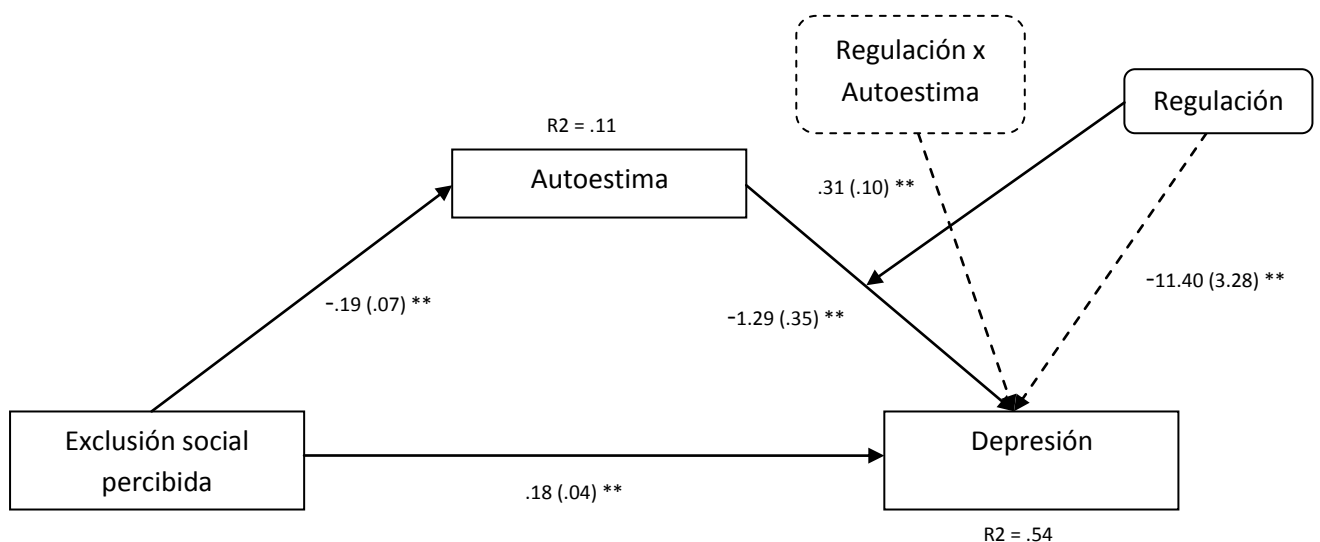


Figura 8. La regulación modera el efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre la depresión a través de la autoestima, en madres solteras en España.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

Podemos observar que la percepción de exclusión social implica una disminución de la autoestima, y la baja autoestima solo aumenta los niveles de depresión cuando se tienen niveles bajos de regulación emocional ( $B = .0869 (.04)$ ,  $CI95\% = .0247, .1908$ ). Puesto que el intervalo de confianza no incluye el valor 0, podemos afirmar que el efecto indirecto cuando la regulación es baja es positivo y estadísticamente significativo, mientras que cuando el

nivel de regulación emocional es alto la relación no es significativa ( $B = .0026$  (.02),  $CI95\% = -.0398, .0635$ ).

En paralelo, y mediante el análisis de mediación múltiple, encontramos que el efecto indirecto de la percepción  $R^2 = .10$  usión social sobre la d  $R^2 = .29$  a través de la autoestima deja de ser estadísticamente significativo al incluir la variable percepción intrapersonal en la ecuación ( $B = .0272$  (.024),  $CI95\% = -.0027, .0917$ ), y que este efecto indirecto, se produce a través de una mediación múltiple de las dos variables, que interfieren de una forma serial ( $B = .0278$  (.014),  $CI95\% = .0087, .0698$ ). En concreto, comprobamos que la exclusión social provoca una disminución en la autoestima, lo que llevará a una disminución de la percepción intrapersonal de las propias emociones, lo que provoca a su vez un aumento en los niveles de depresión. Por tanto, en esta muestra, la exclusión social percibida tiene tanto un efecto directo sobre la depresión, así como otro indirecto que se produce en cadena o de forma serial, dando lugar a un efecto total de  $B = .2538$  (.04),  $t = 5.15$ ,  $p = .000$ ,  $CI95\% = .1552, .3523$  (véase figura 9).

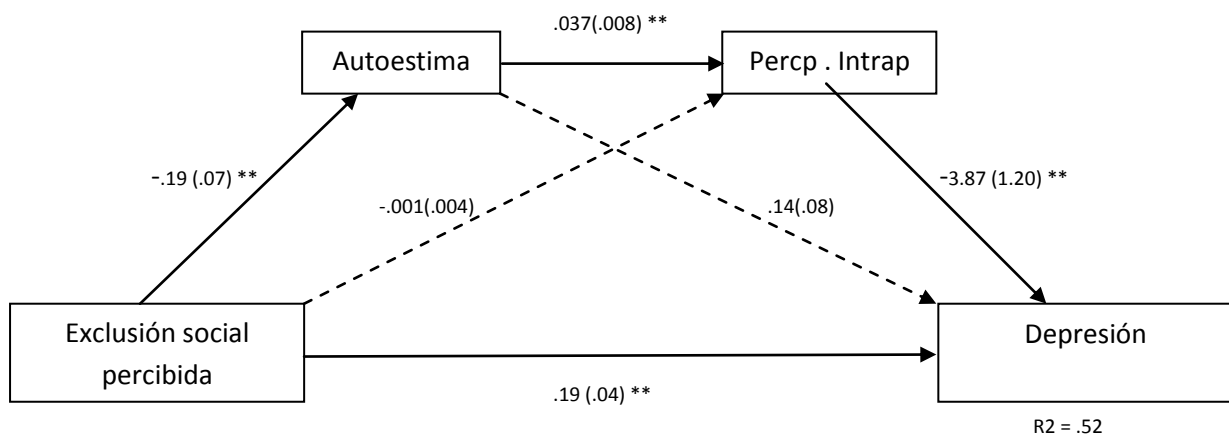


Figura 9. La autoestima y la percepción intrapersonal median el efecto de la exclusión social percibida sobre la depresión en madres solteras en España.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

En cuanto a la variable ansiedad, el efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre esta variable no se ve moderado por ninguna de las dimensiones de IE.

Como se puede observar, para el grupo de comparación, la inteligencia emocional, a través de su dimensión regulación y percepción intrapersonal, también actúa como variable protectora, pero en este caso en función del efecto de la autoestima sobre la depresión. En este caso, la baja autoestima, provocada por la percepción de exclusión social, solo lleva a un aumento de la depresión a través de la disminución de la percepción intrapersonal. Además, la baja regulación de las emociones permite que la baja autoestima, inducida por la percepción de exclusión social, produzca altos niveles de depresión en las madres solteras en España, mientras que la alta regulación de las emociones lo limita y lo elimina.

En resumen, la regulación de emociones es la única dimensión de la IE que interfiere a nivel del efecto indirecto de la percepción de exclusión social sobre las variables psicológicas en ambas muestras. Sin embargo, este efecto se produce de forma diferente. En la muestra de interés, la regulación de emociones condiciona el efecto indirecto que tiene la exclusión social percibida, a través de la autoestima, tanto sobre la ansiedad, como la depresión, condicionando el efecto de la exclusión social sobre la autoestima. Mientras que en el grupo de comparación, la regulación de emociones condiciona solo el efecto indirecto de la exclusión social sobre la depresión, condicionando el efecto de la autoestima sobre la depresión. Además en ambas muestras la alta regulación de emociones limita este efecto indirecto, mientras que la baja regulación de emociones lo facilita.

***Hipótesis 6: Las variables cognitivas mediarán la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión en ambos grupos.***

***H.6.1. Esperamos que la exclusión social se relacione de forma negativa con estrategias de manejo adecuado y de forma positiva con estrategias de manejo inadecuado.***

En primer lugar se analizarán los resultados en relación al *grupo de interés*. Los resultados obtenidos a nivel de las dimensiones secundarias indican que aunque se produce una relación negativa entre la percepción de exclusión social y las estrategias de manejo adecuado, y una relación positiva entre la percepción de exclusión social y las estrategias de manejo inadecuado, estas correlaciones no son estadísticamente significativas.

Sin embargo, en cuanto a las dimensiones primarias, encontramos que el pensamiento desiderativo correlaciona de forma positiva, y estadísticamente significativa, con privación material, participación social inadecuada y percepción de exclusión social total ( $r = .378$ ;  $p < .001$ ,  $r = .256$ ;  $p < .005$  y  $r = .318$ ;  $p < .001$ , respectivamente). Por otra parte, se observa que a mayor apoyo social y menor evitación de problemas, mayor acceso inadecuado a los recursos sociales ( $r = .226$ ;  $p < .005$ ,  $r = -.217$ ;  $p < .005$ , respectivamente). Así nuestra hipótesis solo se cumple a nivel de las dimensiones primarias para este grupo.

A continuación se expondrán los resultados en relación al *grupo de comparación*. En los resultados del análisis de correlación se puede comprobar que las estrategias de manejo adecuado basado en problemas se relacionan de forma negativa y estadísticamente significativa con la dimensión acceso inadecuado a los derechos sociales de la variable exclusión social percibida, mientras que las estrategias de manejo inadecuado basado en



emociones se relacionan de forma positiva con participación social inadecuada. (véase tabla 31).

Tabla 31. Coeficientes de correlación de Pearson entre los factores de exclusión social percibida y estrategias de afrontamiento secundarias en el grupo de comparación.

	Exc. Socl. Total.	Priv. Materl.	Acceso inade. Recursos	Partcp. Socl. Inade.	Integ. Normtv. Inadec.	Excl.. socl. General.
M.A.P	-.163	.083	-.411**	-.217	-.085	-.105
M.A.E	-.120	-.125	-.144	-.166	.001	-.005
M.INA.P	.128	.099	-.096	.185	.164	.108
M.INA. E	.168	.076	-.039	.302*	.119	.125

Nota : \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; M.A.P: Manejo adecuado de problemas; M.A.E: manejo adecuado de emociones; M.INA.P: manejo inadecuado de problemas; M.INA.E: Manejo inadecuado de emociones

En cuanto a las dimensiones primarias, encontramos que la resolución de problemas y reestructuración cognitiva se relacionan negativamente con acceso inadecuado a los recursos sociales ( $r = -.372$ ;  $p < .001$  y  $r = -.331$ ;  $p < .001$ , respectivamente). Y la participación social inadecuada se relaciona positivamente con el pensamiento desiderativo y retirada social ( $r = .334$ ;  $p < .001$  y  $r = .321$ ;  $p < .001$ ) y negativamente con reestructuración cognitiva y apoyo social ( $r = -.294$ ;  $p < .005$  y  $r = -.287$ ;  $p < .005$  respectivamente). Y a nivel de exclusión social total encontramos que solo se correlaciona positivamente con retirada social ( $r = .263$ ;  $p < .005$ ).

En resumen, los resultados indican que las madres solteras en Marruecos, que tienen mayor pensamiento desiderativo, informan de mayor privación material, mayor participación social inadecuada y perciben mayor exclusión social total. Mientras que las

madres que tienen menos apoyo social y evitan más los problemas y tienen menos dificultad de acceso a los recursos sociales.

En cuanto a las madres solteras en España, los resultados muestran que las madres que informan mayor percepción de exclusión social, son madres que tienden a retirarse de la sociedad. Y que las madres que tienen mayor dificultad en el acceso a los recursos sociales, utilizan menos estrategias de manejo adecuado basado en problemas, sobre todo por el uso de una menor resolución de problemas y menor reestructuración cognitiva. Además encontramos que las madres que utilizan, de forma general, estrategias inadecuadas basadas en emociones experimentan mayor dificultad a la hora de integrarse y participar en la sociedad, en concreto, encontramos que estas madres tienen más pensamientos desiderativos y mayor retirada social, y utilizan menos la reestructuración cognitiva y el apoyo social de su entorno.

***H.6.2. Esperamos que las estrategias de manejo adecuado se relacionen con menor ansiedad y depresión, mientras que las estrategias de manejo inadecuado se relacionarán con mayor ansiedad y depresión.***

Mediante el análisis de correlación de Pearson hallamos que en el grupo de interés las estrategias de manejo adecuado basado en problemas se relacionan de forma negativa y estadísticamente significativa con ansiedad y depresión. Mientras que las estrategias de manejo inadecuado de emociones se relacionan con ansiedad y depresión de forma positiva.

En cuanto al grupo de comparación, encontramos que las estrategias de manejo inadecuadas basado tanto en problemas como en emociones correlacionan positivamente

con ansiedad y depresión, y las estrategias de manejo adecuado basado en problemas se correlacionan negativamente con depresión (véase tabla 32).

Tabla 32: Coeficientes de correlación de Pearson entre dimensiones secundarias de estrategias de afrontamiento y ansiedad, y entre estrategias de afrontamiento secundarias y depresión en ambos grupos.

	Marruecos		España	
	Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Manejo adecuado basado en Problemas	-.418**	-.520**	-.177	-.266*
Manejo adecuado basado en Emociones	-.071	-.182	-.111	-.145
Manejo inadecuado basado en problemas	.073	.007	.456**	.370**
Manejo inadecuado basado en emociones	.309**	.288**	.431**	.380**

Nota : \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

En cuanto a las dimensiones primarias, encontramos que, en el *grupo de interés*, la ansiedad se relaciona de forma positiva con autocrítica y pensamiento desiderativo, y de forma negativa con reestructuración cognitiva. Mientras que la depresión se relaciona de forma positiva con autocrítica, y de forma negativa con resolución de problemas, reestructuración cognitiva y expresión de emociones. A nivel del grupo de comparación encontramos que tanto la ansiedad como la depresión se relacionan de forma positiva con autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social (Véase tabla 33).

Así, nuestra hipótesis se cumple en gran parte, los resultados muestran que las madres solteras en Marruecos que utilizan en mayor medida estrategias de manejo adecuado basado en problemas a través de una mayor resolución de problemas y mayor reestructuración cognitiva, informan de niveles más bajos de ansiedad y depresión, mientras

que las que utilizan estrategias de manejo inadecuado basado en emociones a través de la autocrítica informan niveles más altos de ansiedad y depresión. En cuanto a las madres solteras en España, observamos un patrón de respuesta similar al anterior, siendo la autocrítica, la retirada social y el pensamiento desiderativo los que más se asocian con niveles altos de ansiedad y depresión.

Tabla 33: Coeficientes de correlación de Pearson entre dimensiones primarias de estrategias de afrontamiento y ansiedad, y entre estrategias de afrontamiento primarias y depresión en ambos grupos.

	Marruecos		España	
	Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión
Resolución problema	-.195	-.339**	-.231	-.226
Autocrítica	.325**	.303**	.383**	.346**
Expresión de emociones	-.170	-.306**	.032	-.052
Pensamiento desiderativo	.336**	.160	.445**	.358**
Apoyo social	.018	-.036	-.193	-.170
Reestructuración cognitiva	-.433**	-.472**	-.073	-.202
Evitación problemas	-.179	-.123	.133	.116
Retirada social	.140	.131	.390**	.334**

Nota : \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

***H.6.3. Esperamos que las estrategias de afrontamiento utilizadas moderen la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión.***

Los resultados obtenidos mediante el análisis de moderación, a nivel del grupo de interés, indican que las estrategias de afrontamiento, tanto adecuadas como inadecuadas,

no interfieren en el efecto de la percepción de exclusión social sobre la ansiedad, y la depresión.

En cuanto al grupo de comparación, en los resultados del análisis de moderación comprobamos que las estrategias de manejo inadecuado de problemas moderan la relación entre la percepción de exclusión social y los niveles de ansiedad experimentados. Se produce una interacción estadísticamente significativa entre la percepción de exclusión social y las estrategias de manejo inadecuado de problemas ( $B = -.1690$ ;  $se = .0837$ ;  $t = -2.0183$ ;  $p = .0484$ ) (véase figura 10).

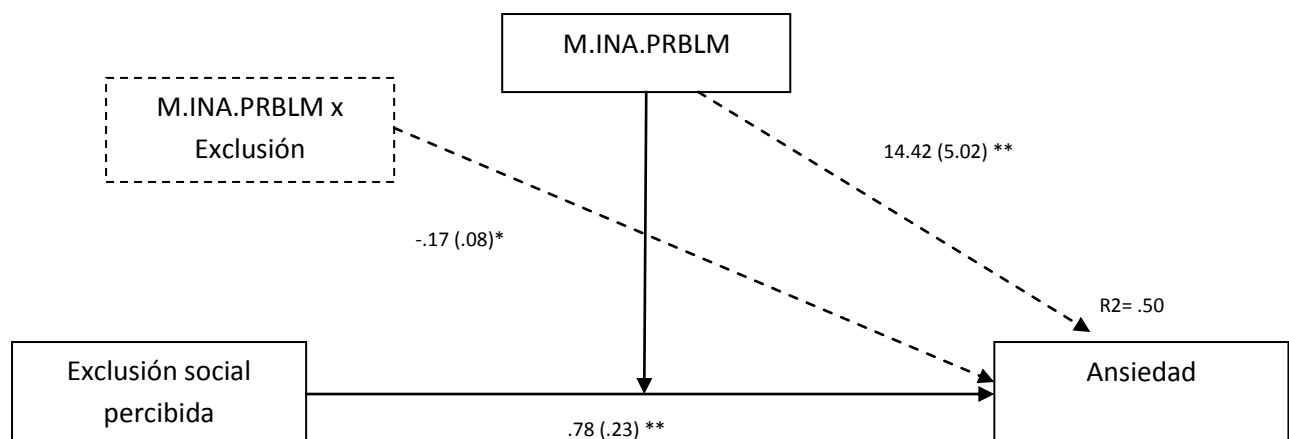
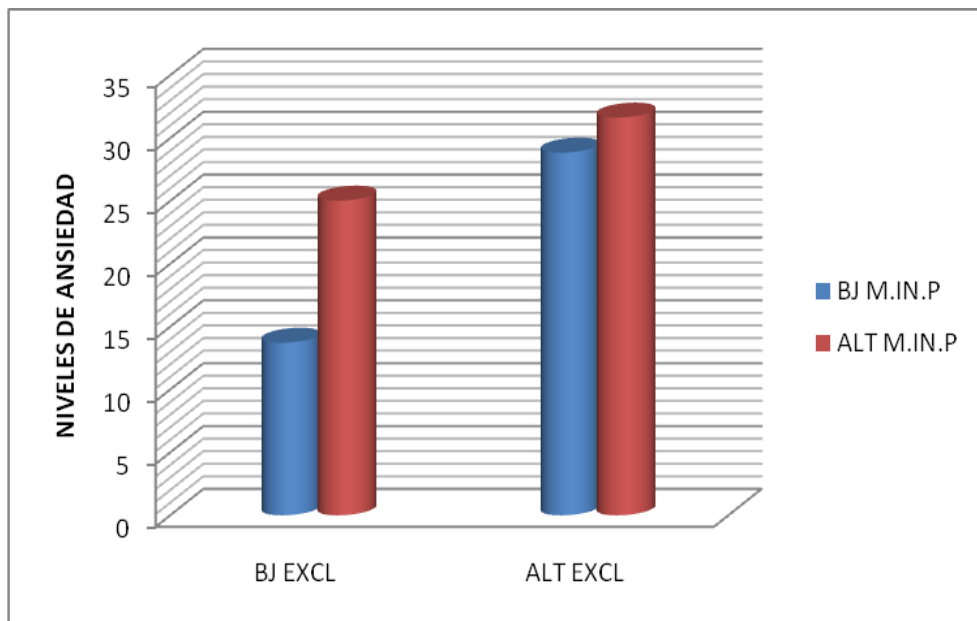


Figura 10. Moderación de las estrategias de manejo inadecuado basado en problemas sobre el efecto de la exclusión social percibida en la ansiedad en madres solteras en España.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $** p < .01$ ;  $* p < .05$ .

Como podemos observar en la grafica nº 16. Cuando las madres solteras perciben una baja exclusión social y utilizan mas estrategias de manejo inadecuado basado en problemas, informan niveles más altos de ansiedad que las madres solteras que utilizan menos estas estrategias. Aunque en menor magnitud, este mismo efecto se observa también cuando se percibe una alta exclusión social.



Grafica 16. Niveles de ansiedad en función de los niveles de estrategias de manejo inadecuado basado en problemas y exclusión social percibida en el grupo de comparación.

En cuanto a las demás dimensiones de las estrategias de afrontamiento, comprobamos que no interfieren en la relación entre exclusión social percibida y ansiedad, y entre exclusión social percibida y depresión.

Por tanto, los resultados obtenidos, en cuanto a la variable estrategias de afrontamiento, arrojan que el efecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad está condicionado por la utilización, en mayor o menor medida, de las estrategias de afrontamiento inadecuado basado en problemas.

Esto implica que nuestra hipótesis no se cumple para todas las dimensiones de las estrategias de afrontamiento secundarias, produciéndose solo una interacción significativa entre la percepción de exclusión social y las estrategias de manejo inadecuado de problemas en el grupo de comparación.

***H.6.4: Esperamos que la conceptualización que se realiza de la exclusión social percibida modere la relación entre exclusión social percibida y ansiedad, y entre exclusión social y depresión.***

Para comprobar esta hipótesis, llevamos a cabo los siguientes análisis en ambas muestras de forma separada. En primer lugar, realizamos análisis de correlación para comprobar la relación entre las dimensiones de conceptualización del rechazo y la percepción de exclusión social, la relación entre las dimensiones de conceptualización de rechazo y ansiedad, y la relación entre las dimensiones de conceptualización de rechazo y depresión. Asimismo, queremos comprobar si las dimensiones de conceptualización del rechazo experimentado moderan o interfieren en la relación entre exclusión social percibida y ansiedad, y entre exclusión social y depresión, para lo cual realizamos análisis de moderación y análisis de mediación.

A continuación se expondrán los resultados para cada grupo por separado.

En cuanto al *grupo de interés*, los resultados indican una relación negativa y estadísticamente significativa entre las expectativas de recuperar la relación y la depresión ( $r = -.309$ ;  $p < .005$ ) y una relación positiva entre el grado de agudeza del rechazo percibido y la depresión ( $r = .298$ ;  $p < .005$ ). También hallamos que el grado de costes percibidos se relacionan de forma positiva y estadísticamente significativa, con la dimensión participación social inadecuada, con exclusión social general y exclusión social percibida total ( $r = .345$ ;  $p < .001$  y  $r = .277$ ;  $p < .005$ ; y  $r = .336$ ;  $p < .001$  respectivamente) y que las expectativas de recuperar las relaciones perdidas se relaciona de forma negativa y estadísticamente significativa con exclusión social general ( $r = -.291$ ;  $p < .005$ ). Por otra parte, no se ha

encontrado ninguna relación significativa entre las dimensiones de conceptualización de rechazo y ansiedad.

Así, los resultados muestran que la percepción de altos costes asociados al rechazo experimentado se asocia con una alta participación social inadecuada, alta percepción de exclusión social general, y alta exclusión social total. Y que al tener menos expectativas de recuperar las relaciones perdidas se percibe mayor exclusión social total también.

Aunque se han hallado correlaciones significativas entre las variables consideradas, los resultados obtenidos mediante los análisis de mediación y de moderación indican que ninguna de las dimensiones de la conceptualización del rechazo, consideradas en este estudio, interfiere en la relación entre la percepción de la exclusión social y la ansiedad, y la relación entre percepción de exclusión social y depresión.

En relación con el grupo de comparación, no encontramos ninguna correlación, estadísticamente significativa, entre las variables consideradas. Al igual, los análisis de mediación y de moderación no arrojan ningún resultado significativo. Por tanto, nuestra hipótesis no se cumple a ningún nivel.

***Hipótesis 7: La CH moderará la relación entre exclusión social y ansiedad y, entre exclusión social y depresión pero solo en el grupo de interés.***

En primer lugar, analizamos la relación entre las dimensiones de CH y ansiedad, y entre las dimensiones de CH y depresión, mediante el análisis de correlación de Pearson. Los resultados indican que no se produce ninguna relación, estadísticamente significativa entre las variables consideradas a nivel del grupo de interés.



A continuación procedemos a analizar directamente, si la CH o alguna de sus dimensiones interfieren en la relación entre exclusión social percibida y ansiedad, y la relación entre exclusión percibida y depresión.

Los resultados obtenidos mediante un análisis de moderación indican que el honor femenino, modera la relación entre la exclusión social percibida y la depresión. La interacción entre exclusión social percibida y honor femenino, es estadísticamente significativa ( $B = -17.3371$ ;  $se = 7.87$ ;  $t = -2.011$ ;  $p = .0307$ ), (Véase figura 11).

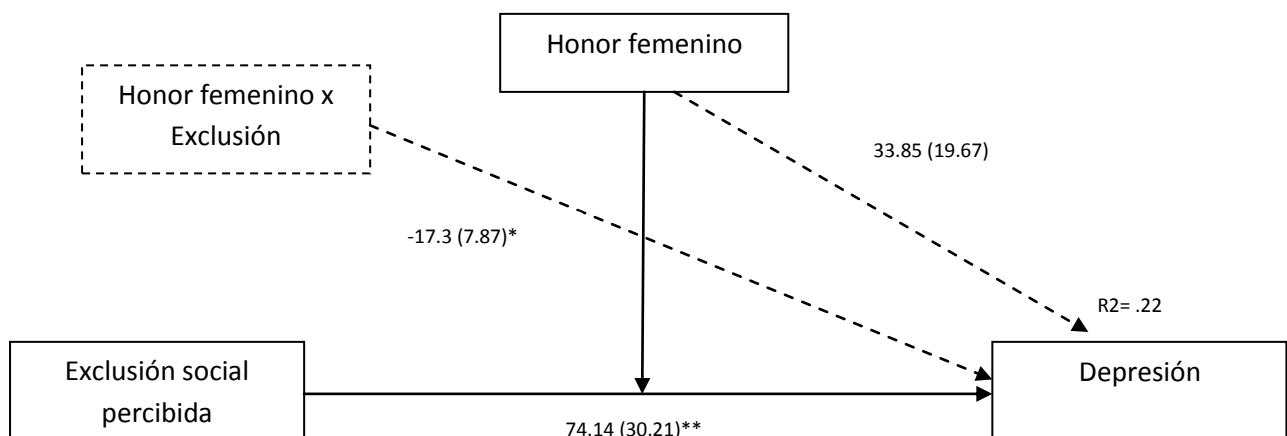
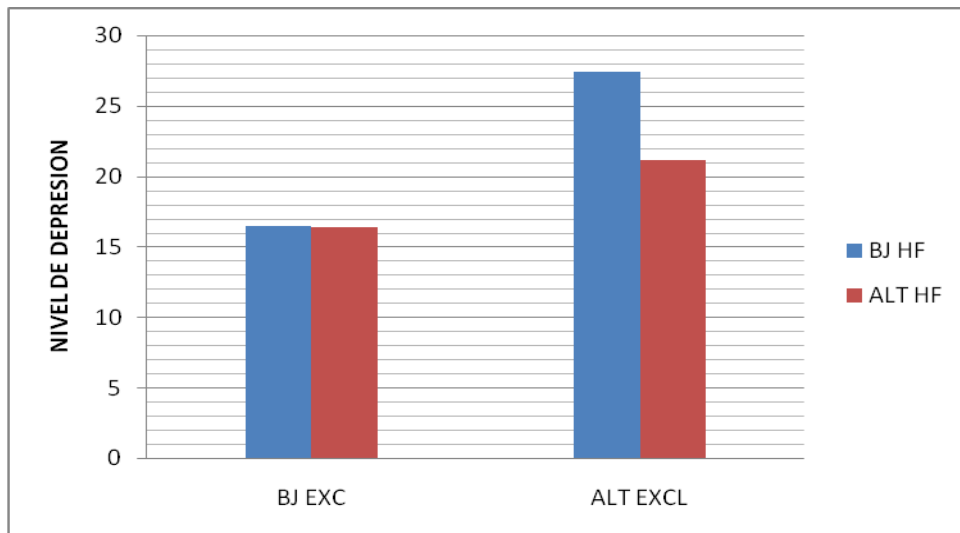


Figura nº 11. Honor femenino moderando el efecto de la exclusión social percibida sobre la depresión en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

Como podemos observar en la grafica 17, La percepción de exclusión social produce un aumento de depresión cuando se atribuye una baja importancia al honor femenino ( $B = 10.851$  (2.43),  $t = 4.46$ ;  $p = .000$ ), mientras que cuando se atribuye una alta importancia al honor femenino, el efecto se reduce ( $B = 4.796$  (2.40),  $t = 1.99$ ;  $p = .0498$ ) (véase grafica 17).



Grafica 17. Niveles de depresión en función de los niveles de honor femenino y exclusión social percibida en el grupo de interés.

En la misma línea, la dimensión honor neutro, interfiere de la misma manera en la relación entre las variables consideradas. La interacción entre exclusión social percibida y honor neutro es estadísticamente significativa ( $B = -78.0487$ ;  $se = 31.6031$ ;  $t = -2.4697$ ;  $p = .0157$ ), (Véase la figura 12).

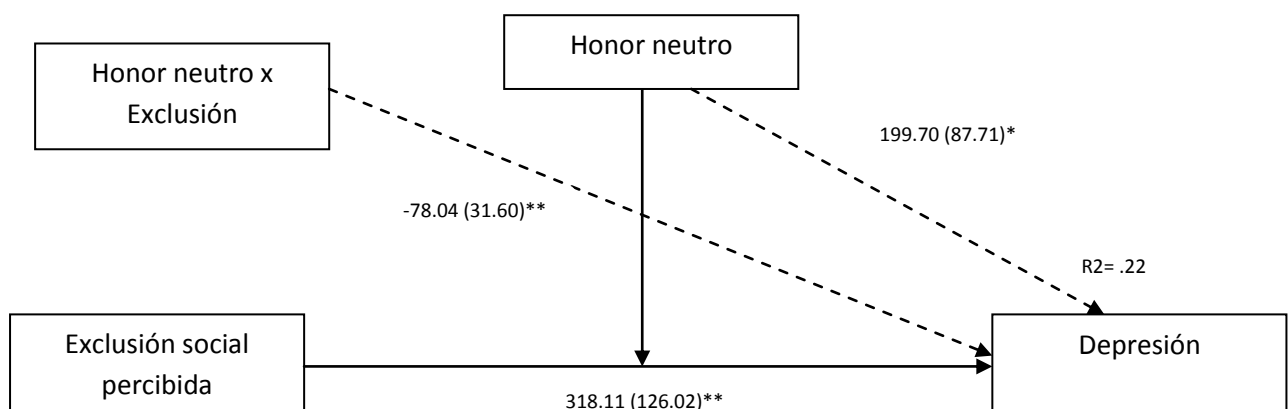
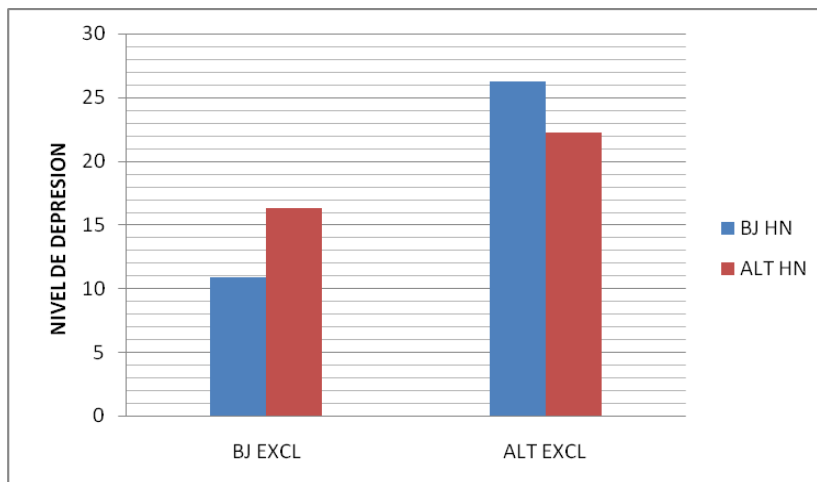


Figura 12. Honor neutro moderando el efecto de la exclusión social percibida sobre la depresión en madres solteras en Marruecos

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

La percepción de una alta exclusión social provoca mayor depresión cuando se atribuye una baja importancia al honor neutro ( $B = 15.193$  (3.91),  $t = 3.88$ ;  $p = .0002$ ), que cuando se atribuye una alta importancia al honor ( $B = 5.918$  (2.05),  $t = 2.87$ ;  $p = .0052$ ) (véase grafica 18).



Grafica 18. Niveles de depresión en función de los niveles de honor neutro y exclusión social percibida en el grupo de interés.

Y para comprobar si las dos dimensiones interfieren de forma simultánea o de forma separada, realizamos un tercer análisis de moderación incluyendo ambas dimensiones en la misma ecuación. Los resultados obtenidos indican que ambas interacciones dejan de ser estadísticamente significativas en honor femenino ( $B = -11.07$  (9.39),  $t = -1.17$ ,  $p = .242$ ) y honor neutro ( $B = -49.55$  (37.51),  $t = -1.32$ ,  $p = .190$ ).

En cuanto al efecto de la exclusión social sobre la ansiedad, comprobamos que la CH no interfiere de forma significativa a ningún nivel de la relación.

En resumen, encontramos que la cultura de honor, a través de sus dos dimensiones (honor femenino y honor neutro) condiciona el efecto de la exclusión social percibida sobre

la depresión. Atribuir una alta importancia al honor neutro, o al honor femenino ejerce como una variable protectora ante la depresión.

Los resultados anteriores, nos llevaron a considerar la necesidad de profundizar en los resultados planteando nuevas hipótesis que implican la integración de las hipótesis anteriormente testadas.

***Hipótesis 8: Las variables emocionales y cognitivas interferirán de forma simultánea en el efecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad y la depresión.***

***H.8.1. Esperamos que las estrategias de afrontamiento y las variables emocionales interfieran de forma simultánea en la relación entre exclusión social y ansiedad, y entre exclusión social y depresión.***

Así, creemos que la relación entre la percepción de exclusión social y los niveles de ansiedad y de depresión experimentados no se produce de forma lineal y tampoco a través de la mediación o moderación de las variables emocionales y cognitivas de forma separada, sino más bien es una relación más compleja donde todas estas variables interfieren de una forma simultánea.

Basándose en los resultados obtenidos anteriormente, realizamos análisis de mediación moderada, y de mediación múltiple integrando ambos bloques de variables (cognitivo y emocional).

En concreto, procedemos a analizar si el efecto indirecto de la percepción de exclusión social sobre la ansiedad y la depresión, a través de la autoestima, está condicionado por otra variable de tipo cognitivo.

Efectivamente, en cuanto al grupo de interés, hallamos que la percepción de exclusión social tiene un efecto indirecto sobre la ansiedad y la depresión a través de la autoestima, y las estrategias de manejo adecuado de problemas, que procesan en serie. ( $B = .0271$  (.017),  $CI95\% = .0045, .0793$ ), y ( $B = .7902$  (.44),  $CI95\% = .1553, 2.1334$ ) respectivamente.

La percepción de exclusión social produce una disminución de autoestima, esta baja autoestima a su vez provoca un aumento en los niveles de ansiedad y depresión a través de la disminución de las estrategias de manejo adecuado basado en problemas (véase figura 13).

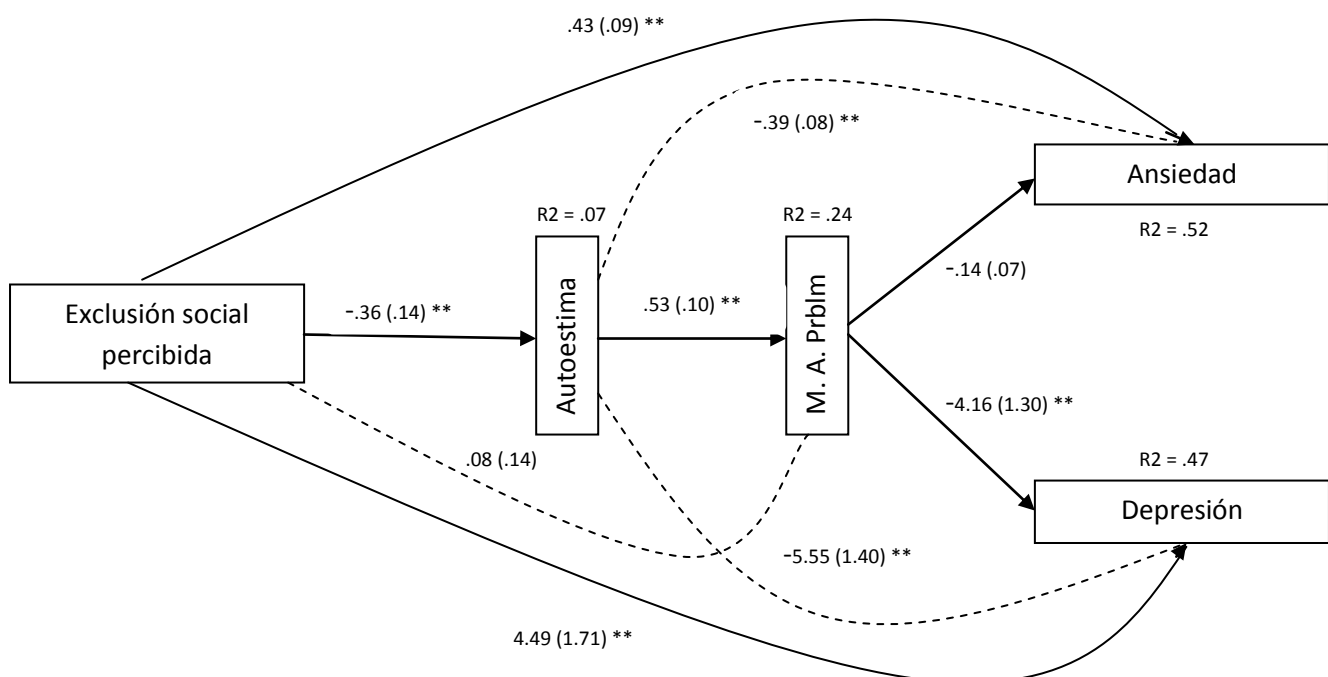


Figura 13. La autoestima y el manejo adecuado basado en problemas median el efecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad y depresión en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

Sin embargo, los análisis de contraste de los efectos indirectos indican que el efecto indirecto sobre la ansiedad así como sobre la depresión, a través de la autoestima de forma aislada, es estadísticamente superior al efecto indirecto a través de las dos variables ( $B = .1157$  (.056),  $CI95\% = .0208, .2478$ ) y ( $B = 1.1967$  (.84),  $CI95\% = .0483, 3.4970$ ) respectivamente.

En cuanto a las demás dimensiones, comprobamos que el efecto indirecto de la percepción de exclusión social sobre la ansiedad y la depresión, se produce también a través de la mediación de la autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de emociones, que procesan en este caso de forma paralela, ( $B = .2309$  (.083),  $CI95\% = .0824, .4066$ ) y ( $B = 3.7553$  (1.64),  $CI95\% = .9663, 7.4446$ ) respectivamente.

Los resultados del análisis de mediación múltiple, indican que la mediación de estas dos variables se produce de forma paralela. La exclusión social tiene un efecto indirecto sobre la ansiedad a través de la autoestima ( $B = .1714$  (.03),  $CI95\% = .0388, .3205$ ) y a través de las estrategias de manejo inadecuado de emociones ( $B = .0595$  (.037),  $CI95\% = .0035, .1583$ ). Además, tiene un efecto indirecto sobre la depresión a través de la autoestima ( $B = 2.7992$  (1.39),  $CI95\% = .3723, 5.8530$ ) y a través de las estrategias de manejo inadecuado de emociones ( $B = .9562$  (.64),  $CI95\% = .0598, 2.5859$ ). Dando lugar a un efecto total de  $B = .5901$  (.116),  $t = 5.06$ ,  $p = .000$ ,  $CI95\% = .3581, .8222$ , sobre ansiedad y un efecto total de  $B = 6.9911$  (2.10),  $t = 3.32$ ,  $p = .0014$ ,  $CI95\% = 2.8006, 11.1816$  sobre depresión.

Aunque la exclusión social no predice, de forma significativa, el uso de estrategias de manejo inadecuado basado en emociones, su efecto indirecto sobre la ansiedad y sobre la

depresión, a través de esa variable es estadísticamente significativo al incluir la variable autoestima en la ecuación.

Realizamos un análisis de mediación múltiple en cadena, y los resultados indican que el efecto indirecto sobre la ansiedad y sobre la depresión, a través de la autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de emociones, procesando en serie, no es estadísticamente significativo  $B = -.0015$  (.010),  $CI95\% = -.0243, .0191$  y  $B = -.0220$  (.169),  $CI95\% = -.4367, .2812$ ) respectivamente (véase figura 14 y 15).

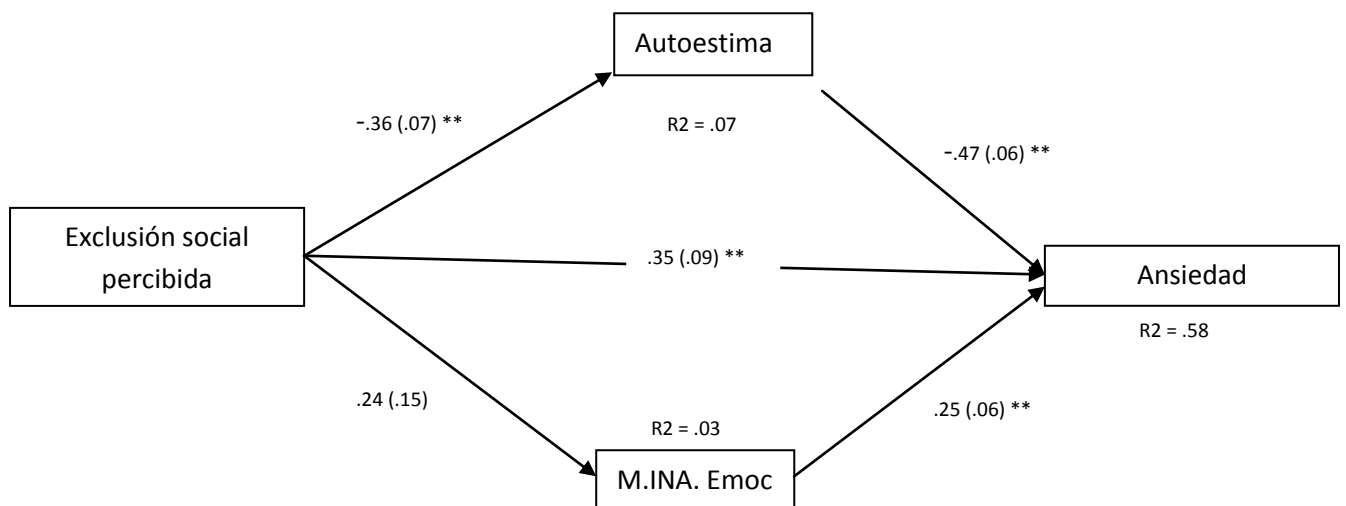


Figura 14. La autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de emociones mediando el efecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

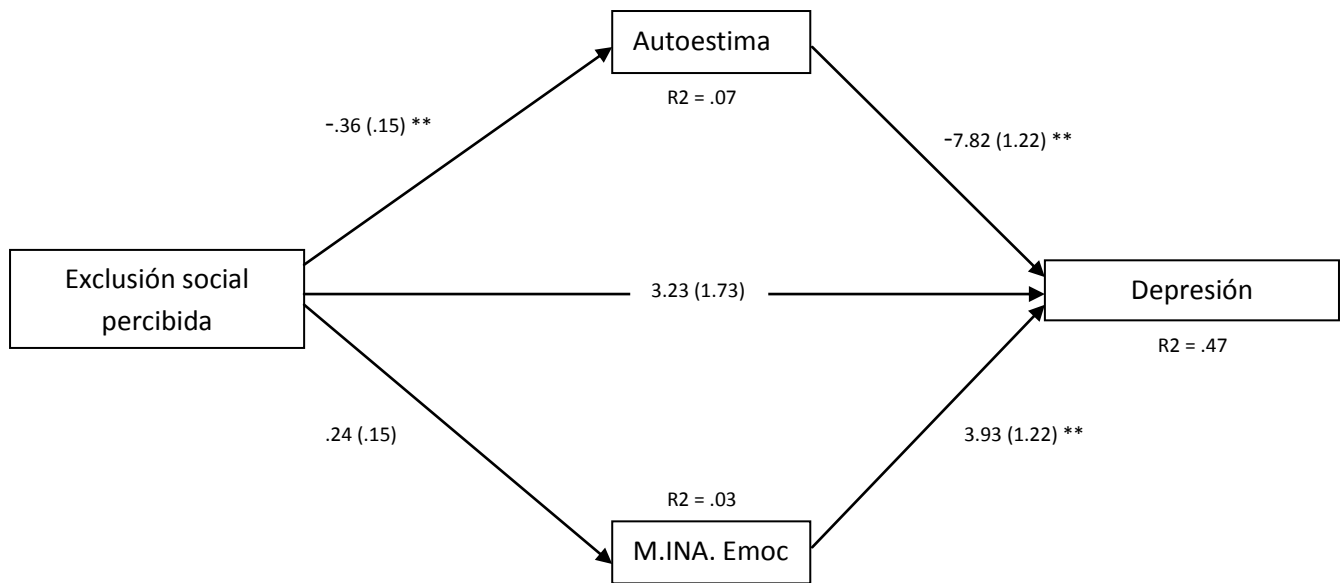


Figura 15. La autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de emociones mediando el efecto de la exclusión social percibida sobre la depresión en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

Aunque las estrategias de manejo inadecuado de emociones solo median la relación entre la percepción de exclusión social y ansiedad, y entre la percepción de exclusión social y depresión, cuando incluimos la variable autoestima en la ecuación, los análisis de contraste de los efectos indirectos indican que no se producen diferencias significativas entre los dos efectos indirectos tanto sobre ansiedad ( $B = .1119 (.079)$ ,  $CI95\% = -.0525, .2678$ ), como sobre depresión ( $B = 1.8430 (1.40)$ ,  $CI95\% = -.7857, 4.7902$ ).

Por tanto, la exclusión social produce un efecto sobre la ansiedad y la depresión a través tanto de la autoestima como del manejo inadecuado de emociones de forma similar.

A continuación se expondrán los resultados en relación al *grupo de comparación*.



Los resultados obtenidos indican que las estrategias de manejo inadecuado basado en emociones, y las estrategias de manejo inadecuado de problemas interfieren en el efecto indirecto que tiene la percepción de exclusión social sobre estas dos variables, a través de la autoestima (véase figura 16).

En concreto, y mediante el análisis de mediación múltiple, hallamos que en el grupo de comparación, la percepción de exclusión social tiene un efecto directo sobre la ansiedad y la depresión y otros dos indirectos a través de la autoestima ( $B = .078 (.0388)$ ,  $CI95\% = .0196, .1748$ ) y ( $B = .0438 (.027)$ ,  $CI95\% = .0087, .1178$ ) respectivamente, y a través de la autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de emociones, procesando en serie ( $B = .0159 (.013)$ ,  $CI95\% = .0023, .0555$ ) y ( $B = .0112 (.010)$ ,  $CI95\% = .0013, .0459$ ) respectivamente. Dando lugar a un efecto total sobre la ansiedad de  $B = .3636 (.06)$ ,  $t = 5.30$ ,  $p = .000$ ,  $CI95\% = .2262, .5009$  y un efecto total de  $B = .2538 (.05)$ ,  $t = 5.15$ ,  $p = .000$ ,  $CI95\% = .1552, .3523$  sobre la depresión.

En resumen, la percepción de exclusión social disminuye la autoestima, la baja autoestima lleva a la utilización de estrategias de manejo inadecuado de emociones en mayor medida, lo que a su vez provoca un aumento en los niveles de ansiedad y de depresión. (Mediación en cadena)

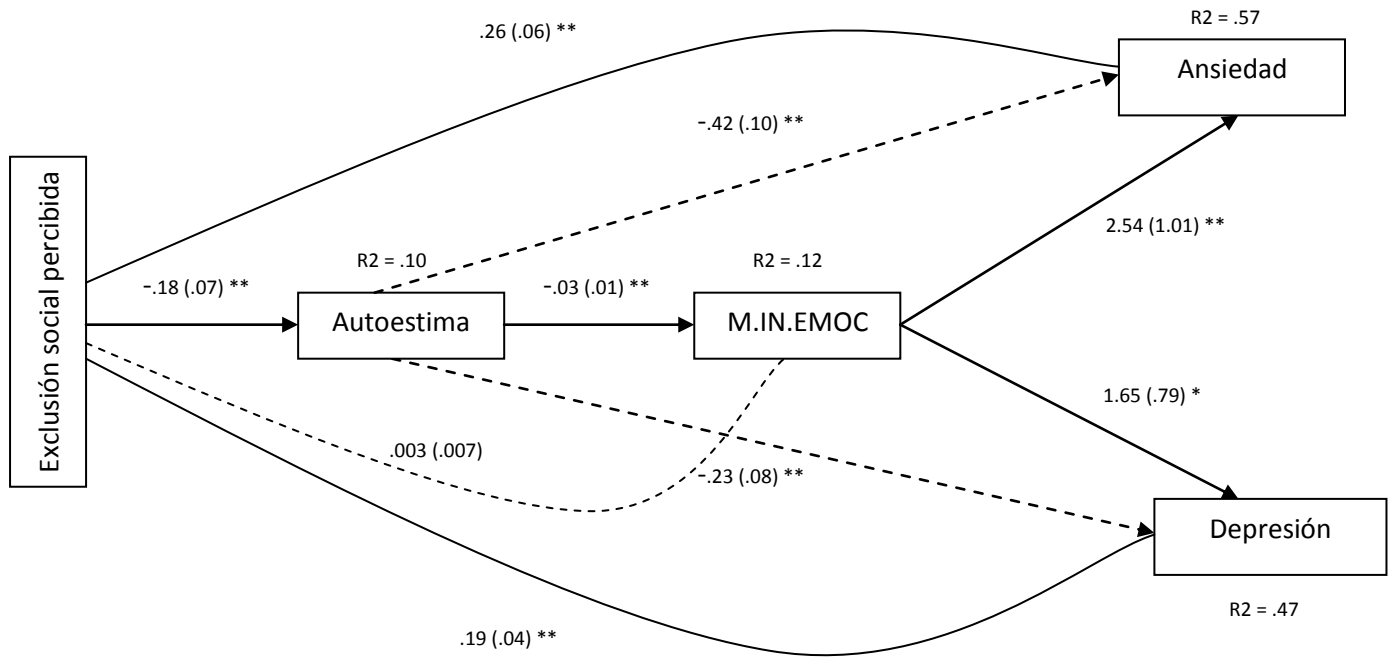


Figura 16. La autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de emociones mediando el efecto de la exclusión social percibida sobre la ansiedad y la depresión en madres solteras en España.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $** p < .01$ ;  $* p < .05$ .

Sin embargo, los resultados de los contrastes de los efectos indirectos indican que el efecto indirecto que tiene la exclusión social percibida sobre la ansiedad a través de la autoestima de forma aislada, es estadísticamente superior que el efecto indirecto a través de la autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de emociones cuando procesan en serie ( $B = .0621 (.03)$ ,  $CI95\% = .0130, .1577$ ).

En cuanto a la variable *depresión*, no se producen diferencias significativas entre los dos efectos indirectos.

En la misma línea, comprobamos que las estrategias de manejo inadecuado de problemas interfieren también a nivel del efecto indirecto de la percepción de exclusión social sobre la ansiedad y la depresión, a través de la autoestima.

Con relación a la percepción de exclusión social, comprobamos que, además del efecto indirecto que tiene a través de la autoestima sobre la ansiedad y sobre la depresión, tiene un efecto indirecto a través de la autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de problemas, que procesan en serie ( $B = .0148 (.012)$ ,  $CI95\% = .0021, .0574$ ) y  $B = .0111 (.008)$ ,  $CI95\% = .0021, .0394$ ) respectivamente. Es decir, la percepción de exclusión social disminuye la autoestima, la baja autoestima lleva a la utilización de estrategias de manejo inadecuado de problemas en mayor medida, lo que a su vez provoca un aumento en los niveles de ansiedad y de depresión. (Mediación en cadena) (Véase figura 17)

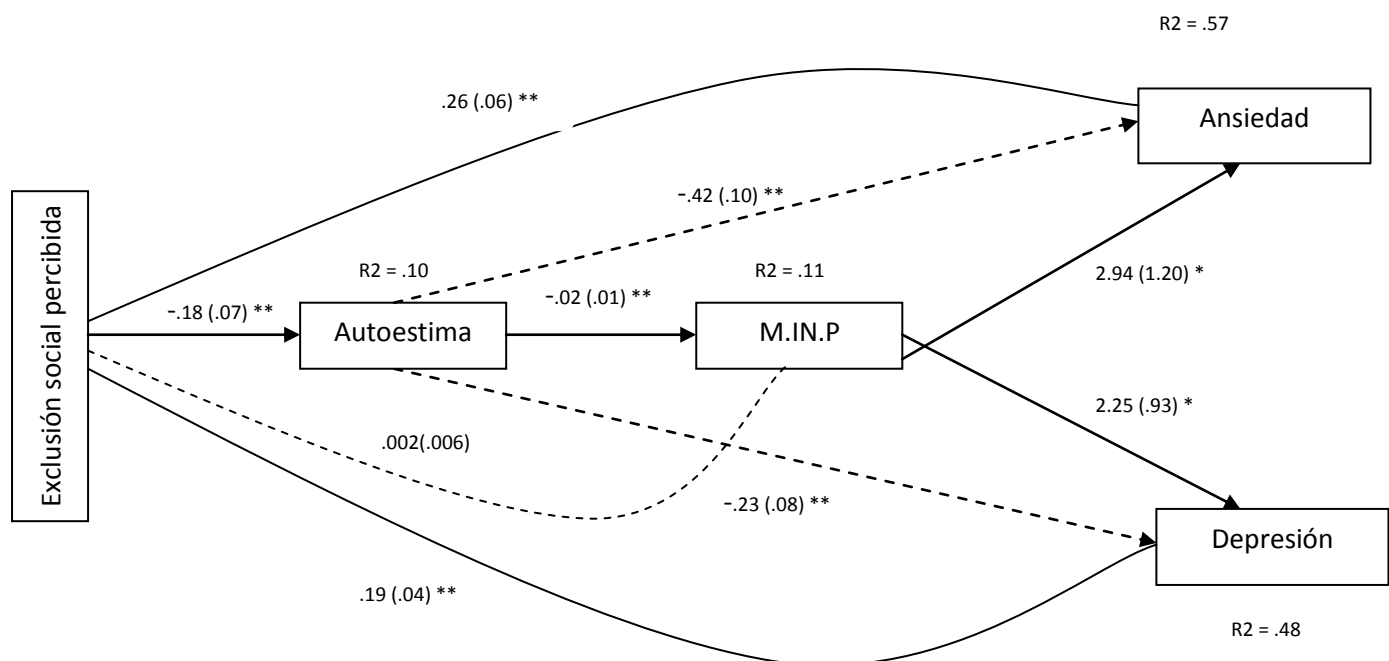


Figura 17. La autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de problemas mediando el efecto entre exclusión social percibida sobre la ansiedad y la depresión. En madres solteras en España.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados.  $** p < .01$ ;  $* p < .05$ .

Y para comprobar si se producen diferencias significativas entre ambos efectos indirectos, realizamos análisis de contrastes, y hallamos que el efecto indirecto que tiene la

exclusión social percibida tanto sobre la ansiedad, así como sobre la depresión, a través de la autoestima de forma aislada, es estadísticamente superior que el efecto indirecto a través de ambas variables ( $B = .0633$  (.037),  $CI95\% = .0095, .1594$ ) y ( $B = .0331$  (.024),  $CI95\% = .0011, .0988$ ) respectivamente.

***H.8.2. La cultura de honor y las variables emocionales interfieren de forma simultánea en el efecto de la exclusión social sobre la ansiedad y depresión en el grupo de interés.***

En cuanto a la interacción entre las variables emocionales y cultura de honor, realizamos análisis de mediación moderada, donde la autoestima interfiere como variable mediadora y el honor femenino como variable moderadora sobre la relación directa entre la exclusión social percibida y depresión.

Los resultados obtenidos indican que la autoestima media la relación entre exclusión social percibida y depresión ( $B = 2.5694$  (1.23),  $CI95\% = .3898, 5.4280$ ), mientras que la interacción entre la exclusión social percibida y el honor femenino es solo tendencial ( $B = -12.93$ ;  $se = 6.83$ ;  $t = -1.89$ ;  $p = .0624$ ).

Además, la exclusión social percibida solo produce depresión cuando se atribuye una baja importancia al honor femenino ( $B = 6.8985$ ;  $se = 2.18$ ;  $t = 3.16$ ;  $p = .0023$ ), mientras que al atribuirle una alta importancia, este efecto se elimina ( $B = 2.3504$ ;  $se = 2.13$ ;  $t = 1.09$ ;  $p = .2754$ ), (Véase la figura 18).

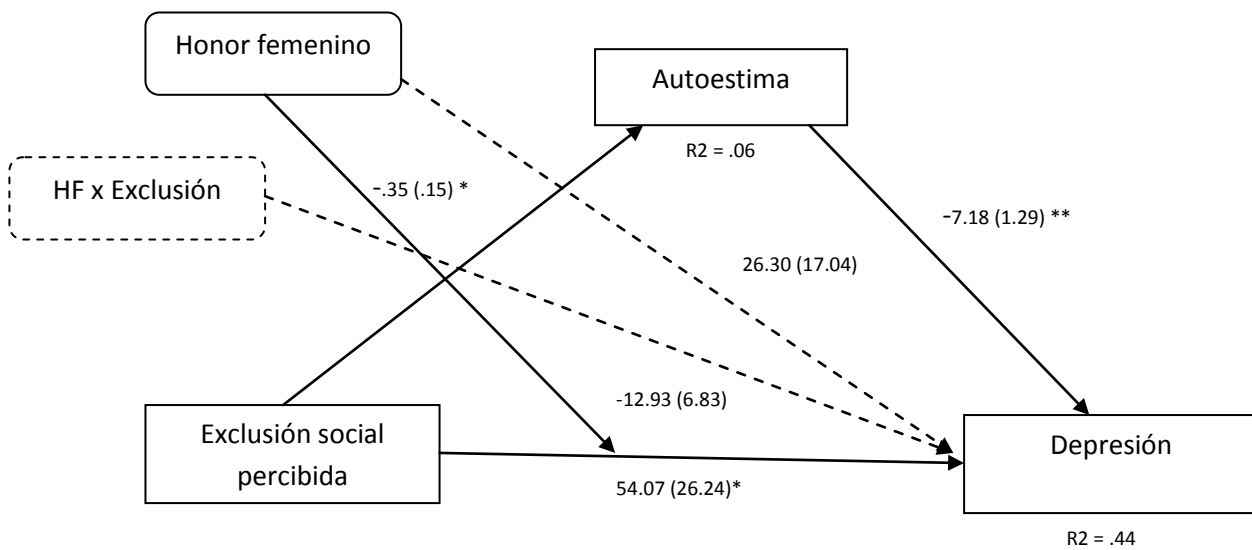


Figura 18. El honor femenino moderando el efecto directo de la exclusión social sobre la depresión, y la autoestima media la misma relación en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. . \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

A continuación realizamos los mismos análisis, pero siendo el honor neutro la variable moderadora, y hallamos que el honor neutro modera el efecto directo de la exclusión social sobre la depresión, puesto que se produce una interacción significativa entre exclusión social percibida y honor neutro ( $B = -69.97$ ;  $se = 26.51$ ;  $t = -2.63$ ;  $p = .0101$ ). Y que la autoestima media el efecto indirecto de la exclusión social sobre la depresión ( $B = 2.6770$  (1.30),  $CI_{95\%} = .3796, 5.7470$ ), de forma simultánea.

La exclusión social percibida solo provoca depresión cuando se atribuye una baja importancia al honor neutro ( $B = 11.6594$ ;  $se = 3.34$ ;  $t = 3.48$ ;  $p = .0008$ ), mientras que al atribuir una alta importancia a la cultura de honor este efecto se elimina ( $B = 3.2838$ ;  $se = 1.80$ ;  $t = 1.82$ ;  $p = .0724$ ), (Véase la figura 19).

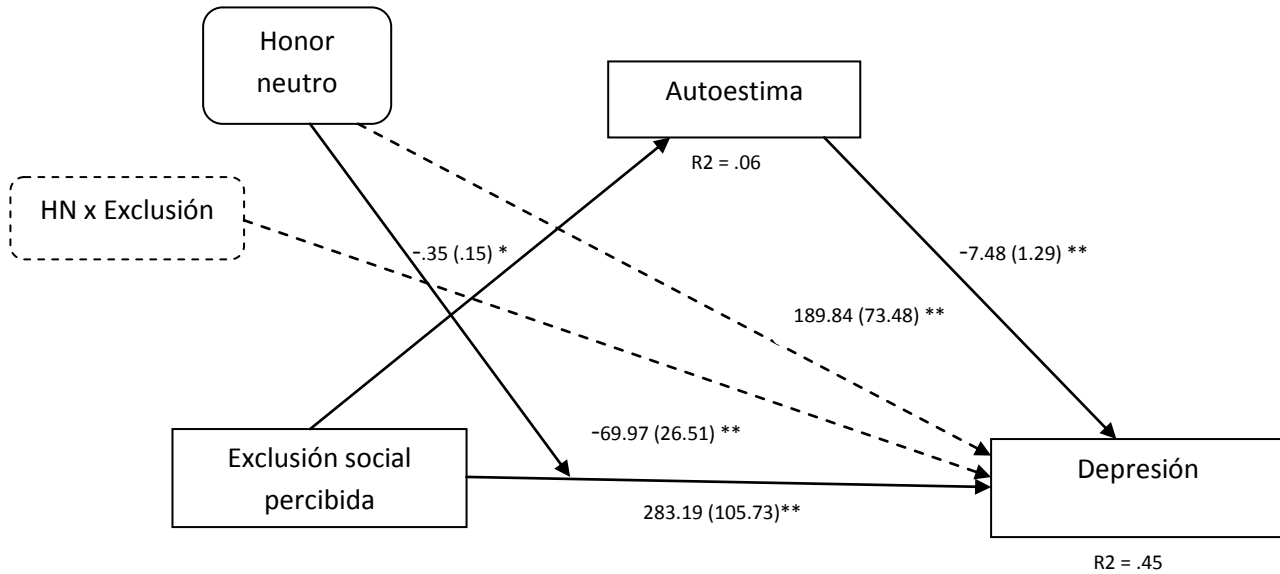


Figura 19. El honor neutro moderando el efecto directo de la exclusión social sobre la depresión, y la autoestima media la misma relación en madres solteras en Marruecos.

Nota: Los índices muestran valores no estandarizados. \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

En cuanto a la relación entre exclusión social y ansiedad, no encontramos resultados estadísticamente significativos.

En vista de estos resultados, nos encontramos con que la exclusión social percibida no explica de forma aislada los niveles de ansiedad y depresión experimentados por parte de las madres solteras en Marruecos y España. El porcentaje de la varianza explicada de la ansiedad y depresión en ambos grupos, al tener en cuenta las interferencias de las variables emocionales, cognitivas y sociales es significativamente superior a la explicada por la exclusión social de forma aislada. Podemos decir por tanto que es un proceso psicosocial.

Aunque se observa una diferencia significativa entre los dos grupos en los niveles de exclusión social, ansiedad, depresión y cultura de honor, estas variables se relacionan de

forma similar en ambos grupos, es decir, se produce un patrón de respuesta similar en ambos grupos).

## CAPÍTULO 7

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente capítulo se discutirán los principales resultados obtenidos en este estudio, así como las limitaciones y conclusiones finales que se derivan del mismo. En este sentido consideramos conveniente que la discusión de los resultados se ofrezca en función de cada hipótesis y el grupo de pertenencia para facilitar la comprensión de los mismos.

El objetivo principal de esta investigación ha sido comprobar el proceso que subyace a la relación entre la cultura de honor, exclusión social experimentada y la baja salud psicológica de las madres solteras, comprender cómo se producen estas relaciones, así como determinar las variables mediadoras implicadas en esta relación. Para ello, se han comparado dos grupos culturalmente diferentes: Marruecos donde la situación social de las madres solteras es desfavorable y se atribuye una alta importancia al honor, versus España donde su situación es más favorable y aceptada y se atribuye menos importancia al honor. Si bien el principal grupo de interés es Marruecos donde es necesario seguir avanzando en la igualdad de género, hemos considerado que el incluir un grupo de comparación donde los avances en esta materia son mayores, nos permite comprender mejor los aspectos psicosociales implicados.

De este objetivo principal se derivaron tres objetivos específicos:

En primer lugar, comparar la situación de las madres solteras en ambos grupos, y determinar las características de cada uno.



En segundo lugar, comprobar si se produce una relación significativa entre la importancia otorgada al honor, la exclusión social y la salud psicológica en los dos grupos.

Y por último, determinar la interferencia de las variables cognitivas y emocionales en la relación entre nuestras variables de interés.

Para comprobar estos objetivos se plantearon una serie de hipótesis específicas, cuyos resultados pasaremos a discutir a continuación.

Nuestra primera hipótesis, consistía en comprobar si existen diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la importancia otorgada al honor, la percepción de exclusión social, la ansiedad y la depresión manifestados, y nuestra hipótesis se cumple para todas las variables estudiadas.

En este caso las madres solteras en Marruecos conceden mayor importancia a la cultura de honor tanto de forma general, como en sus tres componentes, que las madres solteras en España, resultados congruentes con la abundante literatura al respecto, que afirma que en las culturas árabes se otorga una mayor importancia al honor (Abu-Zeid, 1965; Antoun, 1968; Bourdieu, 1968; Gilmore, 1990). Sin embargo, curiosamente observamos un cambio en la concepción del honor en ambas culturas. Generalmente, en la literatura y los trabajos realizados sobre culturas del mediterráneo, como es el caso de Marruecos y España, los atributos de honor femenino y masculino desempeñan un papel esencial en la conceptualización del honor y la explicación de las reacciones que subyacen el establecimiento de honor (Abu-Lughod, 1999; Adamopoulos, 1977; Brandes, 1980; Gilmore, 1987, 1990, Gilmore y Gwynne, 1985; Jakubowska, 1989; Murphy, 1983; Peristiany de 1965, Pitt-Rivers, 1977; Schneider, 1971; Stewart, 1994; Vassiliou y Vassiliou, 1973). Además, están

íntimamente asociados a los ideales específicos de roles de género, universalmente establecidos (Rodríguez Mosquera et al, 2002a, Rodríguez Mosquera, Manstead y Fischer, 2002b; Rodríguez Mosquera, 2011).

Sin embargo, nuestras participantes en ambas culturas, conciben una mayor importancia a los atributos de honor neutro, y menor tanto a los atributos de honor femenino, que se supone que han vulnerado sus códigos, como al honor masculino que explica la situación de rechazo que sufren en su día a día.

En cuanto a la percepción de exclusión social, las madres solteras en Marruecos perciben en mayor grado los diferentes aspectos de la exclusión social que las españolas. En general los diferentes estudios señalan que la situación de la mujer en Marruecos es bastante más desfavorecida que la situación de la mujer en España. Marruecos ocupa el puesto número 125 de una lista de 179 países en los que ser madre es, en general, un riesgo, tanto a nivel físico como social, y en el puesto 136 en el índice de brecha de género de 2017. Mientras que España está bastante más avanzada y está en el puesto 24 en el índice de brecha de género 2017 ocupando el séptimo puesto como mejor país para ser madres (State of The World's Mothers', 2015). Si a todo eso le sumamos que, en Marruecos, debido a su maternidad en solitario son consideradas como delincuentes por ley y aisladas socialmente por su comunidad por cultura, explicaría claramente la percepción de una mayor exclusión social por parte de las madres solteras en Marruecos.

En Marruecos, la mayoría de las madres perciben con una intensidad considerablemente alta todos los componentes o aspectos de la exclusión, menos la

integración normativa, que a pesar de su situación, no llegan a transgredir las normas y las leyes.

La dificultad de acceso a los servicios sociales y la exclusión general de la vida social y del entorno, que experimentan y sufren en su vida cotidiana, lo consideran y lo perciben como una forma de rechazo directo y explícito de su sociedad. Pero el hecho de pasar por esta situación no determina su conceptualización del rechazo. Encontramos que la mayoría de estas madres tienden a percibir el rechazo de su entorno como justo, agudo, crónico y con altos costes, y suelen conceder una alta importancia a sus relaciones sociales perdidas, a pesar de lo cual sus expectativas en recuperar o formar otras relaciones nuevas son considerablemente altas.

Los pocos estudios realizados sobre la situación de las madres solteras en Marruecos señalan la gran dificultad que tienen para acceder a los diferentes servicios sociales. Bousbaa, (2017) explica que las madres solteras suelen ser agredidas verbalmente, humilladas y estigmatizadas por el personal sanitario cuando dan a luz, y que no suelen inscribir a sus hijos en los registros civiles por miedo a la estigmatización y por falta de protección judicial (Cherkaoui, 2010).

En cambio, en España, generalmente la privación material y la dificultad de acceso a los servicios sociales son los dos aspectos que más experimentan las madres solteras, así mismo, observamos que las madres que perciben mayor acceso inadecuado a los servicios sociales informan tener una participación social inadecuada o restringida y consideran este rechazo como más agudo cuando son madres que han experimentado una situación de rechazo directo. La mayoría de ellas consideran este rechazo percibido por su entorno como

justo, crónico y agudo, y atribuyen una alta importancia a las relaciones perdidas, pero también tienen altas expectativas de recuperar estas relaciones perdidas o formar otras nuevas. Nuestros resultados van en la misma línea de Laparra y Pérez, (2009), en los que señalan que la maternidad en solitario conlleva una mayor vulnerabilidad relativa debida a problemas de tipo social y económico derivada de su situación familiar.

Como podemos observar en ambos grupos, las madres tienen altas expectativas de recuperar sus relaciones perdidas y de formar relaciones nuevas, estos resultados van en la misma línea de los encontrados por Maner, DeWall, Baumeister y Schaller, (2007) que señalan que el rechazo incrementa el interés de las personas en hacer nuevas relaciones y de embarcarse en comportamientos que les permitan la oportunidad de lograr la inclusión por otros medios.

Resumidamente, aunque las madres solteras en Marruecos perciben más los diferentes aspectos de la exclusión social que las españolas, y cada grupo percibe en mayor grado algunos aspectos de la exclusión que otros, ambos grupos tienen una conceptualización similar de la situación del rechazo experimentado. Es decir, las madres solteras en ambas culturas explican el rechazo percibido de su entorno de la misma manera.

En cuanto a la salud psicológica, observamos que un alto porcentaje de las madres solteras marroquíes sufren niveles altos de ansiedad, y moderados a altos de depresión, mientras que en España, la frecuencia y el grado de gravedad es bastante menor, pero eso no quita que un buen porcentaje de ellas, aunque en menor intensidad sufren también ansiedad y depresión. Así nuestros resultados confirman los obtenidos por otros estudios realizados sobre muestras de diferentes países que encontraron que las madres solteras

tienen mayor posibilidad de desarrollar trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión (Atkinas, 2015, 2017; Wade et al., 2011; Subramanyam et al., 2014).

A continuación consideramos de interés determinar si estas diferencias se producen siempre o solo en determinadas condiciones. Entre las condiciones que consideramos relevantes en este estudio para la situación de la maternidad involuntaria están el contacto con la familia, el contacto con el padre de su hijo/a, su situación actual, causa del embarazo, donde vive y/o si ha experimentado una situación de rechazo directo. Y efectivamente nuestra hipótesis se cumple para las variables de salud psicológica pero no para la percepción de exclusión social y cultura de honor.

En concreto, hallamos que las madres solteras en Marruecos informan niveles más altos de ansiedad que las españolas solo en las siguientes condiciones: cuando están criando a sus hijos, no mantienen contacto con el padre de su hijo o han sufrido una situación de rechazo directo, mientras que no se observan diferencias entre los dos grupos en las otras situaciones. Así mismo, solo las embarazadas y las madres que están criando a sus hijos, no mantienen contacto con el padre de su hijo y/o han sufrido una situación de rechazo directo en Marruecos sufren niveles más altos de depresión que sus respectivas en España.

Sería interesante conocer si estas diferencias se mantienen o no al combinar todas las condiciones, y definir aun más el perfil de las madres más vulnerables, pero el número reducido de casos no nos permitió efectuar los análisis adecuados.

Puesto que nuestro grupo de interés son las madres solteras en Marruecos, y los resultados obtenidos a continuación pasaremos a discutir los resultados de todas las

hipótesis para el grupo de interés, y a posteriori ofreceremos una discusión comparativa con nuestro grupo de comparación que son las madres solteras en España.

**Grupo de interés (Madre solteras en Marruecos):**

En nuestra segunda hipótesis, queríamos definir en primer lugar el perfil de las madres que son más vulnerables a sufrir mayor exclusión social y peor salud psicológica. En este sentido encontramos diferencias significativas en los niveles de ansiedad en función de si la madre mantiene o no contacto con el padre de su hijo y el ser una usuaria interna o externa de alguna asociación de apoyo a las madres solteras, siendo las madres que no tienen contacto con los padres de sus hijos, y/o las usuarias externas, las que sufren niveles más altos de ansiedad.

En cuanto a la depresión, las participantes que están en la fase de embarazo, han sido víctimas de violación, no tienen contacto con el padre de su hijo, y/o son usuarias externas de las asociaciones son las que sufren niveles más altos de depresión.

Como podemos observar, el no poder contar con el apoyo de la pareja, y tener que enfrentarse solas a su situación les genera mayor estrés ya que, aparte de asumir la responsabilidad de sus hijos en solitario, se sienten traicionadas por sus parejas. Lo que les hace más vulnerables y manifiestan mayor ansiedad y depresión.

Al igual, el ser usuaria de alguna asociación y el poder contar con el apoyo de su pareja supone un apoyo social de gran ayuda a estas madres, reafirmando de tal manera los estudios sobre el papel protector del apoyo social en salud psicológica y los beneficios de tener relaciones sociales (Jackson, 1998; Holt-Lunstad et al., 2015). Por tanto, las

asociaciones están cumpliendo un papel fundamental en apoyo social y en reducir problemas de salud mental.

La violación sexual es considerada como una situación de trauma, que causa daños significativos en las víctimas que lo sufren, dejando secuelas psicológicas graves (Chkhaidze, 2017; Kucharska, 2017), de hecho se ha demostrado en un estudio realizado sobre una muestra de mujeres sobrevivientes de agresión sexual que más de la mitad reportaron moderados a altos niveles de depresión, siendo las no casadas las más propensas a sufrir niveles más alto (Mgoqi-Mbalo, Zhang y Ntuli, 2017), en este sentido Deitz, Williams, Rife y Cantrell, (2015) explican que la agresión sexual está ligada a una mayor estigma generalizado, que potencia su efecto y hace que el proceso de superación de esta trauma más difícil. Así que es totalmente congruente que en una cultura como la marroquí donde hay un mayor estigma y estereotipo ligados al comportamiento sexual, las madres solteras, que se han quedado embarazadas por violación sexual expresen mayor depresión que otras que su embarazo ha sido por una relación consentida.

Respecto a *la percepción de exclusión social*, encontramos que solo se producen diferencias significativas en función de donde viven, siendo las madres que viven solas las que perciben mayor exclusión social que las madres que viven en alguna asociación o con algún familiar. Este resultado es totalmente congruente con lo anteriormente expuesto, el vivir solas en su caso muchas veces no es una elección, sino que han sido repudiadas por su entorno familiar debido a su situación, y por tanto es normal que perciban mayor exclusión social que las madres que han tenido la suerte de contar con el apoyo de su familia o de alguna asociación que como comentamos anteriormente sirven de gran apoyo social a estas madres.

En nuestra tercera hipótesis, queríamos comprobar la relación entre la importancia otorgada al honor y la percepción de exclusión social y su conceptualización. En concreto esperábamos que la atribución de una alta importancia al honor se relacione con la percepción de mayor exclusión social. En este sentido no encontramos relaciones significativas entre ninguno de los niveles de ambas variables. Por tanto nuestra hipótesis no se cumple, es decir, las madres solteras perciben una mayor o menor exclusión social independientemente de si conceden una alta o baja importancia al honor.

Sin embargo, si encontramos que la conceptualización que tienen de su situación de rechazo, está relacionada con la importancia otorgada a la cultura de honor. Las madres que atribuyen una alta importancia a los atributos de honor femenino, conceden una alta importancia a sus relaciones perdidas y consideran que tienen pocas posibilidades de recuperarlas. Nuestras participantes al considerar importantes los atributos de honor femenino, son conscientes de que con su conducta no están cumpliendo los códigos establecidos, y por tanto conscientes también de que tendrán pocas posibilidades de recuperar sus relaciones sociales y familiares que son de una alta importancia para ellas. En culturas de honor las relaciones familiares tienen una alta importancia, es en ellas donde se fomenta el mantenimiento de fuertes lazos familiares, la armonía social, y la interdependencia (Triandis, 1989, 1994). Esto justificaría la alta importancia otorgada a las relaciones sociales perdidas por nuestras participantes.

Resumidamente, la cultura de honor, a pesar de sus bajos índices de fiabilidad en el contexto marroquí, apunta relaciones significativas, puesto que aunque no afecta al grado de la exclusión social percibida, si afecta a algunas conceptualizaciones de la misma.



Respecto a nuestra cuarta hipótesis de comprobar si la percepción de una alta exclusión social se relaciona con mayor ansiedad y depresión. Nuestra hipótesis se cumple en gran parte. Los resultados indican que cuando las madres solteras se sienten generalmente excluidas de su entorno, y no mantienen relaciones sociales satisfactorias y adecuadas con su grupo, manifiestan una alta ansiedad y depresión. Mientras que el hecho de tener problemas económicos se ha asociado solo con una mayor ansiedad. Así, los análisis de regresión, afirman que la percepción de una alta exclusión social predice altos niveles tanto de ansiedad como de depresión.

La maternidad inesperada y en solitario y el rechazo social, constituyen sucesos vitales estresantes para ellas, y por tanto pueden tener un efecto y papel crucial en el inicio del trastorno depresivo (Kercher et al., 2009). De hecho otros autores consideran el aislamiento social real y el percibido y la falta de apoyo social como variables de vulnerabilidad para la depresión (Holt-Lunstad et al., 2015; Rueger et al., 2016).

Además otros estudios señalan una relación negativa entre exclusión social y salud psicológica tanto en muestras generales (Blackhart et al., 2009) como en madres solteras (Manuel et al., 2012; Atkins, 2017). Por tanto, nuestros resultados reafirman el efecto nocivo que tiene el rechazo y la exclusión sobre la salud psicológica.

En nuestra quinta hipótesis queríamos comprobar, en primer lugar, la relación entre la percepción de exclusión social y las variables emocionales como la autoestima y la inteligencia emocional. Así como entre estas dos últimas y la salud psicológica (ansiedad y depresión). Y en segundo lugar analizar si estas variables interfieren de alguna manera en la relación entre percepción de exclusión social y salud psicológica.

En cuanto a nuestra primera sub-hipótesis, los resultados obtenidos señalan una relación negativa entre percepción de exclusión social y autoestima, de modo que, las madres que experimentan un alto rechazo y exclusión de su entorno, informan de una autoestima bastante baja. Así nuestros resultados irían en la línea de los encontrados por otros estudios realizados con otros grupos estigmatizados y rechazados por diferentes razones (Leary et al., 1995; Stillman y Baumister, 2009; Blackhart et al., 2009) y que reforzarían el efecto negativo de la exclusión social sobre la autoestima. Además nuestras participantes, en comparación con el exogrupo, son conscientes de que su endogrupo de madres solteras está socialmente desfavorecido por el exogrupo, lo que según Levinger y Kerr, (2007) les puede llevar a desarrollar una baja autoestima.

Por otra parte, nuestros resultados señalan una relación negativa entre la autoestima y la salud psicológica. De modo que las madres que informan una baja autoestima, sufren niveles más altos de ansiedad y depresión. En este sentido, nuestros resultados respaldan la evidencia empírica existente sobre el efecto de vulnerabilidad de la baja autoestima sobre la depresión (Beck, 1967; Metalsky et al., 1993; Orth y Robins, 2013; Zeigler-Hill, 2011; Orth et al., 2014; Sowislo et al., 2014) así como su efecto negativo sobre la ansiedad (Henning et al., 2007; Sowislo y Orth, 2013).

En cuanto a la inteligencia emocional, nuestra hipótesis solo se cumple en parte, puesto que solo se ha mostrado relacionada de forma negativa con ansiedad y depresión. Es decir, las madres que perciben que poseen una alta inteligencia emocional, sufren niveles más bajos de ansiedad y depresión, pero no se relaciona con la percepción de exclusión social. En concreto hallamos que todas las dimensiones de la inteligencia emocional se relacionan de forma negativa con ansiedad, pero solo la dimensión de asimilación se

relaciona de forma significativamente negativa con depresión. Tener una alta capacidad de asimilar tanto las propias emociones como las ajenas se ha asociado con sufrir menor depresión; mientras que tener una buena IE en sus cuatro componentes se ha asociado con baja ansiedad.

Estos resultados confirman los encontrados por otros estudios que muestran que niveles altos de IE están significativamente relacionados con una buena salud mental (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, y Rooke, 2007), bienestar psicológico (Augusto, Pulido, Lopez-Zafra, 2010, 2011; Brackett et al. 2006; Urquijo, Extremera, Villa, 2016), y estabilidad emocional (Bermúdez, Álvarez y Sánchez, 2003). Así como, otros han comprobado que la IE se relaciona inversamente con la depresión, (Goldenberg, Matheson y Mantler, 2006; Dickerson, 2015), y con la ansiedad (Bastian et al. 2005).

En nuestro trabajo se ha podido comprobar que el déficit en la capacidad de asimilar y comprender las emociones es el componente que más se relaciona con una alta depresión, afirmando en parte los resultados encontrados por Johnson y Blanchard, (2016) que señalan también que la depresión se relaciona más con un déficit en la capacidad de comprender y manejar las emociones, mientras que en otros estudios se ha encontrado que la habilidad para regular eficazmente nuestro estado emocional es la dimensión que más se ha asociado con niveles más bajos de síntomas de depresión informados (Salovey et al., 2002).

En cuanto a la ansiedad, nuestros resultados apoyarían otras investigaciones como las de Nolidin, Downey, Hansen, Schweitzer, y Stough, (2013); Extremera y Fernández Berrocal, (2006) o Cazalla-Luna y Molero, (2014) entre otros, que han confirmado el carácter

predictivo de todos los componentes de la IE (la percepción o atención, comprensión o claridad y regulación o reparación emocional) sobre los niveles de ansiedad.

Resumidamente, las madres que perciben una alta exclusión social, tienen una autoestima bastante baja, al mismo tiempo encontramos que las madres que tienen una baja autoestima sufren niveles más altos de ansiedad y depresión. Así que esperábamos que estas relaciones se produjeran de forma integrada, de modo que la autoestima medie la relación entre la percepción de exclusión social y la salud psicológica. Los análisis muestran que efectivamente nuestra hipótesis se cumple.

Nuestros resultados señalan que, aparte del efecto directo que tiene la percepción de exclusión social sobre la ansiedad y la depresión, la percepción de exclusión social también tiene un efecto indirecto sobre la salud psicológica a través de la disminución de la autoestima, de modo que a las madres solteras, al percibirse excluidas de su entorno, les afecta de forma negativa a su autoestima, lo que a su vez provoca un aumento en los niveles de ansiedad y depresión en ellas.

Generalmente, los estudios realizados sobre la autoestima en relación a la exclusión social y la salud psicológica resaltan su papel como factor de vulnerabilidad, pero en ningún caso como una variable de mediación.

Conjuntamente, nuestros resultados señalan que este efecto indirecto se ve moderado a su vez por la inteligencia emocional. En concreto hallamos, que la regulación de emociones, condiciona el efecto indirecto de la percepción de exclusión social, sobre la ansiedad y la depresión, a través de la autoestima, interfiriendo a nivel de la relación entre exclusión social percibida y autoestima. Los resultados obtenidos indican que el efecto de la

exclusión social sobre la autoestima, solo se produce cuando hay una baja regulación de emociones. Por otra parte, la alta regulación bloquea el efecto de la percepción de exclusión social sobre la autoestima y por ende sobre la ansiedad y la depresión. En este sentido, la inteligencia emocional, a través de la regulación de las emociones, actuaría como una variable protectora, puesto que limita este efecto indirecto cuando es alta. Por tanto, podemos concluir que las variables emocionales podrían proteger frente a los efectos negativos de la exclusión social sobre la salud psicológica.

Esta información nos podría ayudar a orientar y adaptar intervenciones con estas mujeres para mitigar los efectos de la exclusión social sobre su salud psicológica a través de fortalecer su autoestima y entrenar su IE.

Respecto a la sexta hipótesis, que consistía en comprobar la implicación de las variables cognitivas (Estrategias de afrontamiento y conceptualización de rechazo) en la relación entre la percepción de exclusión social y salud psicológica. Al igual que la hipótesis anterior, en primer lugar intentamos determinar la relación entre las variables cognitivas y la percepción de exclusión social, y la relación entre variables cognitivas y la salud psicológica de forma separada, y posteriormente pasamos a comprobar si estas variables cognitivas interfieren al igual que las variables emocionales en la relación entre exclusión social y salud psicológica. Nuestras hipótesis solo se cumplían en parte.

En el caso de las estrategias de afrontamiento, nuestra hipótesis se cumple, tanto para las dimensiones de la percepción de exclusión social, como para ansiedad y depresión.

Los resultados obtenidos indican que las madres que tienen pensamientos desiderativos perciben una mayor privación material, y no participan de una forma adecuada en la sociedad y suelen percibir de forma general mayor exclusión social.

Las estrategias de afrontamiento desiderativo, son estrategias cognitivas que afectan a la conceptualización que se tiene de la situación o la problemática, que lleva generalmente a una percepción distorsionada y negativa de la situación, de allí podemos entender como las madres que utilizan en mayor medida este tipo de estrategias, tienden a percibir una mayor exclusión social y perciben su forma de relacionarse con su entorno como inadecuada y que tienen además una alta dificultad económica.

Así mismo encontramos que las madres que tienen mayor dificultad de acceso a los recursos sociales, utilizan en mayor medida estrategias de búsqueda de apoyo social y menos estrategias evitativas. Es decir, el percibir una mayor dificultad de acceso a los servicios sociales, puede llevar a nuestras participantes a recurrir a ponerse en marcha estrategias activas de búsqueda de apoyo social para hacer frente a su situación y a utilizar en menor medida estrategias evitativas.

De manera general, nuestros resultados apuntan que la situación de rechazo y exclusión que experimentan las madres solteras en Marruecos se asocia con la utilización en mayor medida de estrategias adaptativas como la búsqueda de apoyo social y en menor medida las desadaptativas, apoyando de tal manera los resultados obtenidos por Holder et al., (2015) que señalan una mayor tendencia de las mujeres a utilizar estrategias de apoyo social cuando se enfrentan a situaciones discriminatorias. Además múltiples estudios consideran que las estrategias evitativas son desadaptativas ante la situación de

discriminación puesto que lleva a desarrollar peor salud psicológica (Basáñez et al., 2014; Smith et al., 2010)

En cuanto a la ansiedad y depresión sufridos, los resultados muestran que las madres solteras en Marruecos que utilizan en mayor medida estrategias de manejo adecuado basado en problemas como son la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva y basado en emociones como la expresión de emociones, informan niveles más bajos de ansiedad y depresión, mientras que las que utilizan estrategias de manejo inadecuado basado en emociones como la autocrítica informan niveles más altos de ansiedad y depresión. En este sentido existen varios estudios que enfatizan el papel predictivo de las estrategias de afrontamiento sobre la salud psicológica (Folkman, 2008; Sanjuán y Magallares, 2014), relacionando la sintomatología depresiva con la utilización en menor medida de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, y de estrategias pasivas y evitativas en mayor medida (Sheppes et al., 2015; Viñas-Poch et al., 2015; Jiménez-Torres et al., 2012). Nuestros resultados también apoyan los obtenidos por Kim et al., (1997), que señalan que las estrategias centradas en el problema son útiles para mitigar la ansiedad, y otros que indican una asociación negativa entre estrategias centradas en las emociones y ansiedad (Tan-Kristanto, y Kiropoulos, 2015).

A pesar de que los niveles de ansiedad, depresión y exclusión social percibida se relacionan con las estrategias de afrontamiento utilizadas, estas no interfieren en la relación entre la percepción de exclusión social y la salud psicológica, y solo se limita a relacionarse con cada una de forma separada. Nuestros resultados no apoyarían los obtenidos por otros estudios que enfatizan como las estrategias de afrontamiento ejercen de amortiguadores contra el estado de ánimo negativo moderando el efecto de otras variables y situaciones

estresantes como es la situación de rechazo y discriminación (Sandín, 2003; Sanjuan y Magallares, 2015; Zimmer-Gembeck, 2016).

Respecto a la conceptualización del rechazo, nuestra hipótesis solo se cumple en parte. Nuestros resultados muestran que las madres que perciben su forma de participar en la sociedad como inadecuada, y se sienten generalmente excluidas, suelen atribuir altos costes al rechazo experimentado y suelen tener menos expectativas de recuperar estas relaciones perdidas. A su vez, hallamos que las madres que perciben el rechazo de su entorno como más agudo y atribuyen altos costes a este rechazo, sufren mayor nivel de depresión.

Al igual que en las estrategias de afrontamiento, los resultados obtenidos mediante los análisis de moderación indican que ninguna de las dimensiones de la conceptualización del rechazo, consideradas en este estudio, interfiere en la relación entre la percepción de la exclusión social y la ansiedad, y la relación entre percepción de exclusión social y depresión.

A modo de conclusión, las variables cognitivas consideradas en el presente estudio aunque se relacionan con la percepción de una menor o mayor exclusión social, ansiedad y depresión, no interfieren en la relación entre ambas.

Nuestra séptima hipótesis consistía en comprobar si la importancia otorgada a la cultura de honor puede moderar la relación entre la percepción de exclusión social y la salud psicológica. Y efectivamente nuestros resultados señalan que el honor femenino y el honor neutro, moderan de forma separada la relación entre la exclusión social percibida y la depresión, pero no la ansiedad. En concreto encontramos que la percepción de exclusión social produce un aumento de depresión solo cuando se atribuye una baja importancia al



honor femenino o neutro, mientras que cuando se les atribuye una alta importancia, el efecto se reduce.

Estos resultados pueden parecer llamativos porque la lógica haría pensar que ocurriría lo contrario. Sin embargo, la evidencia existente sobre la asociación entre el estilo atribucional interno y el desarrollo de una mayor depresión (Huang, 2015) explica en gran parte estos resultados. La atribución de una alta importancia al honor les sirve de ayuda a las madres solteras para realizar atribuciones externas a su situación, mientras que cuando no otorgan una alta importancia al honor, la justificación o la atribución de la causalidad del rechazo percibido a causas externas se elimina, y las madres ya se considerarían a si mismas responsables de su situación y culpables, lo que les llevaría a experimentar mayor depresión. Por tanto atribuir una alta importancia al honor tanto neutro como femenino ejerce en este caso como una variable protectora ante la depresión.

Los resultados anteriores, nos llevaron a plantear nuevas hipótesis donde integramos las hipótesis anteriormente testadas. Así esperamos que las variables emocionales y cognitivas interfieran de forma simultánea en la relación entre la percepción de rechazo social y la salud psicológica. Nuestra hipótesis se cumple en gran parte.

En concreto, hallamos que la autoestima, y las estrategias de manejo adecuado de problemas, procesan en serie. De modo que la percepción de una alta exclusión social produce una disminución de autoestima, esta baja autoestima a su vez provoca un aumento en los niveles de ansiedad y depresión a través de la disminución de las estrategias de manejo adecuado basado en problemas.

De la misma manera, comprobamos que el efecto indirecto de la percepción de exclusión social sobre la ansiedad y la depresión, se produce también a través de la mediación de la autoestima y las estrategias de manejo inadecuado de emociones, que procesan en este caso de forma paralela. La exclusión social produce un efecto sobre la ansiedad y la depresión a través tanto de la disminución de la autoestima como del aumento del uso de estrategias de manejo inadecuado de emociones de forma similar. Por tanto, nos encontramos que la interferencia de las variables cognitivas solo se produce en interacción con la autoestima.

Estos resultados apoyarían los obtenidos por otras investigaciones que proponen que las personas con baja autoestima son propensas a tener pensamientos negativos y utilizar estrategias rumiativas, lo que a su vez aumenta el riesgo de caer en la depresión (Wood et al., 2009; Wood et al., 2003; Kuster et al., 2012).

En cuanto a la interacción entre las variables emocionales y cultura de honor, realizamos análisis de mediación moderada, y hallamos que la autoestima y la importancia otorgada al honor femenino o neutro interfieren de forma simultánea en la relación entre la percepción de exclusión social y la depresión.

La cultura de honor condiciona el efecto directo de la exclusión social sobre la depresión, mientras que la autoestima media la relación indirecta entre estas variables.

En vista de todos estos resultados, podemos concluir que la exclusión social percibida no explica de forma aislada los niveles de ansiedad y depresión experimentados por parte de las madres solteras en Marruecos. El porcentaje de la varianza explicada de la ansiedad y depresión al tener en cuenta las interferencias de las variables emocionales, cognitivas y

sociales es significativamente superior a la explicada por la exclusión social de forma aislada. Además estas variables no operan de forma aislada sino de una manera simultánea, donde algunos potencian el efecto de otros mientras que otros ejercen de antagonistas.

Pero cabe destacar que la autoestima es la variable angular en toda la ecuación, de allí creemos que las intervenciones con estas madres deberían centrarse más sobre el fortalecimiento de su autoestima.

Comparando estos resultados con los obtenidos en el grupo de comparación, observamos que, aunque los niveles de exclusión social percibida, salud psicológica y cultura de honor son más prevalentes y destacados en la muestra de Marruecos, el patrón de respuesta y las relaciones entre las variables es similar en su mayor parte.

En ambas culturas, la percepción de una mayor exclusión social afecta y predice una peor salud psicológica en las madres solteras. Además, comprobamos que, de una forma similar, la exclusión social percibida no solo actúa de forma directa sobre la salud psicológica de las madres solteras, sino también a través otras rutas adicionales indirectas, donde interfieren variables emocionales, cognitivas y sociales, siendo la autoestima la variable mediadora más destacable en ambas muestras.

Así mismo, cabe destacar que se producen también ciertas diferencias entre los dos grupos a nivel del orden de interferencia de las variables mediadoras consideradas en el presente estudio. Por ejemplo observamos que la IE aunque interfiere a nivel del efecto indirecto que tiene la percepción de exclusión social sobre la ansiedad y depresión a través de la autoestima en los dos grupos, esta interferencia no se produce en el mismo nivel. A diferencia del grupo de interés, en el grupo de comparación el componente regulación de la

IE modera el efecto de la autoestima sobre la depresión, haciendo que solo se produzca este efecto cuando hay una baja regulación. Asimismo encontramos que el componente percepción intrapersonal media junto con la autoestima (mediación en cadena) el efecto indirecto de la exclusión social percibida sobre la depresión.

En cuanto a la variables cognitivas, también encontramos que a diferencia del grupo de interés donde a pesar de las correlaciones significativas encontradas, estas no tienen un papel mediador o moderador, en el grupo de comparación las estrategias de afrontamiento inadecuada basadas en problemas modera la relación exclusión social percibida y ansiedad, de modo que la percepción de una mayor o menor exclusión social solo produce ansiedad cuando las madres utilizan más estrategias de manejo inadecuada basadas en problemas (pensamiento desiderativo y evitación de problema).

Respecto a la CH, encontramos que la importancia otorgada al honor masculino se relaciona de forma significativa con la exclusión social percibida y la participación social de las madres solteras españolas, cosa que no se ha producido en el contexto marroquí. Lo que refleja que en España, la CH todavía tiene un peso importante e interfiere en las relaciones interpersonales y sociales.

Resumidamente, a pesar de las peculiaridades de cada muestra, podemos afirmar que el rechazo y la exclusión social no solo afectan a la esfera interpersonal de las personas que lo sufren sino también tiene un efecto nocivo sobre la salud psicológica, perjudicando de una manera destacable su desarrollo.

Las variables emocionales junto con el apoyo social han demostrado ser los principales amortiguadores que pueden proteger ante el rechazo y la exclusión social.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, consideramos que es importante trabajar para amortiguar los efectos de la exclusión social tanto desde el plan individual a través de programas de intervención psicológica centradas sobre todo sobre el componente afectivo como es el fortalecimiento de la autoestima o mejorar las habilidades emocionales, así como social resaltando y reforzando el papel que ejercen las asociaciones y las redes de apoyo social a estas madres, prestando especial atención a Marruecos por ser una sociedad en apertura que debe seguir avanzando en igualdad.

#### **LIMITACIONES:**

Es importante señalar que el presente estudio se propone como una aproximación al estudio de los efectos que tiene la exclusión social y el rechazo del entorno percibido sobre la salud psicológica y el posible papel amortiguador de las variables emocionales, sociales y cognitivas, en una muestra peculiar que siempre ha sufrido en silencio el rechazo de la sociedad. Por tanto, creemos que este estudio va a contribuir al desarrollo y elaboración de programas de intervención que permitan mejorar la calidad de vida, bienestar psicosocial y salud de las madres solteras en particular y las personas rechazadas y excluidas en general.

No obstante, nuestro trabajo presenta una serie de limitaciones. Entre ellas, el reducido número de participantes en ambos grupos debido al difícil acceso y contacto con las madres, que en muchas ocasiones han demostrado mucho recelo para participar. Además, la especificidad de cada contexto o país, nos llevaron a utilizar dos formas diferentes de acceso a la muestra, aun así consideramos que los dos grupos son comparables dadas sus características sociodemográficas comunes y el cuidado tenido en el caso de la

muestra española que se prestaba a una mayor diversidad. A pesar de esta dificultad, consideramos que el número de participantes es bastante significativo en función de las características muestrales. Sin embargo, el tamaño muestral impide la realización de una serie de análisis estadísticos que hubieran permitido obtener un cuadro más amplio de las relaciones complejas entre variables. Por ejemplo, el análisis de ecuaciones estructurales o un ANOVA multivariante hubiera permitido incluir más variables para analizar la interacción entre ellas.

Asimismo el hecho de ser un estudio transversal, no nos permite tener una visión de cómo evoluciona la percepción de exclusión social en función de la etapa concreta en la que se encuentran (embarazadas, post parto, lactancia y crianza). Por ello, consideramos de interés poder encuestar a estas madres en diferentes momentos temporales y ver la evolución psicosocial en función de la atención recibida.

Otra de las limitaciones de este estudio, son los bajos índices de fiabilidad de la escala de atributos de honor, en el contexto marroquí. Puede que la escala utilizada en este estudio no se adecúe a la concepción del honor que es específica a esta cultura. De hecho, tal y como puede observarse en el estudio piloto para la adaptación de escalas al contexto marroquí, la escala de CH es la que mayor debate ha suscitado entre los jueces y expertos, provocando una serie de cambios, sustitución y eliminación de ítems. A pesar de ello, los resultados aportan relaciones y efectos significativos, lo que nos lleva a plantear la idoneidad de volver a trabajar la adaptación de la escala empleando la metodología cualitativa para asegurar una mayor validez de contenido, o incluso la creación de escalas de CH, más acorde a la idea y el concepto de honor en la cultura marroquí.

No obstante, pensamos que los resultados de este estudio son positivos, puesto que abren un nuevo campo de estudio que no se había explorado, el de comprender y conocer el importante papel protector que ejercen las variables emocionales y el apoyo social ante situaciones de rechazo y exclusión social, por la que seguir investigando y trabajando en este grave problema social.

### **LÍNEAS DE FUTURO**

Aunque el trabajo realizado presenta unos buenos resultados, y contribuye al conocimiento de la realidad social así como a la propuesta de acciones a realizar, consideramos necesario señalar que queda todavía mucho por conocer sobre los procesos psicológicos y sociales que se producen ante situaciones de exclusión y rechazo social y, en este sentido, nuestros intereses de investigación y trabajo son muchos, por lo que será una línea con recorrido y continuidad.

Así, pensamos que la relación entre la exclusión social percibida y la salud psicológica es bastante más compleja de lo que hemos podido abordar en el presente estudio, y creemos que en esta relación pueden interferir otras variables, que pueden influir en la forma de afrontar la situación de rechazo y amortiguar sus efectos sobre la salud psicológica. De allí pensamos que es necesario examinar la interferencia de otras posibles variables en esta relación, entre ellas destacamos la percepción de apoyo social en función de su fuente (familia, amigos y/o sociedad), los estilos atributivos e incluso los estilos diposicionales (optimismo-pesimismo) entre otras.

También pensamos que, para asegurar una mayor fiabilidad y validez, es necesario elaborar escalas de medición específicas en el contexto marroquí, que se caracteriza por una particular visión del mundo, una situación lingüística compleja y la ausencia de una cultura de la medición psicológica (El Rhazi et al, 2009). Es el caso, por ejemplo, de la concepción de cultura de honor.

Además, consideramos que es necesario elaborar programas de intervención específicos para estas madres, centrándose sobre todo sobre el componente afectivo y emocional, a través de sesiones de entrenamiento para reforzar su autoestima y mejorar sus habilidades emocionales. Así como fomentar la utilización de estrategias de afrontamiento adecuadas para afrontar su situación.

Así mismo, pensamos que sería de gran interés poder trabajar con los hijos e hijas de las madres solteras que, al igual que sus madres, suelen ser estigmatizados por la sociedad por ser considerados fruto del pecado, y son víctimas del rechazo y la exclusión de su entorno. Además, la mala salud psicológica de sus madres repercute de forma negativa sobre ellos (Daryanai et al., 2016), de modo que, estos hijos suelen sufrir tanto de forma directa como indirecta, las consecuencias del rechazo. De ahí que sea importante conocer los procesos psicológicos y sociales implicados para poder desarrollar al igual programas de intervención específicos para este colectivo.

Nuestros resultados también han puesto de manifiesto, la gran labor que están cumpliendo las asociaciones de apoyo a las madres solteras en Marruecos en reducir y atenuar los efectos de la exclusión sobre ellas, y sostenerlas en su lucha diaria contra las diferentes formas de rechazo y discriminación. Por tanto, pensamos que sería muy



interesante poder dar a conocer a las instituciones y a la sociedad civil el papel tan importante que están realizando estas asociaciones a través de artículos de divulgación y presentar informes a las instituciones responsables.

Además, también pensamos que sería interesante seguir el uso que hacen las asociaciones de atención a las madres solteras, de los resultados de esta investigación, puesto que les puede servir de apoyo para mejorar sus programas de intervención, y fortalecer las lagunas que tienen sobre todo en relación a la atención de las usuarias externas, que según nuestro resultados, son las que sufren peor salud psicológica y mayor exclusión social.

Como conclusión pensamos que, a pesar de los esfuerzos y los pasos que se están dando para la igualdad y la protección de las mujeres, la resistencia es múltiple, y muchas son estigmatizadas y excluidas de la sociedad, y siguen sufriendo en silencio las consecuencias del rechazo y la discriminación que la sociedad ejerce sobre ellas, siendo nuestras participantes un ejemplo claro de todo eso.

Por tanto, creemos que aún queda un largo camino en la lucha contra la discriminación de las mujeres, sobre todo en Marruecos, donde se observa una mayor resistencia, principalmente por parte de la sociedad, a pesar de las iniciativas de las instituciones. De manera, creemos que deberíamos centrar más la atención sobre el componente social y cultural, a través de programas de intervención y sensibilización social, con el objetivo de disminuir y erradicar los estereotipos de género, revisando y corrigiendo los mensajes que se transmiten a través de los medios de comunicación (Prensa, publicidad, televisión, radio, etc.), e incluir programas de educación en igualdad en los centros

educativos, etc... Asimismo, pensamos que las instituciones tienen que reforzar y sostener el trabajo que están realizando las asociaciones porque son una pieza clave, y un puente de unión entre ellas y la sociedad.

## CHAPITRE 7

### DISCUSION ET CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous allons discuter les principaux résultats obtenus dans cette étude, ainsi que les limites et conclusions finales qui en découlent. À cet égard, nous estimons qu'il convient que la discussion des résultats soit offerte en fonction de chaque hypothèse et du groupe d'appartenance afin de faciliter la compréhension de ces résultats.

L'objectif principal de cette recherche était, de tester le processus qui sous-tend la relation entre la culture de l'honneur, l'exclusion sociale vécue et la mauvaise santé psychologique des mères célibataires, de comprendre comment ces relations se produisent et déterminer les variables médiatrices impliquées dans cette relation. Pour ce faire, nous avons comparé deux groupes culturellement différents: le Maroc où la situation sociale des mères célibataires est défavorable et attribue une grande importance à l'honneur, par rapport à l'Espagne, où leur situation est plus favorable et acceptée et où la question d'honneur est moins importante. Alors que le principal groupe d'intérêt est le Maroc où des progrès sont nécessaires sur l'égalité de genre, nous avons considéré que l'inclusion d'un groupe de comparaison où les progrès dans ce domaine sont plus consolidés, nous permet de mieux comprendre les aspects psychosociaux impliqués.

De cet objectif principal, trois objectifs spécifiques ont été dérivés:

Tout d'abord, comparer la situation des mères célibataires dans les deux groupes et déterminer les caractéristiques de chacun d'entre eux. Deuxièmement, vérifier s'il existe une relation significative entre l'importance accordée à l'honneur, l'exclusion sociale et la santé

psychologique dans les deux groupes. Enfin, déterminer l'interférence des variables cognitives et émotionnelles dans la relation entre nos variables d'intérêt.

Pour vérifier ces objectifs, une série d'hypothèses spécifiques ont été proposées, dont nous discuterons ci-dessous les résultats.

Notre première hypothèse était de vérifier s'il y a des différences significatives entre les deux groupes en matière de l'importance accordée à l'honneur, la perception de l'exclusion sociale, l'anxiété et la dépression manifestée. Ainsi notre hypothèse s'est avérée pour toutes les variables.

Dans ce cas, les mères célibataires au Maroc accordent une plus grande importance à la culture d'honneur en général ainsi que dans ses trois composantes, que les mères célibataires en Espagne. Résultats congruent avec la littérature abondante à ce sujet, qui stipule que dans les cultures arabes une plus grande importance est accordée à l'honneur (Antoun, 1968; Bourdieu, 1968; Gilmore, 1990; Abu-Zeid, 1965).

Cependant, curieusement, nous observons un changement dans la conception de l'honneur dans les deux cultures. En général, dans la littérature et les travaux sur les cultures de la Méditerranée, comme le Maroc et l'Espagne, les attributs d'honneur féminin et masculin jouent un rôle essentiel lors de la conceptualisation de l'honneur

et l'explication des réactions qui sous-tendent la mise en place de l'honneur (Abu-Lughods, 1999; Adamopoulos, 1977; Brandes, 1980; Gilmore, 1987, 1990; Gilmore et Gwynne, 1985; Jakubowska, 1989; Murphy, 1983; Peristiany, 1965; Pitt-Rivers, 1977; Schneider, 1971; Stewart, 1994; Vassiliou et Vassiliou, 1973). Ils sont étroitement associés aux idéaux spécifiques des rôles des genres, universellement établies (Rodriguez et al

Mosquera, 2002a ; Rodriguez Mosquera, Manstead et Fischer, 2002b; Rodriguez Mosquera, 2011). Cependant, nos participantes dans les deux cultures, conçoivent une plus grande importance aux attributs d'honneur neutre et moins aux attributs d'honneur féminin et d'honneur masculin, qui sont censés avoir violé leur code et qui explique la situation de rejet dont elles souffrent dans leur quotidien.

En ce qui concerne la perception de l'exclusion sociale, les mères célibataires au Maroc perçoivent davantage les différents aspects de l'exclusion sociale que les mères célibataires espagnoles. En général, les différentes études indiquent que la situation des femmes au Maroc est beaucoup plus défavorisée que la situation des femmes en Espagne. Le Maroc se classe au 125ème rang sur une liste de 179 pays où être mère est, en général, un risque, à la fois physiquement et socialement et se classe au 136ème rang de l'indice d'écart de genre de 2017. Alors que l'Espagne est beaucoup plus avancée et se classe au 24ème rang de l'indice de l'écart entre les sexes en 2017, se classant septième en tant que meilleur pays pour être mère (État des Mères du Monde, 2015). Si l'on ajoute à cela que, au Maroc, en raison de leur maternité solitaire, elles sont considérées comme des délinquantes par la loi et socialement isolées par leur communauté et par culture, cela expliquerait clairement la perception d'une plus grande exclusion sociale des mères célibataires au Maroc.

Au Maroc, la majorité des mères perçoivent avec une intensité considérable tous les composants ou aspects de l'exclusion, à l'exception de l'intégration normative, alors que malgré leur situation, ne vont pas jusqu'à transgresser les normes et lois. La difficulté d'accéder aux services sociaux et l'exclusion générale de la vie sociale et de l'environnement, qu'elles subissent et dont elles souffrent dans leur vie quotidienne, sont considérées et

aperçues comme une forme de rejet direct et explicite de leur société. Mais le fait de passer par cette situation ne détermine pas leur conceptualisation du rejet.

Nous constatons que la plupart de ces mères ont tendance à percevoir le rejet de leur milieu comme étant juste, aigu, chronique et d'un coût élevé et attachent souvent une grande importance à leurs relations sociales perdues, malgré cela, leurs attentes sont considérablement élevées pour se rétablir ou former d'autres nouvelles relations.

Les quelques études menées sur la situation des mères célibataires au Maroc indiquent la grande difficulté qu'elles ont à accéder à différents services sociaux. Bousbaa, (2017), explique que les mères célibataires sont souvent insultées, humiliées et stigmatisées par le personnel de santé lors de l'accouchement et généralement n'inscrivent pas leurs enfants dans les registres civils, par crainte de la stigmatisation et par le manque de protection judiciaire (Cherkaoui, 2010).

D'autre part, en Espagne, la privation matérielle et la difficulté d'accès aux services sociaux sont généralement les deux aspects les plus fréquents chez les mères célibataires et nous observons que les mères qui perçoivent un accès inadéquat aux services sociaux déclarent aussi avoir une participation sociale inadéquate ou restreinte et considèrent ce rejet comme plus aigu quand elles vivent une situation de rejet direct. La plupart d'entre elles considèrent ce rejet perçu par leur milieu comme étant juste, chronique et aigu et accordent une grande importance à la perte de relations, mais elles ont aussi de grandes attentes pour récupérer ces pertes ou en former de nouvelles.

Nos résultats sont dans la même ligne que ceux de Laparra et Pérez, (2008), dans lesquels elles soulignent que la maternité unique entraîne une plus grande vulnérabilité en

raison des problèmes sociaux et économiques découlant de leurs situations familiales. Comme nous pouvons le voir dans les deux groupes, les mères ont des attentes élevées de récupérer leurs relations perdues ou de nouer de nouvelles relations, ces résultats sont dans la même ligne que ceux trouvés par Maner, DeWall, Baumeister et Schaller, (2007). Signalant que le refus augmente l'intérêt des gens à nouer de nouvelles relations et à adopter des comportements qui leur permettent d'avoir l'occasion de réaliser l'inclusion par d'autres moyens.

En résumé, bien que les mères célibataires au Maroc perçoivent davantage les différents aspects de l'exclusion sociale que les mères espagnoles et que chaque groupe perçoive davantage certains aspects de l'exclusion que d'autres, les deux groupes ont une conceptualisation similaire à la situation de rejet. Autrement dit, les mères célibataires dans les deux cultures expliquent le rejet perçu de leur environnement de la même manière.

En ce qui concerne la santé psychologique, nous avons observé qu'un pourcentage élevé de mères célibataires marocaines souffre de niveaux élevés d'anxiété et de dépression modérées à élevées, alors qu'en Espagne, la fréquence et le degré de gravité sont beaucoup plus faibles, mais cela ne signifie pas qu'un bon pourcentage d'entre elles, bien que de moindre intensité, souffre également d'anxiété et de dépression. Ainsi, nos résultats confirment ceux d'autres études sur des échantillons provenant de différents pays ayant constaté que les mères célibataires sont plus susceptibles de développer des troubles psychologiques comme l'anxiété et la dépression (Atkinas, 2015, 2017; Wade et al., 2011; Subramanyam et al., 2014).

Ensuite, nous considérons qu'il est intéressant de déterminer si ces différences se produisent toujours (constamment) ou seulement dans certaines conditions. Parmi les conditions que nous considérons comme pertinentes dans cette étude à l'égard de la situation de la maternité involontaire se trouve le contact avec la famille, le contact avec le père de son enfant, sa situation actuelle, la cause de la grossesse, le milieu où elle vit (habite) et/ où elle a subi une situation de rejet direct. En effet, notre hypothèse s'accomplit pour les variables de santé psychologique, mais pas pour la perception de l'exclusion sociale et la culture de l'honneur.

En particulier, nous constatons que les mères célibataires au Maroc signalent des niveaux plus élevés d'anxiété que les mères espagnoles seulement dans les conditions suivantes: lorsqu'elles sont en situation d'élever leurs enfants, elles n'entretiennent pas de contact avec le père de leur enfant où quand elles ont subi une situation de rejet direct. Alors qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes dans les autres situations. De même, seules les femmes enceintes et les mères qui sont en situation d'élever leurs enfants, ne gardent pas de contact avec le père de leur enfant et / où ont souffert d'une situation de rejet direct au Maroc souffrent de niveaux de dépression plus élevés que leurs respectives en Espagne.

Il serait intéressant de savoir si ces différences sont maintenues ou non en combinant toutes les conditions et de mieux définir les profils des mères les plus vulnérables, mais le petit nombre de cas ne nous a pas permis d'effectuer les analyses appropriées.

Puisque notre groupe d'intérêt est celui des mères célibataires au Maroc, nous allons d'abord présenter les résultats obtenus à cet égard et nous discuterons des résultats de



toutes les hypothèses pour ce groupe et ultérieurement nous offrirons une discussion comparative avec notre groupe de comparaison qui est les mères célibataires en Espagne.

**Groupe d'intérêt (mères célibataires au Maroc):**

Dans notre deuxième hypothèse, nous avons voulu définir tout d'abord le profil des mères les plus vulnérables à souffrir d'une plus grande exclusion sociale et d'une mauvaise santé psychologique.

En ce sens, nous avons trouvé des différences significatives dans les niveaux d'anxiété selon que la mère maintient ou non le contact avec le père de son enfant et qu'elle soit une adhérente interne ou externe de certaines associations de soutien aux mères célibataires. Étant des mères qui n'ont pas de contacts avec le père de leur enfant et / ou qu'elles sont des adhérentes externes, sont celles qui souffrent de niveaux d'anxiété plus élevés.

En ce qui concerne la dépression, les participantes qui sont en phase de grossesse, celles qui ont été victimes de viol, ou celles qui n'ont aucun contact avec le père de leur enfant et / ou sont des adhérentes externes de certaines associations sont celles qui souffrent de niveaux de dépression plus élevés.

Comme on peut le constater, le fait de ne pas pouvoir compter sur le soutien du couple et devoir affronter seule leur situation génère plus de stress, car, en plus de prendre seul la responsabilité de leurs enfants, elles se sentent trahies par leurs partenaires, ce qui les rend plus vulnérables et manifestent une plus grande anxiété et dépression.

Egalement, le fait d'être adhérente d'une association ainsi que le fait de pouvoir compter sur le soutien de leur partenaire, renvoie un soutien social de grande aide pour ces

mères, en réaffirmant de telle manière les études sur le rôle protecteur du soutien social pour la santé psychologique ainsi que les bénéfices d'avoir des relations sociales. (Jackson, 1998 ; Holt-Lunstad et al., 2015). Par conséquent, les associations jouent un rôle fondamental dans le soutien social et dans la réduction des problèmes de santé mentale.

Le viol est considéré comme une situation traumatisante, qui cause des dommages importants aux victimes qui en souffrent, laissant des cicatrices psychologiques graves (Chkhaidze, 2017; Kucharska, 2017). En fait, il a été démontré dans une étude menée sur un échantillon de femmes victimes d'agression sexuelle, que plus de la moitié ont déclaré des niveaux modérés à élevés de dépression, étant les femmes non mariées les plus susceptibles de souffrir des niveaux plus élevés (Mgoqi-Mbalo, Zhang et Ntuli, 2017). Dans ce sens Deitz, Williams, Rife et Cantrell (2015) expliquent que l'agression sexuelle est liée à la stigmatisation, ce qui renforce son effet et rend le processus de surmonter ce traumatisme plus difficile. Il est donc tout à fait normal que dans une culture comme le Maroc où il y a une plus grande stigmatisation et stéréotypes liés au comportement sexuel, les mères célibataires soient devenues enceintes par le viol, expriment une dépression majeure que les autres dont la grossesse était d'une relation consensuelle.

En ce qui concerne la perception de l'exclusion sociale, nous avons constaté des différences significatives seulement selon le lieu de résidence, étant seulement les mères vivantes seules sont celles qui perçoivent une plus grande exclusion sociale par rapport à celles vivantes au sein d'une association ou avec un membre de la famille. Ce résultat est complètement cohérent avec ce qui précède, vivre seul dans leur cas n'est souvent pas de leurs choix, mais êtres répudié par leur milieu familial en raison de leur situation et donc il est normal de percevoir plus d'exclusion sociale que les mères qui ont eu la chance d'avoir le

soutien de leur famille ou d'une association qui, comme nous l'avons vu plus haut, constitue un grand soutien social pour ces mères.

Dans notre troisième hypothèse, nous avons voulu vérifier la relation entre l'importance accordée à l'honneur et la perception de l'exclusion sociale et sa conceptualisation. Plus précisément, nous nous attendions à ce que l'attribution d'une grande importance à l'honneur soit liée à la perception d'une plus grande exclusion sociale. Dans ce sens, nous ne trouvons pas de relations significatives entre les niveaux des deux variables. Par conséquent, notre hypothèse ne se confirme pas, c'est-à-dire que les mères célibataires perçoivent une exclusion sociale plus ou moins importante, indépendamment du cas où elles accordent une haute ou faible importance à l'honneur.

Cependant, si nous trouvons que la conceptualisation qu'elles ont de leur situation de rejet, est liée à l'importance accordée à la culture de l'honneur. Les mères qui attribuent une grande importance aux attributs de l'honneur féminin accordent une grande importance à leurs relations perdues et considèrent qu'elles ont peu de chances de les récupérer. Nos participantes, en considérant les attributs de l'honneur féminin, sont conscientes que leur comportement n'est pas conforme aux codes établis et donc sont également conscientes qu'elles auront peu de chances de récupérer leurs relations sociales et familiales qui leur sont très importantes. Dans les cultures d'honneur, les relations familiales ont une grande importance, c'est dans celles-ci que l'on favorise le maintien de liens familiaux forts, l'harmonie sociale et l'interdépendance (Triandis, 1989, 1994). Cela justifierait la grande importance accordée aux relations sociales perdues par nos participantes.

Brièvement, la culture de l'honneur, malgré ses indices de faible fiabilité dans le contexte marocain, laisse entrevoir des relations significatives, car si elle n'influence pas le degré d'exclusion sociale perçue, elle en affecte certaines conceptualisations.

Concernant notre quatrième hypothèse qui vérifie si la perception d'une exclusion sociale élevée est liée à une plus grande anxiété et dépression, elle est largement vérifiée. Les résultats indiquent que lorsque les mères célibataires se sentent généralement exclues de leur entourage et qu'elles ne maintiennent pas de relations sociales satisfaisantes et adéquates avec leur groupe, elles manifestent une anxiété et une dépression de niveaux élevés. Alors que le fait d'avoir des problèmes économiques n'a été associé qu'à une plus grande anxiété. Ainsi, l'analyse de régression affirme que la perception d'une exclusion sociale élevée prédit des niveaux élevés d'anxiété et de dépression.

La maternité inattendue et solitaire ainsi que le rejet social sont des événements stressants pour elles et peuvent donc avoir un effet et un rôle crucial dans l'apparition de troubles dépressifs (Kercher et al., 2009). En fait, d'autres auteurs considèrent l'isolement social réel et perçu et le manque de soutien social, des variables de vulnérabilité pour la dépression (Holt-Lunstad et al, 2015; Rueger et al., 2016).

De plus, d'autres études montrent une relation négative entre l'exclusion sociale et la santé psychologique aussi bien dans les échantillons généraux (Blackhart et al., 2009) que pour les mères célibataires (Manuel et al., 2012; Atkins, 2017). Par conséquent, nos résultats réaffirment l'effet néfaste du rejet et de l'exclusion sur la santé psychologique.

Dans notre cinquième hypothèse, nous avons voulu vérifier d'abord, la relation entre la perception de l'exclusion sociale et les variables émotionnelles telles que l'estime de soi et

l'intelligence émotionnelle, ainsi qu'entre ces deux dernières et la santé psychologique (anxiété et dépression). Et deuxièmement, analyser si ces variables interfèrent d'une façon ou d'une autre, dans la relation entre la perception de l'exclusion sociale et la santé psychologique.

En ce qui concerne notre première sous-hypothèse, les résultats montrent une relation négative entre la perception de l'exclusion sociale et l'estime de soi, de sorte que les mères qui connaissent un rejet élevé et une exclusion de leur milieu déclarent une estime de soi plutôt faible. Ainsi, nos résultats vont dans le sens de celles d'autres études avec d'autres groupes stigmatisés et rejetés pour diverses raisons (Leary et al., 1995; Stillman et Baumister 2009; Blackhart et al., 2009) et qu'ils renforceraient l'effet négatif de l'exclusion sociale sur l'estime de soi. De plus, nos participantes, par rapport à l'exogroupe sont conscientes que leur endogroupe de mères célibataires est socialement défavorisé par l'exogroupe qui, selon Levinger et Kerr (2007), peut les amener à développer une faible estime de soi.

D'un autre côté, nos résultats indiquent une relation négative entre l'estime de soi et la santé psychologique. Ainsi, les mères qui déclarent une faible estime de soi souffrent de niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression. À cet égard, nos résultats confirment les données empiriques sur les effets de la vulnérabilité d'une faible estime de soi sur la dépression (Beck, 1967; Metalsky et al., 1993; Orth et Robins, 2013; Zeigler-Hill, 2011; Orth et al., 2014; Sowislo et al., 2014) et de son effet négatif sur l'anxiété (Henning et al, 2007; Sowislo et Orth, 2013).

En ce qui concerne l'intelligence émotionnelle, notre hypothèse n'est que partiellement affirmée, car il a seulement été démontré qu'elle était négativement liée à

l'anxiété et à la dépression. C'est-à-dire que les mères qui perçoivent une intelligence émotionnelle élevée souffrent moins d'anxiété et de dépression, mais ne sont pas liées à la perception de l'exclusion sociale. En particulier, nous trouvons que toutes les dimensions de l'intelligence émotionnelle sont négativement liées à l'anxiété, mais seule la dimension de l'assimilation est significativement liée négativement à la dépression. Avoir une grande capacité à assimiler à la fois leurs propres émotions et celles des autres a été associé à une diminution de la dépression, c'est-à-dire avoir une bonne IE dans ses quatre composants a été associé à une faible anxiété.

Ces résultats confirment ceux obtenus par d'autres études montrant que les niveaux élevés de IE sont significativement liés à une bonne santé mentale (Schutte et al., 2007), un bien-être psychologique (Augusto Pulido, Lopez-Zafra, 2010, 2011; Brackett et al 2006; Urquijo et al., 2016), et la stabilité émotionnelle (Bermúdez et al., 2003). En outre, d'autres chercheurs ont constaté que l'IE était inversement proportionnelle à la dépression (Goldenberg et al., 2006; Dickerson, 2015) et à l'anxiété (Bastian et al., 2005).

Dans notre travail, il a été démontré que le déficit de la capacité d'assimiler et de comprendre les émotions est l'élément le plus étroitement associé à la dépression élevée, indiquant en partie les résultats trouvés par Johnson et Blanchard, (2016), affirmant que la dépression est plus liée à un déficit de la capacité à comprendre et à gérer les émotions, alors que dans d'autres études, il a été constaté que la capacité à réguler efficacement notre état émotionnel est la dimension la plus associée aux niveaux inférieurs de symptômes de dépression rapportés (Salovey et al., 2002).

En ce qui concerne l'anxiété, nos résultats appuieraient d'autres recherches telles que celles de Nolidin, Downey, Hansen, Schweitzer et Stough, (2013); Extremera et Fernández Berrocal, (2006) ou Cazalla-Lune et Molero, (2014), entre autres, ont confirmé la nature prédictive de toutes les composantes de l'IE (la perception ou l'attention, la compréhension ou la clarté et du contrôle ou la réparation émotionnelle) sur les niveaux d'anxiété.

En bref, les mères qui perçoivent une forte exclusion sociale ont une estime de soi assez faible, mais en même temps, nous constatons que les mères qui ont une faible estime de soi souffrent d'anxiété et de dépression. Nous nous attendions donc à ce que ces relations se fassent de manière intégrée, de sorte que l'estime de soi influence la relation entre la perception de l'exclusion sociale et la santé psychologique. Les analyses montrent qu'en effet notre hypothèse est vérifiée.

Nos résultats indiquent que, mis à part l'effet direct que la perception de l'exclusion sociale a sur l'anxiété et la dépression, la perception de l'exclusion sociale a aussi un effet indirect sur la santé psychologique par la réduction de l'estime de soi. Les mères célibataires, se percevant elles-mêmes exclues de leur environnement, affectant négativement leur estime de soi, ce qui à son tour provoque une augmentation des niveaux d'anxiété et de dépression chez elles.

Généralement, les études sur l'estime de soi en lien avec l'exclusion sociale et la santé psychologique mettent en évidence son rôle comme facteur de vulnérabilité, mais en aucun cas de variable de médiation.

Ensemble, nos résultats indiquent que cet effet indirect est modéré à son tour par l'intelligence émotionnelle. Plus précisément, nous avons constaté que la régulation des émotions, affecte l'effet indirect de l'exclusion sociale perçue, l'anxiété et la dépression, l'estime de soi en interférant au niveau de la relation entre l'exclusion sociale perçue et l'estime de soi. Les résultats obtenus indiquent que l'effet de l'exclusion sociale sur l'estime de soi ne se produit que lorsqu'il y a une faible régulation des émotions. D'autre part, une régulation élevée bloque l'effet de la perception de l'exclusion sociale sur l'estime de soi et donc sur l'anxiété et la dépression. Dans ce sens, l'intelligence émotionnelle, à travers la régulation des émotions, agirait comme une variable protectrice, puisqu'elle limite cet effet indirect quand il est haut. Par conséquent, nous pouvons conclure que les variables émotionnelles pourraient protéger contre les effets négatifs de l'exclusion sociale sur la santé psychologique. Cette information pourrait nous aider à guider et adapter les interventions auprès de ces femmes pour atténuer les effets de l'exclusion sociale sur leur santé psychologique en renforçant leur estime de soi et en formant leur IE.

La sixième hypothèse consistait à vérifier l'implication des variables cognitives (stratégies d'adaptation et conceptualisation du rejet) dans la relation entre la perception de l'exclusion sociale et la santé psychologique. Comme dans l'hypothèse précédente, nous avons d'abord tenté de déterminer séparément la relation entre les variables cognitives et la perception de l'exclusion sociale et la relation entre les variables cognitives et la santé psychologique, puis nous avons vérifié si ces variables cognitives interféraient ainsi comme les variables émotionnelles dans la relation entre l'exclusion sociale et la santé psychologique. Nos hypothèses n'ont été que partiellement remplies.



Dans le cas des stratégies d'adaptation, notre hypothèse est remplie, tant pour les dimensions de la perception de l'exclusion sociale que pour l'anxiété et la dépression. Les résultats obtenus indiquent que les mères qui ont des pensées désidératives perçoivent une plus grande privation matérielle, ne participent pas de manière adéquate à la société et perçoivent généralement une plus grande exclusion sociale.

Les stratégies d'adaptation désidérative sont des stratégies cognitives qui affectent la conceptualisation de la situation ou du problème, ce qui conduit généralement à une perception déformée et négative de la situation, à partir de laquelle nous pouvons comprendre comment les mères qui utilisent ce type de stratégies, tendent à percevoir une plus grande exclusion sociale et à percevoir leur manière de se rapporter à leur environnement comme inadéquate et ont aussi une grande difficulté économique.

Nous avons également constaté que les mères qui ont plus de difficultés à accéder aux ressources sociales utilisent davantage des stratégies de recherche du soutien social et moins de stratégies d'évitement. C'est-à-dire, percevoir une plus grande difficulté à accéder aux services sociaux, peut conduire nos participantes à recourir à des stratégies actives pour rechercher un soutien social pour faire face à leur situation et utiliser moins de stratégies d'évitement.

En général, nos résultats suggèrent que la situation de rejet et d'exclusion vécue par les mères célibataires au Maroc est associée à plus de recours à des stratégies d'adaptation telles que la recherche de soutien social est moins désadapté, de sorte que cela appuie les résultats obtenus par Holder, Jakson et Ponterotto, (2015), indiquant une plus grande tendance des femmes à utiliser des stratégies de soutien social, pour faire face à des

situations de discrimination. En outre, de nombreuses études considèrent que les stratégies d'évitement sont inadéquates pour faire face à des situations de discrimination, parce qu'elles conduisent à développer une mauvaise santé psychologique (Basáñez, 2014 ; Smith et al., 2010).

Concernant l'anxiété et la dépression subies, les résultats montrent que les mères célibataires au Maroc utilisent davantage les stratégies de gestion appropriées, basées sur le problème tel que la résolution de problèmes et la restructuration cognitive/ ou sur les émotions telles que l'expression des émotions ; elles rapportent ainsi des niveaux inférieurs d'anxiété et de dépression, tandis que celles qui utilisent des stratégies de gestion inappropriées basées sur les émotions telles que l'autocritique, rapportent des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression. À cet égard, il existe plusieurs études qui mettent l'accent sur le rôle prédictif des stratégies d'adaptation sur la santé psychologique (Folkman, 2008; Sanjuan et Magallares, 2014), reliant les symptômes dépressifs à la moindre utilisation des stratégies d'adaptation basées sur le problème et des stratégies passives et évitant dans une plus grande mesure (Sheppes, Suri et Gross, 2015; Vinas-Poch et al., 2015; Jimenez-Torres, et al., 2012). Nos résultats soutiennent également ceux obtenus par Kim et al., (1997), qui soulignent que les stratégies centrées sur le problème sont utiles pour atténuer l'anxiété et d'autres qui indiquent une association négative entre les stratégies basées sur les émotions et l'anxiété (Tan- Kristanto et Kiropoulos, 2015).

Bien que les niveaux d'anxiété, la dépression et l'exclusion sociale perçus sont liées aux stratégies d'adaptation utilisées, celles-ci ne nuisent pas à la relation entre l'exclusion sociale perçue et la santé psychologique et se limitent par rapport à chacune d'elles séparément. Nos résultats ne soutiendraient pas ceux d'autres études qui mettent l'accent

sur les stratégies d'adaptation comme amortisseurs contre l'humour négative, modérant l'effet d'autres variables et des situations stressantes telles que la situation de rejet et de la discrimination (Sandin, 2003; Sanjuan et Magallares 2015; Zimmer-Gembeck, 2016).

En ce qui concerne la conceptualisation du rejet, notre hypothèse n'est que partiellement remplie. Nos résultats montrent que les mères qui perçoivent leur façon de participer à la société comme inadéquates et se sentent généralement exclues tendent à attribuer des coûts élevés au rejet subi et tendent moins à s'attendre à récupérer leurs relations perdues. À notre tour, nous constatons que les mères qui perçoivent le rejet de leur environnement comme plus aigu et attribuent des coûts élevés à ce rejet, souffrent d'un niveau de dépression plus élevé.

Comme dans les stratégies d'adaptation, les résultats obtenus grâce aux analyses de modération, indiquent qu'aucune des dimensions de la conceptualisation du rejet, considérée dans cette étude, n'interfère dans la relation entre la perception de l'exclusion sociale et l'anxiété et dans la relation entre la perception de l'exclusion sociale et la dépression.

En guise de conclusion, les variables cognitives considérées dans les présentes études, bien qu'elles soient liées à la perception d'une plus faible ou plus grande exclusion sociale, anxiété et dépression n'interfèrent pas dans la relation entre les deux.

Notre septième hypothèse consistait à vérifier si l'importance accordée à la culture de l'honneur peut modérer la relation entre la perception de l'exclusion sociale et la santé psychologique. En effet, nos résultats indiquent que l'honneur féminin et l'honneur neutre, modérés séparément, affectent la relation entre l'exclusion sociale perçue et la dépression,

mais non pas l'anxiété. En particulier, nous constatons que la perception de l'exclusion sociale ne produit d'augmentation de la dépression que lorsqu'une faible importance est attribuée à l'honneur féminin ou neutre, alors que lorsqu'on leur attribue une importance élevée, l'effet se réduit.

Ces résultats peuvent sembler frappants parce que la logique suggérerait que le contraire se produirait. Cependant, les données existant sur l'association entre le style d'attribution interne et le développement d'une dépression plus grande (Huang, 2015) expliquent largement ces résultats. L'attribution d'une grande importance à l'honneur sert à aider les mères célibataires à effectuer des attributions externes, pour leur situation. Alors qu'elles ne donnent pas de grande importance à l'honneur, la justification ou l'attribution de la causalité du rejet perçu et causes externes s'élimine et les mères se considèrent coupables et responsables de leur situation, ce qui les conduirait à souffrir d'une plus grande dépression. Par conséquent, accorder une grande importance à l'honneur neutre et féminin également, dans ce cas, est une variable protectrice face à la dépression.

Les résultats précédents nous ont conduits à proposer de nouvelles hypothèses dans lesquelles nous avons intégré les hypothèses précédemment testées. Ainsi, nous espérons que les variables émotionnelles et cognitives interfèrent simultanément dans la relation entre la perception du rejet social et la santé psychologique. Notre hypothèse est largement remplie.

Plus précisément, nous constatons que l'estime de soi et les stratégies appropriées de gestion des problèmes se déroulent en série. Ainsi, la perception d'une forte exclusion sociale entraîne une diminution de l'estime de soi, cette faible estime de soi provoque à son

tour une augmentation des niveaux d'anxiété et de dépression à travers la réduction des stratégies de gestion adéquate basée sur les problèmes.

De même, nous constatons que l'effet indirect de l'exclusion sociale perçue sur l'anxiété et la dépression se produit également par la médiation de l'estime de soi et des stratégies inappropriées de gestion des émotions, dans ce cas, ce processus est en parallèle. L'exclusion sociale produit un effet sur l'anxiété et la dépression à la fois par la réduction de l'estime de soi et par l'utilisation accrue de stratégies inappropriées de gestion des émotions de la même manière. Par conséquent, nous constatons que l'interférence des variables cognitives se produit uniquement en interaction avec l'estime de soi.

Ces résultats confirment ceux obtenus par d'autres recherches qui suggèrent que les gens qui ont une faible estime de soi sont susceptibles d'avoir des pensées négatives et d'utiliser des stratégies de ruminations, qui à leur tour augmentent le risque de tomber dans la dépression (Wood et al., 2009 ; Wood et al., 2003; Kuster, Orth et Meier, 2012).

En ce qui concerne l'interaction entre les variables émotionnelles et la culture de l'honneur, nous avons mené une analyse de la médiation modérée et on a constaté que l'estime de soi et l'importance accordée à l'honneur féminin ou neutre interfèrent simultanément dans la relation entre l'exclusion sociale et la dépression. La culture de l'honneur conditionne l'effet direct de l'exclusion sociale sur la dépression, tandis que l'estime de soi médiatise la relation indirecte entre ces variables.

Les résultats évoqués précédemment nous permettent de conclure que l'exclusion sociale perçue n'explique pas isolément les niveaux d'anxiété et de dépression vécus par les mères célibataires au Maroc. Le pourcentage de la variance expliquée de l'anxiété et de la

dépression en tenant compte des interférences des variables émotionnelles, cognitives et sociales est significativement plus élevé que celui expliqué par l'exclusion sociale isolée. De plus, ces variables ne fonctionnent pas isolément, mais de manière simultanée, où certaines amplifient l'effet des autres, tandis que d'autres agissent comme des antagonistes. Mais, il convient de noter que l'estime de soi est la variable angulaire dans toute l'équation, donc nous croyons que les interventions avec ces mères devraient se concentrer davantage sur le renforcement de leur estime de soi.

En comparant ces résultats avec ceux obtenus dans le groupe de comparaison, nous avons observé que, bien que les niveaux d'exclusion sociale perçue, de santé psychologique et de culture d'honneur, soient plus importants et prédominants dans l'échantillon marocain, le modèle de réponse et les relations entre les variables est similaire pour la plupart. Dans les deux cultures, la perception d'une plus grande exclusion sociale affecte et prédit une mauvaise santé psychologique chez les mères célibataires. De plus, nous avons constaté que, de la même manière, l'exclusion sociale perçue agit non seulement directement sur la santé psychologique des mères célibataires, mais aussi indirectement sur d'autres voies indirectes, où les variables affectives, cognitives et sociales interfèrent, étant l'estime de soi la variable médiatrice la plus notable dans les deux échantillons.

De même, il convient de noter qu'il existe également certaines différences entre les deux groupes au niveau de l'ordre d'interférence des variables médiatrices considérées dans la présente étude. Par exemple, nous avons observé que, bien que l'IE interfère l'effet indirect de la perception de l'exclusion sociale sur l'anxiété et la dépression à travers l'estime de soi dans les deux groupes, cette interférence ne se produit pas au même niveau. Contrairement au groupe d'intérêt, dans le groupe de comparaison, la composante

régulation de l'intelligence émotionnelle, modère l'effet de l'estime de soi sur la dépression, ce qui fait que cet effet ne survient que lorsqu'il y a une faible régulation. Nous avons également constaté que la perception intrapersonnelle et l'estime de soi exercent comme des variables de médiation (médiation en chaîne) dans l'effet indirect de l'exclusion sociale perçue sur la dépression.

Concernant les variables cognitives, nous avons également constaté que contrairement au groupe d'intérêt où, malgré les corrélations significatives trouvées, elles n'ont pas de rôle médiateur ou modérateur, dans le groupe de comparaison, les stratégies d'adaptation inadéquates basées sur les problèmes, modèrent la relation entre perception de l'exclusion sociale et l'anxiété, de sorte que la perception d'une exclusion sociale plus ou moins importante ne produit de l'anxiété que lorsque les mères utilisent plus de stratégies de gestion inadéquates basées sur les problèmes (pensée désidérative et évitement de problèmes).

En ce qui concerne CH, nous constatons que l'importance accordée à l'honneur masculin est significativement liée à l'exclusion sociale perçue et à la participation sociale des mères célibataires espagnoles, ce qui ne s'est pas produit dans le contexte marocain. Ce qui veut dire qu'en Espagne, le CH a encore un poids important et interfère dans les relations interpersonnelles et sociales.

En résumé, malgré les particularités de chaque échantillon, on peut affirmer que le rejet et l'exclusion sociale n'affectent pas seulement la sphère interpersonnelle des personnes qui en souffrent, mais ont également un effet néfaste sur la santé psychologique, ce qui nuit de manière remarquable au développement. Les variables émotionnelles ainsi

que le soutien social se sont avérés être les principaux amortisseurs qui peuvent protéger contre le rejet et l'exclusion sociale.

Tenant compte de tout ce qui précède, nous considérons qu'il est important de travailler pour amortir les effets de l'exclusion sociale à la fois au plan individuel à travers des programmes d'intervention psychologiques axés principalement sur la composante affective comme le renforcement de l'estime de soi ou l'amélioration des compétences émotionnelles; et au plan social, en soulignant et en renforçant le rôle joué par les associations et les réseaux de soutien social pour ces mères, et en accordant une attention particulière au Maroc pour être une société ouverte qui doit continuer à progresser dans l'égalité.

## **LES LIMITES**

Il est important de noter que cette étude est proposée comme une approche à l'étude des effets de l'exclusion sociale et le rejet perçu sur la santé psychologique et du potentiel rôle en tant qu'amortisseur des variables émotionnelles, cognitives et sociales, dans un échantillon particulier qui a toujours souffert en silence du rejet de la société. Nous pensons donc que cette étude contribuera au développement et à l'élaboration de programmes d'intervention, permettant d'améliorer la qualité de vie, le bien-être psychosocial et la santé des mères célibataires en particulier et des personnes rejetées et exclues en général.



Cependant, notre travail présente une série de limitations. Parmi lesquelles, le nombre réduit de participantes dans les deux groupes en raison des accès et contact difficiles avec les mères, qui dans de nombreuses occasions ont montré beaucoup de réticences à participer. En outre, la spécificité de chaque contexte ou du pays, nous a conduits à utiliser deux différentes formes d'accès à l'échantillon, malgré cela, nous croyons que les deux groupes sont comparables, vu leurs caractéristiques socio-démographiques communes, aient été très prudents dans le cas de l'échantillon espagnol qui se prête à une plus grande diversité. Malgré cette difficulté, nous considérons que le nombre de participantes est assez important si on prend en considération les caractéristiques de l'échantillon. Cependant, la taille de l'échantillon empêche la réalisation d'une série d'analyses statistiques qui auraient permis d'obtenir une image plus large des relations complexes entre les variables. Par exemple, l'analyse d'équations structurelles ou une ANOVA multivariée aurait permis d'inclure plus de variables pour analyser l'interaction entre elles.

De même, le fait d'être une étude transversale ne nous permet pas d'avoir une vision de l'évolution de la perception de l'exclusion sociale en fonction du stade particulier (enceintes, post-partum, l'allaitement et le rôle parental). Pour cette raison, nous considérons qu'il est intéressant de pouvoir enquêter sur ces mères dans différents moments temporels et de voir l'évolution psychosociale en fonction de l'attention reçue.

Une autre limite de cette étude est le faible indice de la fiabilité de l'échelle des attributs d'honneur dans le contexte marocain. L'échelle utilisée dans cette étude peut ne pas correspondre à la conception de l'honneur spécifique à cette culture. En effet, comme on peut le voir dans l'étude pilote d'adaptation des échelles au contexte marocain, l'échelle

CH est celle qui a suscité le plus de débats parmi les juges et les experts, entraînant une série de changements, de substitutions et d'éliminations. Malgré cela, les résultats fournissent des relations et des effets significatifs, ce qui nous amène à considérer l'occasion de retravailler l'adaptation de l'échelle en utilisant une méthodologie qualitative pour assurer une plus grande validité de contenu, ou même la création d'échelles CH plus adéquate avec l'idée et le concept de l'honneur dans la culture marocaine.

Cependant, nous pensons que les résultats de cette étude sont positifs, car ils ouvrent un nouveau champ d'études qui n'avait pas été exploré, celui de comprendre et de connaître l'important rôle protecteur joué par les variables émotionnelles et le soutien social dans les situations de rejet et d'exclusion sociale, sur lequel il faut poursuivre les recherches et travailler sur ce grave problème social.

### **Lignes futures**

Bien que le travail présente de bons résultats et contribue à la compréhension de la réalité sociale ainsi qu'à la proposition d'actions à prendre, nous considérons qu'il est nécessaire de souligner qu'il y a encore beaucoup à apprendre sur les processus psychologiques et sociaux qui se produisent dans des situations d'exclusion et rejet social et, en ce sens, nos intérêts de recherche et de travail sont nombreux, soit avec parcours ou en continuité.

Ainsi, nous pensons que la relation entre la perception de l'exclusion sociale et la santé psychologique que nous avons pu aborder dans cette étude est beaucoup plus complexe, et nous croyons que cette relation peut interférer avec d'autres variables qui

peuvent influencer sur la façon de faire face à la situation de rejet et amortir ses effets sur la santé psychologique. De là, nous pensons qu'il est nécessaire d'examiner l'interférence d'autres variables possibles dans cette relation, parmi eux, nous soulignons, la perception du soutien social en fonction de sa source (famille, amis et / ou la société), les styles attributifs ainsi que les styles dispositionnels (optimisme -pessimisme) entre autres.

Nous pensons également que, pour assurer une plus grande fiabilité et validité, il est nécessaire de développer des échelles de mesure spécifiques dans le contexte marocain, qui se caractérise par une vision du monde spécifique, une situation linguistique complexe et l'absence d'une culture de mesure psychologique (EL Rhazi et al., 2009). C'est le cas, par exemple, de la conception de la culture de l'honneur.

De plus, nous considérons nécessaire l'élaboration de programmes d'intervention spécifiques pour ces mères, se concentrant principalement sur la composante affective et émotionnelle, à travers des sessions de formation pour renforcer l'estime de soi et d'améliorer leurs compétences émotionnelles et également d'encourager l'utilisation de stratégies d'adaptation appropriées pour faire face à leur situation.

Nous considérons également que ce serait d'un grand intérêt de travailler avec les enfants de mères célibataires qui, comme leurs mères, sont souvent stigmatisés par la société et considérés comme le fruit du péché et sont victimes de rejet et d'exclusion de leur environnement. En outre, la mauvaise santé psychologique de leurs mères a un impact négatif sur eux (Daryanai et al., 2016), de sorte que ces enfants souffrent souvent à la fois directement et indirectement, des conséquences du rejet. Par conséquent, il est important

de connaître les processus psychologiques et sociaux impliqués afin de développer des programmes d'intervention spécifiques pour ce groupe.

Nos résultats ont également mis en évidence le grand travail que les associations accomplissent pour soutenir les mères célibataires au Maroc, et donc pour réduire et atténuer les effets de l'exclusion sur elles et les maintenir dans leur lutte quotidienne contre les différentes formes de rejet et de discrimination. Par conséquent, nous avons pensé qu'il serait très intéressant de pouvoir faire connaître aux institutions et à la société civile le rôle important que ces associations jouent à travers des articles de divulgation et de soumettre des rapports aux institutions responsables.

De plus, nous avons également pensé qu'il serait intéressant de réaliser un suivi de l'usage que font les associations des mères célibataires des résultats de cette recherche, car ces résultats peuvent leur fournir un soutien pour améliorer leurs programmes d'intervention et de renforcer les lacunes qui ont par rapport à des utilisatrices externes qui, selon nos résultats, souffrent d'une mauvaise santé psychologique et d'une plus grande exclusion sociale.

En conclusion, nous pensons que, en dépit des efforts et des mesures prises pour l'égalité et la protection des femmes, la résistance est multiple et beaucoup d'entre elles sont stigmatisées et exclues de la société et continuent à souffrir en silence les conséquences du rejet et de la discrimination que la société exerce sur elles, nos participantes sont un exemple clair de tout cela.

Nous pensons donc, qu'il y a encore un long chemin à parcourir dans la lutte contre la discrimination à l'égard des femmes, notamment au Maroc, où il y a une plus grande

résistance, principalement de la part de la société, malgré les initiatives des institutions. Ainsi, nous croyons que nous devrions accorder plus d'attention au composant social et culturel, à travers des programmes d'intervention et de sensibilisation sociale, dans le but de diminuer et d'éradiquer les stéréotypes de genre, revoir et corriger les messages transmis par les médias (presse, publicité, télévision, radio, etc.), en incluant des programmes d'éducation en égalité dans les centres éducatifs, etc. De même, nous pensons que les institutions doivent renforcer et soutenir le travail que font les associations, car elles sont une pièce maîtresse et un pont d'union entre elles et la société.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Abdullah, M. C., Elias, H., Mahyuddin, R., & Uli, J. (2004). Emotional intelligence and academic achievement among Malaysian secondary students. *Pakistan Journal of Psychological Research, 19*(3-4).
- Abela, J. R., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of abnormal psychology, 120*(2), 259. DOI: 10.1037/a0022796
- Abrahamson, P. (2010). Fattigdom i globalt perspektiv. København: CASA (Social Årsrapport).
- Abrams, D., Viki, G. T., Masser, B., & Bohner, G. (2003). Perceptions of stranger and acquaintance rape: The role of benevolent and hostile sexism in victim blame and rape proclivity. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(1), 111–125. Doi:10.1037/0022-3514.84.1.111.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology, 87*(1), 49.
- Abu-Lughod, L. (1999). *Veiled sentiments. Honor and poetry in a Bedouin society*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Abu-Zeid, A. H., & Peristiany, J. (1965). Honour and shame: The values of Mediterranean society. *Weidenfeld, London*.
- Ackerman, R. A., Witt, E. A., Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., & Kashy, D. A. (2011). What does the narcissistic personality inventory really measure?. *Assessment, 18*(1), 67-87. DOI: 10.1177/1073191110382845
- Adamopoulos, J. (1977). The dimensions of the Greek concept of philotimo. *Journal of Social Psychology, 102*, 313-314.
- ADFM (1985). Association Democratique des femmes Marocaines.
- Adnane, A. (2013). El trato discriminatorio de la filiación extramatrimonial en Marruecos= The discriminatory treatment of the extramarital filiation in Morocco. *Revista de Derecho Político, 1*(86), 283-305. DOI.: <https://doi.org/10.5944/rdp.86.2013.12137>.
- Aguilar, N. M., & Fernández Alles, J. J. (2012). Igualdad de género y desarrollo humano en Marruecos: Cuestiones pendientes tras la Constitución de 2011. *Revista de estudios internacionales mediterráneos, 13*(13).
- Ajaaouani, N. (2012). Situación de la mujer en marruecos tras las reformas del nuevo código de familia (MUDAWWANA, 2004) una perspectiva histórico-social y jurídica. *IV congreso virtual sobre la historia de las mujeres*. En línea: [www.revistacodice.es](http://www.revistacodice.es).

- Akpinar, A. (2003). The honour/shame complex revisited: violence against women in the migration context. *Women's studies international forum*, 26(5), 425-442. DOI:10.1016/j.wsif.2003.08.001
- Álvaro-Estramiana, J. L., Garrido-Luque, A., & Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. Doi:10.3989/ris.2008.06.08
- Allport, G. W. (1954). The historical background of modern social psychology. *Handbook of social psychology*, 1, 3-56.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of marriage and family*, 62(4), 129-1287.
- Amato, P. R. (2005). The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. *The future of children*, 75-96.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5a Edición).
- Andrade, L., Gorenstein, C., Vieira Filho, A. H., Tung, T. C., & Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34(3), 367-374.
- Anshel, M. H., & Kaissidis, A. N. (1997). Coping style and situational appraisals as predictors of coping strategies following stressful events in sport as a function of gender and skill level. *British Journal of Psychology*, 88(2), 263-276.
- Antoun, R. T. (1968). On the modesty of women in Arab Muslim villages: A study in accommodation of Traditions. *American Anthropologist*, 70, 671-697.
- Arcas Guijarro, S., & Cano Vindel, A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Psicologia.com* [Online], 3 (1), 145 párrafos. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art\\_6.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.htm)
- Arias, A., & Toro, R. (2015). Cognitive Personality and Differential Coping in Anxiety and Depression. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(2), 49-59.
- Assaad, R., & Zouari, S. (2003). *The timing of marriage, fertility, and female labor force participation in Morocco*. Paper presented at the Population Association of American Annual Conference, Minneapolis, MN.
- Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., Höfler, M., & Beesdo-Baum, K. (2016). Does low coping efficacy mediate the association between negative life events and incident psychopathology? A prospective-longitudinal community study among adolescents and young

- adults. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(2), 171-180. DOI: 10.1017/S204579601500013X
- Atkins, R. L. (2017). Outcomes of Depression in Black Single Mothers. *Clinical nursing research*, 26(4), 464-483. DOI: 10.1177/1054773816633440
- Atkins, R. L. (2015). Depression in Black single mothers: A test of a theoretical model. *Western Journal of Nursing Research*, 37, 812-830. DOI:10.1177/0193945914528289
- Augusto Landa, J. M., & Martínez de Antoñana Ugarte, R. (1998). Afrontamiento al estrés y salud: panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología* (Valencia), (58), 31-48.
- Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., Berrios-Martos, M. P., & Pulido-Martos, M. (2012). Analyzing the relations among perceived emotional intelligence, affect balance and burnout. *Psicología Conductual*, 20(1), 151.
- Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., del Carmen Aguilar-Luzón, M., & de Ugarte, M. F. S. (2009). Predictive validity of perceived emotional intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse Education Today*, 29(7), 801-808.
- Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., Martos, M. P. B., & del Carmen Aguilar-Luzón, M. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 888-901. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005
- Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., y Pulido-Martos, M. (2011). Inteligencia emocional percibida y estrategias de afrontamiento al estrés en profesores de enseñanza primaria: propuesta de un modelo explicativo con ecuaciones estructurales (SEM). *Revista de psicología social*, 26(3), 413-425. DOI: 10.1174/021347411797361310
- Augusto, J. M., Pulido, M. y López-Zafra, E. (2010). Emotional intelligence and personality traits as predictors of psychological well-being in Spanish undergraduates. *Social Behavior and Personality*, 38, 783-794. DOI 10.2224/sbp.2010.38.6.783.
- Augusto-Landa, J. M., Pulido-Martos, M., & Lopez-Zafra, E. (2011). Does perceived emotional intelligence and optimism/pessimism predict psychological well-being?. *Journal of Happiness Studies*, 12(3), 463-474. Doi:10.1007/s10902-010-9209-7
- Axelsson, L., & Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: a population-based study. *International Journal of Social Welfare*, 11(2), 111-119. DOI: 10.1111/1468-2397.00205
- Ayyash-Abdo, H., & Alamuddin, R. (2007). Predictors of subjective well-being among college youth in Lebanon. *The Journal of Social Psychology*, 147(3), 265-284. DOI: 10.3200/SOCP.147.3.265-284



- Bagley, C., & Mallick, K. (2001). Normative data and mental health construct validity for the Rosenberg Self-Esteem Scale in British Adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 9(2-3), 117-126. Doi: 10.1080/02673843.2001.9747871
- Bak, C. K. (2004a). Demokratisering og individualisering af fattigdommen? En kvantitativ og kvalitativ belysning af fattigdom i Danmark. København: SÅXO Forlag.
- Bak, C. K. (2004b). Demokratisering af fattigdommen? En kritisk analyse af
- Bak, C. K. (2018). Definitions and Measurement of Social Exclusion. A Conceptual and Methodological Review. *Advances in Applied Sociology*, 8(05), 422-443. DOI:10.4236/aasoci.2018.85025
- Baldry, A. C., Pagliaro, S., & Porcaro, C. (2013). The rule of law at time of masculine honor: Afghan police attitudes and intimate partner violence. *Group Processes & Intergroup Relations*, 16, 363–374. doi: 10.1177/1368430212462492.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496. DOI:10.1177/1745691614544528
- Barnett, J. R. (2011). Coping Style as a Mediator to the Influence of Emotional Intelligence on Self-esteem and Anxiety for Juvenile Delinquent Males (Doctoral dissertation, Oklahoma State University).
- Bar-On, R. (1997). The emotional intelligence inventory (EQ-I): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Barraud É., 2008, Les femmes face aux transformations socioéconomiques. Conflits, négociations et émergence de nouveaux rapports sociaux, EDE Genre en Méditerranée, Rabat, Ramsès
- Barraud É., 2010, La filiation légitime à l'épreuve des mutations sociales au Maghreb, Droit et cultures 59 | 2010-1, mis en ligne le 6 juillet 2010, <http://droitcultures.revues.org/2118> (consulté le 31 mai 2012).
- Barrett, L. F., Lane, R. D., Sechrest, L., & Schwartz, G. E. (2000). Sex differences in emotional awareness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(9), 1027-1035. Doi:10.1177/01461672002611001
- Barrowclough, C., & Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical psychology review*, 23(6), 849-880.
- Basáñez, T., Warren, M. T., Crano, W. D., & Unger, J. B. (2014). Perceptions of intragroup rejection and coping strategies: Malleable factors affecting Hispanic adolescents' emotional and academic outcomes. *Journal of youth and adolescence*, 43(8), 1266-1280. DOI: 10.1007/s10964-013-0062-y
- Bastian, V. A., Burns, N. R., & Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and individual differences*, 39(6), 1135-1145. DOI: 10.1016/j.paid.2005.04.006

- Batnitzky, A. (2008). Obesity and household roles: gender and social class in Morocco. *Sociology of Health & Illness*, 30, 445–462. Doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01067.x.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles?. *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44. DOI: 10.1111/1529-1006.01431
- Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Hutton, D. G. (1989). Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of personality*, 57(3), 547-579. DOI:10.1111/j.1467-6494.1989.tb02384.x
- Baumeister, R. F., Wotman, S. R., & Stillwell, A. M. (1993). Unrequited love: On heartbreak, anger, guilt, scriptlessness, and humiliation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 377.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497.
- Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N.L. & Twenge, J. M. (2006). Social exclusion impairs self regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(4), 589–604.
- Baumeister, R.F., Twenge, J. M., & Nuss, C. K. (2002). Effects of social exclusion on cognitive processes: anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 817.
- Beach, S. R., & Tesser, A. (2000). Self-evaluation maintenance and evolution. In *Handbook of social comparison* (pp. 123-140). Springer, Boston, MA.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186-3191.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1995). Terapia cognitiva: pasado, presente y futuro. En M. Mahoney (comp.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica* (pp. 49-61). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1365-1367.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.

- Belarbi, A. (1997). Réflexions préliminaires sur une approche féministe de la dichotomie espace public/espace privé. In R. Bourqia (Ed.), *Etudes Féminines* (pp. 73-82). Rabat: Faculté des Lettres et des Sciences humaines de Rabat.
- Benavidez, T. M., Neria, A. L., y Jones, D. N. (2016). The bond that breaks: Closeness and honor predict morality-related aggression. *Evolutionary Psychological Science*, 2(2), 140-148. DOI: 10.1007/s40806-016-0044-x
- Benlabbah, F. (2008). Islam y derechos de la mujer en Marruecos. *CadernosPagu*, (30), 95-106. DOI: 10.1590/S0104-83332008000100008.
- Bennani-Chraïbi M., 1994, *Soumis et rebelles, les jeunes au Maroc*, Paris, Le Fennec.
- Benradi, M. (2006). *Dynamique sociale et évolution statut des femmes au Maroc , Rapport Haut – Comissariat au Plan: Prospective Maroc 2030*. En línea : <https://www.hcp.ma/file/111433/>.
- Benzakour-Chami, A. (1990). La jeune fille un enjeu factice. *Approches : etre jeune fille*, 6, 27-40.
- Berjot, S., Girault-Lidvan, N., & Gillet, N. (2012). Appraising stigmatization and discrimination: Construction and validation of a questionnaire assessing threat and challenge appraisals to personal and social identity. *Identity*, 12(3), 191-216. Doi: 10.1080/15283488.2012.691254.
- Berjot, S., & Gillet, N. (2011). Stress and coping with discrimination and stigmatization. *Frontiers in psychology*, 2, 33. DOI: 10.3389/fpsyg.2011.00033
- Bermúdez, M. P., Teva Álvarez, I., & Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1).
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Gómez, L., Blanco, C., & Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 24(3), 396-401.
- Berrios-Martos, M. P., Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M., & López-Zafra, E. (2012). La inteligencia emocional y el sentido del humor como variables predictoras del bienestar subjetivo. *Psicología conductual*, 20(1), 211.
- Berwick, L. V., & Near, M. A. (2017). Single Mothers in Morocco: Social Stigma and Struggle for Identity. En línea: <https://www.moroccanchildrenstrust.org/wp-content/uploads/2018/01/Dissertation-Lucilla-Berwick-.pdf>.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1986). Children of parents with unipolar depression: A controlled 1-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(1), 149-166. Doi: 10.1007/BF00917230
- Blackhart, G. C., Nelson, B. C., Knowles, M. L., & Baumeister, R. F. (2009). Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: A meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and Social Psychology Review*, 13(4), 269-309. DOI: 10.1177/1088868309346065

- Blanco, A., & Díaz, D. (2007). El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*, 19(4).
- Böhnke, P. (2004). *Perceptions of social integration and exclusion in an enlarged Europe*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Bohon, C., Stice, E., Burton, E., Fudell, M., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). A prospective test of cognitive vulnerability models of depression with adolescent girls. *Behavior Therapy*, 39(1), 79-90. DOI: 10.1016/j.beth.2007.05.003
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 59(3), 525.
- Bolivar, J.; Bernal, M., Mateo, I; Daponte, A., Escudero, C; Sánchez, C., González, I., Humbelina, U., Mata, J.L., Fernández & M.C; Villar, J (2015). *The health of adults undergoing an eviction process*. Gaceta Sanitaria. Volumen 30: 4-10.
- Bourdieu, P. (1968). El sentimiento del honor en la sociedad de cabilia. En J.G. Peristiany (ed.), *El concepto de honor en la sociedad mediterránea* (pp. 175-224). Barcelona: Editorial Labor.
- Bourgeois, K. S., & Leary, M. R. (2001). Coping with rejection: Derogating those who choose us last. *Motivation and Emotion*, 25(2), 101-111.
- Bourquia, R., (2000). Habitat femmes et honneur. *Femme, Culture et Societe au Maghreb: Culture, Femme et Famille*. (1), 15-36. Ed : Afrique orient.
- Bousbaa, A. (2014). *Les formes d'exclusion et de solidarité à l'égard des mères célibataires*, Thèse de Doctorat, Faculté des lettres et des sciences humaines Ain- Chock, Université Hassan II de Casablanca (Maroc).
- Bousbaa, A. (2017). L'interférence du stigmate dans la prise en charge médicale. Le cas des mères célibataires. *L'année du maghreb*, (17), 69-81. En Línea : <https://journals.openedition.org/anneemaghreb/3176#ftn3>.
- Bousbaa, A., & Anbi, A. (2017). Les conditions des mères célibataires face aux défaillances des politiques sociales au Maroc. *Revue des politiques sociales et familiales*, 124(1), 53-61.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual differences*, 36(6), 1387-1402. DOI:10.1016/S0191-8869(03)00236-8.
- Brackett, M. A., Palomera, R., Mojsa-Kaja, J., Reyes, M. R., & Salovey, P. (2010). Emotion-regulation ability, burnout, and job satisfaction among British secondary-school teachers. *Psychology in the Schools*, 47(4), 406-417.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of personality and social psychology*, 91(4), 780. DOI:10.1037/0022-3514.91.4.780

- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and social psychology bulletin*, 29(9), 1147-1158. DOI: 10.1177/0146167203254596
- Bradshaw, J., Kemp, P., Baldwin, S., & Rowe, A. (2004). The drivers of social exclusion. *London: Social Exclusion Unit*.
- Bradshaw, J., & Finch, N. (2003). Overlaps in dimensions of poverty. *Journal of social policy*, 32(4), 513-525.
- Brandes, S. (1980). *Methaphors of masculinity: Sex and status in Andalusian folklore*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Brissette I., Scheier M. F. & Carver C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102-111.
- Brody, L. R., & Hall, J. A. (2008). Gender and emotion in context. *Handbook of emotions*, 3, 395-408.
- Broussard, C. A. (2010). Research regarding low-income single mothers' mental and physical health: A decade in review. *Journal of Poverty*, 14(4), 443-451. DOI: 10.1080/10875549.2010.518003
- Broussard, C. A., Joseph, A. L., & Thompson, M. (2012). Stressors and coping strategies used by single mothers living in poverty. *Affilia*, 27(2), 190-204. Doi: 10.1177/0886109912443884
- Brown, G. W., & Harris, T. O. (Eds.). (1989). *Life events and illness*. Guilford Press.
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. *Self-esteem: Issues and answers*, 4-9.
- Brown, R. P., Baughman, K., & Carvallo, M. (2018). Culture, masculine honor, and violence toward women. *Personality and social psychology bulletin*, 44(4), 538-549. DOI: 10.1177/0146167217744195.
- Brown, R. P., y Osterman, L. L. (2012). Culture of Honor, Violence. *The Oxford handbook of evolutionary perspectives on violence, homicide, and war*, 218-232. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199738403.013.0013
- Brown, T. A., Campbell, L., Lehman, C., Grishman, J. & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Buhlmann, U., Teachman, B. A., Naumann, E., Fehlinger, T., & Rief, W. (2009). The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 694-702. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.02.008
- Burchardt, T. (2000). Social exclusion: concepts and evidence. *Breadline Europe: The measurement of poverty*, 385-406.

- Burchardt, T., Le Grand, J., & Piachaud, D. (2002). Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure. In *Understanding Social Exclusion* (pp. 30-43). Oxford: Oxford University Press.
- Burton, C. M., Marshal, M. P., Chisolm, D. J., Sucato, G. S., & Friedman, M. S. (2013). Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: A longitudinal analysis. *Journal of youth and adolescence*, 42(3), 394-402. DOI:10.1007/s10964-012-9901-5
- Bushman, B. J., Bonacci, A., van Dijk, M. & Baumeister, R. F. (2003). Narcissism, Sexual Refusal, and Aggression: Testing a Narcissistic Reactance Model of Sexual Coercion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1027-1040.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Self esteem/self concept scales for children and adolescents: A review. *Child and Adolescent mental health*, 10(4), 190-201. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2005.00368.x
- Byrne, D. (1999). *Social Exclusion*. Buckingham: Open University Press
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Berntson, G. G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 71–74. DOI: 10.1111/1467-8721.01232
- Caffaro, F., Ferraris, F. & Schmidt, S. (2014). Gender Differences in the Perception of Honour Killing in Individualist Versus Collectivistic Cultures: Comparison Between Italy and Turkey. *Sex Roles*, 71, 296-318. DOI: 10.1007/s11199-014-0413-5.
- Caffaro, F., Mulas, C., & Schmidt, S. (2016). The perception of honour-related violence in female and male university students from Morocco, Cameroon and Italy. *Sex Roles*, 75(11-12), 555-572. doi.org/10.1007/s11199-015-0576-8.
- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D. R., & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(8), 442-449. DOI: 10.1007/s00127-003-0661-0
- Campbell, J. K. (1965). Honour and the devil. In J. G. Peristiany (Ed.), *Honour and shame: The values of Mediterranean society*. (pp. 112-175). London: Weidenfeld y Nicolson.
- Candela Agulló, C., Barberá Heredia, E., Ramos López, A., & Sarrió Catalá, M. (2002). Inteligencia emocional y la variable género. *Revista electrónica de emoción y motivación REME*, 5(10), 167-182.
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de psiquiatría*, 35(1), 29-39.

- Canto, J. M., Perles, F., & San Martín, J. (2017). Culture of honour and the blaming of women in cases of rape/La cultura del honor y la inculpación de la mujer en casos de violación. *Revista de Psicología Social*, 32(1), 80-107. DOI: 10.1080/02134748.2016.1250488.
- Canto, J. M., Alvaro, J. L., Pereira, M., Torres, A. R., & Pereira, C. (2012). Jealousy and infidelity: The role of gender identity and culture of honour. *Estudios de Psicología*, 33, 337-346. Doi:10.1174/021093912803758129. DOI: 10.1080/02134748.2014.918822
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(3), 339-350. DOI: 10.1007/s00127-014-1004-z
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., ... & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), 375.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). On the self-regulation of behavior. Cambridge University Press.
- Castaño, E. F., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2).
- Castro, T., & Seiz, M. (2014). La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica. *Informe FOESSA*, (4).
- Catanzaro, S. J., Wasch, H. H., Kirsch, I., & Mearns, J. (2000). Coping-related Expectancies and Dispositions as Prospective Predictors of Coping Responses and Symptoms. *Journal of Personality*, 68(4), 757-788. DOI:10.1111/1467-6494.00115
- Cathey, A. J., Norwood, W. D., y Short, M. B. (2014). Social pain and social anxiety: Examining the experiences of ethnic, sexual, and dual minority groups. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 18(3), 247-265.
- Cattell, R. B. (1966). Anxiety and motivation: Theory and crucial experiments. *Anxiety and behavior*, 1, 23-62. Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (2014). Inteligencia emocional percibida, ansiedad y afectos en estudiantes universitarios. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(3). DOI:10.5944/reop.vol.25.num.3.2014.13858
- Ceballo, R., & V. McLoyd. 2002. "Social Support and Parenting in Poor, Dangerous Neighborhoods". *Child Development*, 73(4), 1310-1321. DOI:10.1111/1467-8624.00473
- CEDAW. (1979). Convenio sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres. Copenhague.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual differences*, 28(3), 539-561.

- Cicchetti, D., & Dawson, G. (2002). Multiple levels of analysis. *Development and Psychopathology*, *14*(3), 417-420. DOI: 10.1017/S0954579402003012
- Cihangir, S. (2013). Gender specific honor codes and cultural change. *Group Processes & Intergroup Relations*, *16*(3), 319-333. DOI: 10.1177/1368430212463453.
- Cobano-Delgado, V. (2008). Repercusiones socioeducativas de las reformas del Código de Familia en Marruecos. [Socioeconomic repercussions of the Reforms of the Code of Family in Morocco]. *Foro de Educación*, *6*(10), 401-424.
- Cobb, C. L., Xie, D., & Sanders, G. L. (2016). Coping styles and depression among undocumented Hispanic immigrants. *Journal of immigrant and minority health*, *18*(4), 864-870. DOI: 10.1007/s10903-015-0270-5
- Cohen, D. (1996). Law, social policy, and violence: The impact of regional cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 961-978.
- Cohen, D. & Nisbett, R. E. (1994). Self-protection and the culture of honor: Explaining Southern violence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *20*, 551-567.
- Cohen, D. & Nisbett, R. E. (1997). Field experiments examining the culture of honor: the role of institutions in perpetuating norms about violence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*(11), 1188-1199.
- Cohen, D., Nisbett, R. E., Bowdle, B. F. & Schwarz, N. (1996). Insult, aggression and the Southern culture of honor: An "experimental ethnography." *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(5), 945-960.
- Cohen, D., Vandello, J. & Rantilla, A. K. (1998). The sacred and the social: Cultures of honor and violence. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*, 261-282. Oxford: Oxford University Press.
- Collins, S., Woolfson, L. M., & Durkin, K. (2014). Effects on coping skills and anxiety of a universal school-based mental health intervention delivered in Scottish primary schools. *School Psychology International*, *35*(1), 85-100. DOI: 10.1177/0143034312469157
- Comisión Europea, L. V. (2002). Libro verde de la Comisión Europea. *Barcelona: Estudi6 Barcelona*.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of adolescence*, *16*(3), 331-349. DOI: 10.1006/jado.1993.1028
- Compas, B. E., & Epping, J. E. (1993). Stress and coping in children and families. In *Children and disasters* (pp. 11-28). DOI: 10.1007/978-1-4757-4766-9\_2
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(6), 976.



- Consejo nacional de los derechos humanos de Marruecos, (2015). Situación de la igualdad y la paridad en Marruecos: Preservación de los objetivos y finalidades de la constitución. En línea: [HTTP://WWW.CNDH.MA/SITES/DEFAULT/FILES/CNDH - R.E WEB - PARITE EGALITE FR -.PDF](http://www.cndh.ma/sites/default/files/cndh_-_r.e_web_-_parite_egalite_fr_-.pdf)
- Coyne, J. C., Gallo, S. M., Klinkman, M. S., & Calarco, M. M. (1998). Effects of recent and past major depression and distress on self-concept and coping. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 86.
- Crawford, C. (2003). *Towards a Common Approach to Thinking about and Measuring Social Inclusion*, Toronto: L'Institut Roehrer.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological bulletin, 130*(3), 392. DOI: 10.1037/0033-2909.130.3.392
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological review, 108*(3), 593. Doi:10.1037/0033-295X.108.3.593
- Crockett, L. J., Iturbide, M. I., Torres Stone, R. A., McGinley, M., Raffaelli, M., & Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support, and coping: Relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*(4), 347-355. DOI: 10.1037/1099-9809.13.4.347
- Crosier, T., Butterworth, P., & Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 42*(1), 6-13. DOI:10.1007/s00127-006-0125-4
- Crowder, M. K., & Kimmelmeier, M. (2017). New insights on cultural patterns of suicide in the United States: The role of honor culture. *Cross-Cultural Research, 51*(5), 521-548. DOI: 10.1177/1069397117712192
- Chafai, L. (1998). Las mujeres sujeto de marginación en Marruecos. *Anales de historia contemporánea, 13*, 35-55.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 19*(3), 163-176.
- Chappell, N. L., & Badger, M. (1989). Social isolation and well-being. *Journal of Gerontology, 44*(5), 169-176.
- Chen, Z., Williams, K.D., Fitness, J. & Newton, N.C. (2008). When Hurt Will Not Heal: Exploring the Capacity to Relive Social and Physical Pain. *Psychological Science, 19*(8), 789-795. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2008.02158.x
- Cheng, C., Hui, W. M., & Lam, S. K. (1999). Coping style of individuals with functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine, 61*(6), 789-795.
- Cherkaoui, N. (2010). Le maroc des meres celibataire: ampleur, realite, actions, representations, itineraire et vecus. Etude pour Insaf, Casablanca. En linea :

[HTTP://TBINTERNET.OHCHR.ORG/TREATIES/CRC/SHARED%20DOCUMENTS/MAR/INT\\_CRC\\_NGO\\_MAR\\_17893\\_F.PDF.](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/MAR/INT_CRC_NGO_MAR_17893_F.pdf)

- Cherkaoui, N. (2016). Femme en situation de maternité célibataire: projet d'insertion professionnelle de population. Etude pour SANTE SUD et INSAF. En linea : [HTTP://WWW.SANTESUD.ORG/SINFORMER/ACTIONS/ETUDE%20SUR%20LES%20BESOINS%20DES%20M%20AU%20MAROC.PDF](http://www.santesud.org/sinformer/actions/etude%20sur%20les%20besoins%20des%20M%20au%20maroc.pdf)
- Cherlin, A. J. (1992). *Marriage, divorce, remarriage*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chico Librán, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3).
- Chkhaidze, N. (2017). Incorporating visual communication desensitization in the treatment of depression in women with sexual trauma histories. *Dissertations*, 133.
- Chung, J. M., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Nofhle, E. E., Roberts, B. W., & Widaman, K. F. (2014). Continuity and change in self-esteem during emerging adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(3), 469-483. DOI: 10.1037/a0035135
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2015). Coping strategies as mediators and moderators between stress and quality of life among parents of children with autistic disorder. *Stress and Health*, 31(1), 5-12. Dol: 10.1002/smi.2513
- Daryanani, I., Hamilton, J. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2016). Single mother parenting and adolescent psychopathology. *Journal of abnormal child psychology*, 44(7), 1411-1423. DOI: 10.1007/s10802-016-0128-x.
- De Jong, P. J., Sportel, B. E., De Hullu, E., & Nauta, M. H. (2012). Co-occurrence of social anxiety and depression symptoms in adolescence: differential links with implicit and explicit self-esteem?. *Psychological medicine*, 42(3), 475-484. DOI: 10.1017/S0033291711001358.
- Deitz, M. F., Williams, S. L., Rife, S. C., & Cantrell, P. (2015). Examining cultural, social, and self-related aspects of stigma in relation to sexual assault and trauma symptoms. *Violence against women*, 21(5), 598-615. DOI: 10.1177/1077801215573330.
- Delaney, C. (1991). *The seed and the soil. Gender and cosmology in Turkish villaje society*. California: University of California Press.
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 168-176.
- Denton, F. N., Rostosky, S. S., & Danner, F. (2014). Stigma-related stressors, coping self-efficacy, and physical health in lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 383-391. DOI: 10.1037/a0036707
- Devicienti, F., y Poggi, A. (2011). Poverty and social exclusion: two sides of the same coin or dynamically interrelated processes?. *Applied Economics*, 43(25), 3549-3571. DOI: 10.1080/00036841003670721

- DeWall, C. N., Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2008). Satiated with belongingness? Effects of acceptance, rejection, and task framing on self-regulatory performance. *Journal of personality and social psychology, 95*(6), 1367. DOI: 10.1037/a0012632
- DeWall, C. N., Twenge, J. M., Gitter, S. A., & Baumeister, R. F. (2009). It's the thought that counts: The role of hostile cognition in shaping aggressive responses to social exclusion. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(1), 45-59. DOI: 10.1037/a0013196
- Di Benedetto, M., Lindner, H., Aucote, H., Churcher, J., McKenzie, S., Croning, N., & Jenkins, E. (2014). Co-morbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status. *Psychology, health & medicine, 19*(3), 253-262. DOI: 10.1080/13548506.2013.803135
- Dickerson, M. (2015). *Men's emotional intelligence related to their depression level, anxiety level, masculinity, and satisfaction with life* (Doctoral dissertation, The Wright Institute).
- Donaldson, D., Prinstein, M.J., Danovsky, M. & Spirito, A. (2000). Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*(3), 351-359.
- Donnellan, M. B., Kenny, D. A., Trzesniewski, K. H., Lucas, R. E., & Conger, R. D. (2012). Using trait-state models to evaluate the longitudinal consistency of global self-esteem from adolescence to adulthood. *Journal of research in personality, 46*(6), 634-645. DOI: 10.1016/j.jrp.2012.07.005
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2011). Self-Esteem Enduring Issues and Controversies. *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences, 718-746*.
- Dooley, D., Prause, J., Ham-Rowbottom, K. A., & Emptage, N. (2006). Age of alcohol drinking onset: Precursors and the mediation of alcohol disorder. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 15*(2), 19-37.
- Nolidin, K., Downey, L. A., Hansen, K., Schweitzer, I., & Stough, C. (2013). Associations between social anxiety and emotional intelligence within clinically depressed patients. *Psychiatric Quarterly, 84*(4), 513-521. DOI: 10.1007/s11126-013-9263-5.
- Drapeau, M., Blake, E., Dobson, K. S., & Körner, A. (2017). Coping Strategies in Major Depression and Over the Course of Cognitive Therapy for Depression. *Canadian Journal of Counselling & Psychotherapy/Revue Canadienne de Counseling et de Psychothérapie, 51*(1).18-39.
- Duffy, K. (1995). *Social Exclusion and Human Dignity in Europe*. Estrasburgo: Consejo de Europa.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. Alcan.
- D'Zurilla, T. J., & Chang, E. C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive therapy and research, 19*(5), 547-562.
- Eaves, G., & Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 93*(1), 31.

- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1994). Personal, situational, and contextual correlates of coping in adolescence. *Journal of research on Adolescence*, 4(1), 99-125. DOI: 10.1207/s15327795jra0401\_6
- Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2009). Interpersonal predictors of stress generation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(5), 544-556. DOI: 10.1177/0146167208329857
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (2006). Emotion Regulation and Children's Socioemotional Competence. In L. Balter & C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *Child psychology: A handbook of contemporary issues* (pp. 357-381). New York, NY, US: Psychology Press.
- Eisenberger, N., Leiberman, M.D. & Williams. K.D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292. DOI: 10.1126/science.1089134
- El Ghoudani, K., Pulido-Martos, M., & Lopez-Zafra, E. (2018). Measuring emotional intelligence in Moroccan Arabic: the Wong and Law Emotional Intelligence Scale/Medidas de la inteligencia emocional en árabe marroquí: la escala de inteligencia emocional de Wong y Law. *Revista de Psicología Social*, 33(1), 174-194. Doi: 10.1080/02134748.2017.1385243
- El Harras, M. (2000). Feminite et masculinité dans la société rurale marocaine. Le cas d'anjra. *Femmes, culture et société au maghreb : cultur, femmes et famille*, 1, 37-56.
- El Harras, M. (2006). *Les mutations de la famille au Maroc*. [The mutations of the family in Morocco]. En línea: <http://www.abhatoo.net.ma/maalama-textuelle/developpement-economique-et-social/developpement-social/societe/familles/les-mutations-de-la-famille-au-maroc>.
- El Khamsi, R. (2017). El movimiento feminista marroquí: religión e identidad a debate. *Revista clepsidra*, (16), 9-41. En línea: [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/7054/CL\\_16\\_%282017%29\\_01.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/7054/CL_16_%282017%29_01.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- EL Rhazi, K., Nejari, C., Serhier, Z., Tachfouti, N., Berraho, M., Zakaria, Y., ... & Barberger, P. G. (2009). Cross-cultural adaptation difficulties in health quality of life scales for developing countries: example of St-George respiratory questionnaire validation in Morocco. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 57(3), 179-189. DOI: 10.1016/j.respe.2008.11.005
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 101(3), 607. DOI: 10.1037/a0024299
- Escamilla, M., Rodríguez, I. & González, G. (2009). El estrés como amenaza y como reto: un análisis de su relación. *Ciencia y Trabajo*, 32, 96-101.

- Essau, C., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal Affect Disord*, 127(1-3), 185–190. DOI: 10.1016/j.jad.2010.05.016
- Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (2004).
- Everly, G. S. (1979). Strategies for coping with stress: An assessment scale. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services.
- Extremera Pacheco, N., & Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2), 1-17.
- Extremera, N., Ruiz-Aranda, D., Pineda-Galán, C., & Salguero, J. M. (2011). Emotional intelligence and its relation with hedonic and eudaimonic well-being: A prospective study. *Personality and Individual Differences*, 51(1), 11-16. DOI: 10.1016/j.paid.2011.02.029
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45-51.
- Farruggia, S. P., Chen, C., Greenberger, E., Dmitrieva, J., & Macek, P. (2004). Adolescent self-esteem in cross-cultural perspective: Testing measurement equivalence and a mediation model. *Journal of cross-cultural psychology*, 35(6), 719-733. DOI:10.1177/0022022104270114
- Feghali, E. (1997). Arab cultural communication patterns. *International Journal of Intercultural Relations*, 21(3), 345-378.
- Feinstein, B. A., Davila, J., & Dyar, C. (2017). A weekly diary study of minority stress, coping, and internalizing symptoms among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(12), 1144-1157. DOI:10.1037/ccp0000236
- Felipe Castaño, E. y Ávila Espada, A. (2002). Los perfiles interpersonales. Aspectos clínicos del circumplex interpersonal de Wiggins. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 19-34.
- Felipe Castaño, E., y Ávila Espada, A. (2007). UN ANÁLISIS INTERPERSONAL DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN: PARECIDOS Y DIFERENCIAS EN EL CIRCUMPLEX INTERPERSONAL. *Ansiedad y Estrés*, 13(1).
- Feliú, M. T. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (110), 62-69.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. In *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Ediciones Pirámide.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en psicología social*, 1(5), 251-254.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, 94(3), 751-755. DOI:10.2466/pr0.94.3.751-755.

- Fernández-Berrocal, P., Pérez, J. C., Repetto, E. & Extremera, N. (2004). Una comparación empírica entre cinco medidas breves de inteligencia emocional percibida. En *Proceedings of VII European Conference on Psychological Assessment*. Málaga: European Association of Psychological Assessment.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., & Orozco, F. (1999). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N., & Extremera, N. (2002). " Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Materiales*, 51(19), 1-3.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera Pacheco, N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (66), 85-108.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2003). ¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional. *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 255-259.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2016). Ability emotional intelligence, depression, and well-being. *Emotion Review*, 8(4), 311-315.
- Fernández-Berrocal, P., & Ruíz Aranda, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15).
- Ferrer Pérez, V. & Bosch Fiol, E. (2000). Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. *Papeles del Psicólogo*, (75), 13-19.
- Feuerstein, M., Labbe, E. E., & Kuczmierczyk, A. R. (1986). Health psychology: A psychology perspective.
- Ficková, E. (1998). Interaccion of self-concept and coping strategies in adolescents. *Studia Psychologica*, 40(4), 297-302.
- Figuroa, M. I., Contini, N., Betina Lacunza, A., Levín, M., & Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*, 21(1). 66-72.
- Flaquer, L., Almeda, E., & Navarro-Varas, L. (2006). Monoparentalidad e infancia. *Colección estudios sociales*. (20), fundación la caixa.
- Martín, T. C., & Puyuelo, M. S. (2014). La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica. Informe FOESSA.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14. DOI: 10.1080/10615800701740457
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239. DOI: 10.2307/2136617.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 745-774. DOI: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Fraley, R. C., & Roberts, B. W. (2005). Patterns of continuity: a dynamic model for conceptualizing the stability of individual differences in psychological constructs across the life course. *Psychological review*, 112(1), 60. DOI: 10.1037/0033-295X.112.1.60
- Friedman, E. S., & Thase, M. E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. In *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 619-682). Siglo XXI de España Editores. Frydenberg, E. (1994). Coping and its correlates: What the Adolescent Coping Scale tells us. *The Educational and Developmental Psychologist*, 11(2), 1-11.
- Fundación CODESPA, (2015). Los problemas de ser madre soltera en Marruecos. En línea : <http://www.codespa.org/blog/2015/07/01/problemas-ser-madre-soltera-marruecos/>.
- Fúnez, E. T. & Lopez-Zafra, E. (2010). Diferencias en cultura del honor, inteligencia emocional y pensamientos distorsionados sobre las mujeres en reclusos y no reclusos. *Boletín de psicología*, (100), 71-88.
- Fuster Ruiz de Apodaca, M. J., Molero, F., Holgado Tello, F. P., & Sansinenea, E. (2013). Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. *Acción Psicológica*, 10(2), 87-99. Doi: 10.5944/ap.10.2.11826
- Gallagher, E. N., & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and individual differences*, 44(7), 1551-1561. DOI: 10.1016/j.paid.2008.01.011
- Gamble, W.C. (1994). Perceptions of controlability and other stressor event characteristics as determinants of coping among young adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 65-84. DOI: 10.1007/BF01537142
- García, A. J., Marín, M., & Bohórquez, M. R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- García, F., & Ochoa, G. M. (1999). AF5: Autoconcepto forma 5: manual. Tea.
- Gardner, H. E. (2000). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. Hachette UK.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2014). Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies?. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1153-1160. DOI: 10.1016/j.adolescence.2014.07.005

- Gartzia, L., & Lopez-Zafra, E. (2014). Gender research in Spanish psychology: An overview for international readers. *Sex Roles, 70*(11-12), 445– 456. DOI:10.1007/s11199-014-0380-x.
- Gartzia, L., & Lopez-Zafra, E. (2016). Gender Research in Spanish Psychology, Part II: Progress and Complexities in the European Context. *Sex Roles, 73*(11-12). DOI: 10.1007/s11199-015-0567-9.
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Díaz-Herrero, Á., García-Fernández, J. M., & Inglés, C. J. (2015). Perfiles de inteligencia emocional y conducta social en adolescentes españoles. *Psicología Conductual, 23*(1), 141-160.
- Ghassemi, G. R., Sadeghi, S., Asadollahi, G. A., Yousefy, A. R., & Mallik, S. (2010). Early experiences of abuse and current depressive disorders in Iranian women/Experiences precoces de maltraitance et troubles depressifs chez les femmes iraniennes. *Eastern Mediterranean health journal, 16*(5), 498.
- Gilmore, D. D. (1982). Anthropology of the Mediterranean area. *Annual Review of Anthropology, 11*(1), 175-205.
- Gilmore, D. D. (1987b). *Honor, honesty, shame: Male status in contemporary Andalusia*. In D. D. Gilmore (Ed.), *Honor and shame and the unity of the Mediterranean*, 90-103. Washington, DC: American Anthropological Association.
- Gilmore, D. D. (1990). *Manhood in the making: Cultural concepts of masculinity*. Newhaven, CT: Yale University Press.
- Gilmore, D. D. (Ed.). (1987a). *Honor and Shame and the Unity of the Mediterranean* (No. 22). Amer Anthropological Assn.
- Gilmore, D. D., & Gwynne, G. (Eds.) (1985). Sex and gender in southern Europe [Special issue]. *Anthropology, 9*.
- Girdano & Everly, 1986. Cita secundaria: Kohn, J. P., y Frazer, G. H. (1986). An academic stress scale: Identification and rated importance of academic stressors. *Psychological reports, 59*(2), 415-426.
- Glick, P., Sakalli-Ugurlu, N., Akabs, G., Metin Orta, I. & Ceylan, S., (2016). Why do women endorse honor beliefs? Ambivalent sexism and religiosity as predictors. *Sex Roles, 75*(11-12), 543-554. DOI: 10.1007/s11199-015-0550-5.
- Gohm, C. L., Corser, G. C., & Dalsky, D. J. (2005). Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant?. *Personality and Individual Differences, 39*(6), 1017-1028.
- Gohm, C. L., & Clore, G. L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. *Cognition & Emotion, 16*(4), 495-518.
- Goldenberg, I., Matheson, K., & Mantler, J. (2006). The assessment of emotional intelligence: A comparison of performance-based and self-report methodologies. *Journal of personality assessment, 86*(1), 33-45. DOI: 10.1207/s15327752jpa8601\_05



- Goleman, D. P. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ for character, health and lifelong achievement*. Ny: Bantam Books.
- Gölge, Z. B., Yavuz, M. F., Müderrisoğlu, S., & Yavuz, M. S. (2003). Turkish university students' attitudes toward rape. *Sex Roles, 49*, 653–661. DOI: 10.1023/B:SERS.0000003135.30077.a4
- Golombok, S., Zadeh, S., Imrie, S., Smith, V., & Freeman, T. (2016). Single mothers by choice: Mother–child relationships and children's psychological adjustment. *Journal of Family Psychology, 30*(4), 409. DOI: 10.1037/fam0000188
- Gómez, L., Canto, J. & Garcia, P. (2014). Variables moduladoras de las diferencias de sexo en los celos. *Revista de psicología social, 16*(3), 293-313. DOI: 10.1174/021347401317351053.
- Gómez, L., Perez, M., & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología conductual, 9*, 5-38.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(3).
- González Santos, M. T. (2015). Los movimientos feministas y femininos en Marruecos y su transposición a la diápora marroquí en Francia. *Feminismo/s, (26)*, 197-219. DOI: 10.14198/fem.2015.26.10. En línea: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57541/1/Feminismos\\_26\\_10.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57541/1/Feminismos_26_10.pdf).
- González Barrón, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M. M., & Bernabéu Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema, 14*(2). 363-368.
- González-Arratia, N. I. (2001). La autoestima. UAEM.
- Goodman, S. H., & Brand, S. R. (2002). Depression and early adverse experiences. *Handbook of depression, 2*, 249-274.
- Gordon, D., Adelman, L., Ashworth, K., Bradshaw, J., Levitas, R., Middleton, S., ... & Williams, J. (2000). Poverty and social exclusion in Britain. York: Joseph. Rowntree foundation.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. (2002). *Handbook of Depression*. NY: Guilford Press.
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being: Testing for mediation using path analysis. *European psychologist, 14*(1), 29. DOI: 10.1027/1016-9040.14.1.29
- Groer, M.W., Thomas, S.P. & Shoffner, D. (1992). Adolescent stress and coping: A longitudinal study. *Research in Nursing and Health, 15*, 209-217. DOI: 10.1002/nur.4770150307

- Gruenenfelder-Steiger, A. E., Harris, M. A., & Fend, H. A. (2016). Subjective and objective peer approval evaluations and self-esteem development: A test of reciprocal, prospective, and long-term effects. *Developmental psychology*, *52*(10), 1563. DOI: 10.1037/dev0000147
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F., De Irala-Estévez, J., & Cervera, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, *31*, 261–273.
- Guilford, J. P. (1954). *Psychometric Methods*. 2nd ed., McGraw-Hill.
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, *23*(3).
- Gunther Moor, B., Crone, E. A., & van der Molen, M. W. (2010). The heartbrake of social rejection: Heart rate deceleration in response to unexpected peer rejection. *Psychological Science*, *21*(9), 1326-1333. DOI: 10.1177/0956797610379236.
- Halleröd, B., & Larsson, D. (2008). Poverty, welfare problems and social exclusion. *International Journal of Social Welfare*, *17*(1), 15-25. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2007.00503.x
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*, 293-319.
- Hammen, C. (2016). Depression and stressful environments: Identifying gaps in conceptualization and measurement. *Anxiety, Stress, & Coping*, *29*(4), 335-351. DOI:10.1080/10615806.2015.1134788
- Hammen, C., Brennan, P.A., Keenan-Miller, D., Hazel, N.A., & Najman, J.M. (2010). Chronic and acute stress, gender, and serotonin transporter gene–environment interactions predicting depression symptoms in youth. *J Child Psychol Psychiatr*, *51*(2), 180. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02177.x
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S. E. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(5), 782. DOI: 10.1037/0022-006X.68.5.782
- Hankin, B. L. (2012). Future directions in vulnerability to depression among youth: Integrating risk factors and processes across multiple levels of analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*(5), 695-718. DOI: 10.1080/15374416.2012.711708
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haefel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, *28*(3), 309-345. DOI:10.1023/B:COTR.0000031805.60529.0d
- Hansen, S. (2003). Mental health issues associated with cardiovascular disease in women. *Psychiatric clinics of North America*, *26*(3), 693-712. DOI: 10.1016/S0193-953X(03)00037-6
- Hardy, L., Jones, J. G., & Gould, D. (1996). *Understanding psychological preparation for sport: Theory and practice of elite performers*. John Wiley & Sons Inc.

- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. New York, NY: Guilford.
- Harter, S., Marold, D. B., & Whitesell, N. R. (1992). Model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. *Development and Psychopathology*, 4(1), 167-188. DOI: 10.1017/S0954579400005629
- Harter, S., y Whitesell, N. R. (1996). Multiple pathways to self-reported depression and psychological adjustment among adolescents. *Development and psychopathology*, 8(4), 761-777. DOI:10.1017/S0954579400007410
- Hatcher, J., Rayens, M. K., Peden, A. R., & Hall, L. A. (2008). Predictors of depression for low-income African American single mothers. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 2(3), 89-110.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological bulletin*, 135(5), 707. DOI: 10.1037/a0016441
- Hatzenbuehler, M. L., Nolen-Hoeksema, S., & Erickson, S. J. (2008). Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: results from a prospective study of bereaved gay men. *Health Psychology*, 27(4), 455. DOI: 10.1037/0278-6133.27.4.455
- Hayes, A. F. (2013). *An introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Heatherton, T.F., Kleck, R.E., Hebl, M.R. & Hull, J.G. (2000). *The social psychology of stigma*. The Guildford Press, London.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 24(5), 342-349. DOI: 10.1002/da.20249
- Hertel, J., Schütz, A., & Lammers, C. H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 942-954. DOI: 10.1002/jclp.20597
- Hidalgo García, M. V., Lorence Lara B., Pérez Padilla J., Menéndez Álvarez-Dardet S., Sánchez Hidalgo J., Jiménez García L., Arenas Rojas A. (2009). El apoyo social de mujeres solas con responsabilidad familiar. *Un estudio de madres usuarias de los Servicios Sociales*. España: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Hilal, L., & Vallejo-Peña, F. A., (2016). La femme marocaine dans le processus de participation politique. *Revista de estudios fronterizos del estrecho de Gibraltar*, (3), 1-23. En línea: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5873461.pdf>.
- Holder, A. M. B., Jackson, M. A., & Ponterotto, J. G. (2015). Racial microaggression experiences and coping strategies of Black women in corporate leadership. *Qualitative Psychology*, 2(2), 164-180. Doi: 10.1037/qup0000024

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. DOI: 10.1177/1745691614568352
- Horn, S. A., (2015). Stress and Coping With Manuscript Rejection. *Journal of Management Inquiry*, 25 (1); 11-26. DOI: 10.1177/1056492615586597
- Howerton, A. (2005). Gender differences in coping: Implications for depression and crime.
- Huang, C. (2015). Relation between attributional style and subsequent depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 721-735. DOI: 10.1007/s10608-015-9700-x
- Huang, C., & Dong, N. (2012). Factor structures of the Rosenberg self-esteem scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 132-138. DOI: 10.1027/1015-5759/a000101.
- Hunter, B. A., Mohatt, N. V., Prince, D. M., Thompson, A. B., Matlin, S. L., & Tebes, J. K. (2017). Socio-psychological mediators of the relationship between behavioral health stigma and psychiatric symptoms. *Social Science & Medicine*, 181, 177-183.
- Huh, J., Delorme, D. E., & Reid L. N. (2006). Perceived third-person effects and consumer attitudes on preventing and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs*, 40 (1), 90-116. DOI: 10.1007/s10561-006-9056-6
- Hursh, J. (2012). Advancing women's rights through Islamic law: The example of Morocco. *Berkeley J. Gender L. y Just.*, 27(2), 252-305.
- Hyunjoo, N. B., Dancy, L. y Park, C., (2015). College Student Engaging in Cyberbullying Victimization: Cognitive Appraisals, Coping Strategies, and Psychological Adjustments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 155-161. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.01.008
- Initiative Concertée pour le Renforcement des Acquis des Marocaines- ICRAM., (2012). Plan gouvernemental pour l'égalité, Ministère de la solidarité, de la femme, de la famille et du développement social. Maroc. En línea : [http://www.ogfp.ma/uploads/documents/Plan%20gouvernemental%20pour%20l'%D8%A3%C2%A9galit%D8%A3%C2%A9%20ICRAM%20\(Fran%D8%A3%C2%A7ais\).pdf](http://www.ogfp.ma/uploads/documents/Plan%20gouvernemental%20pour%20l'%D8%A3%C2%A9galit%D8%A3%C2%A9%20ICRAM%20(Fran%D8%A3%C2%A7ais).pdf).
- IJzerman, H., van Dijk, W. W., & Gallucci, M. (2007). A bumpy train ride: A field experiment on insult, honor, and emotional reactions. *Emotion*, 7(4), 869-875. DOI: 10.1037/1528-3542.7.4.869.
- Informe Amnistía, (2016). Marruecos: el proyecto de ley sobre violencia contra las mujeres necesita salvaguardias más firmes. En líneas: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/marruecos-el-proyecto-de-ley-sobre-violencia-contra-las-mujeres-necesita-salvaguardias-mas-firmes/>.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. (2006). Cognitive vulnerability to depression. *Cognitive vulnerability to emotional disorders*, 63-91.
- Ingram, R. E., Miranda, J., y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Guilford Press.

- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). Encuesta Continua de Hogares. Recuperado el 7 de Mayo de 2016 de Notas de prensa. Sitio web: [www.ine.es/prensa/prensa/htm](http://www.ine.es/prensa/prensa/htm).
- Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). (2009). ). Depression. Department of Health & Human Services. Washington: NIMH.
- International Test Commission. (2001). International guidelines for test use. *International Journal of Testing*, 1(2), 93-114.
- Guide ITEG. (2014). Guide sur l'intégration transversale de l'égalité de genre dans les politiques publiques. Le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social. En línea : <http://www.ogfp.ma/uploads/documents/Guide%20sur%20l%E2%80%99Int%C3%A9gration%20Transversale%20de%20l%E2%80%99Egalit%C3%A9%20de%20Genre%20dans%20les%20politiques%20publiques.pdf>.
- Izgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., y Kuğu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 630-634. DOI: 10.1177/070674370404900910
- Jackson, A. P. (1998). The role of social support in parenting for low-income, single, black mothers. *Social Service Review*, 72(3), 365-378.
- Jadva, V., Badger, S., Morrissette, M., & Golombok, S. (2009). 'Mom by choice, single by life's circumstance...' Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. *Human Fertility*, 12(4), 175-184. DOI: 10.3109/14647270903373867
- Jakubowska, L. (1989). A matter of honor. *The world and I*, April, 670-677.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). Psicopatología. Barcelona, España: UOC.
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). Sociale Uitsluiting in Nederland (Social Exclusion in the Netherlands). The Hague: SCP (Social and Cultural Planning Office).
- Jehoel-Gijsbers, G. & Vrooman, C. (2007). Explaining social exclusion: A theoretical model tested in the Netherlands. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research|SCP.
- Jehoel-Gijsbers, G., Smits, W., Boelhouwer, J., & Bierings, H. (2009). Sociale uitsluiting: Een meetinstrument [Social exclusion: A measuring instrument]. *The Hague: Social en Cultureel Planbureau*.
- Jehoel-Gijsbers G, Vrooman C (2007) Explaining social exclusion: A theoretical model tested in the Netherlands. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research|SCP.
- Jiménez, M. I., & López-Zafra, E. (2011). Actitudes sociales y adaptación social en adolescentes españoles: el papel de la inteligencia emocional percibida. *Revista de Psicología Social*, 26(1), 105-117.

- Jiménez-Torres, M. G., Martínez Narváez, P., Miró Morales, E., & Sánchez Gómez, A. I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de psicología*, 28(1), 28-36.
- Johnson, L. & Lipsett-Rivera, S. (1998). *The Faces of Honor. Sex, Shame and Violence in Colonial Latin America*. Albuquerque, University of New Mexico Press. 4
- Johnson, S. K., & Blanchard, A. (2016). Emotional intelligence and mental health: Stress and symptom reporting pathways. *Journal of Mental Health Counseling*, 38(1), 79-92. DOI: org/10.17744/mehc.38.1.06.
- Kaiser, C. R., & Miller, C. T. (2004). A stress and coping perspective on confronting sexism. *Psychology of Women Quarterly*, 28(2), 168-178. DOI: 10.1111/j.1471-6402.2004.00133.x
- Kaplan, H. B., & Peck, B. M. (1992). Self-rejection, coping style, and mode of deviant response. *Social Science Quarterly*, 73(4), 903-919.
- Kaufman, T. M., Baams, L., & Dubas, J. S. (2017). Microaggressions and depressive symptoms in sexual minority youth: The roles of rumination and social support. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(2), 184.
- Keers, R. & Aitchison, K.J. (2010). Gender differences in antidepressant drug response. *International Review Psychiatry*, 22(5), 485-500. DOI: 10.3109/09540261.2010.496448
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2010). Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression: the problem of causal inference in psychiatric epidemiology. *Archives of general psychiatry*, 67(11), 1120-1127. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2010.136
- Kercher, J. A., Rapee, M. R., & Schniering, A. C. (2009). Neuroticism, life events and negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. *Journal Abnorm Child Psychol*, 37, 903-915.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological inquiry*, 14(1), 1-26. Doi: 10.1207/S15327965PLI1401\_01
- Kessler, R. C., Foster, C., Webster, P. S., & House, J. S. (1992). The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys. *Psychology and aging*, 7(1), 119.
- Khalid, M. (1977). The sociocultural determinants of Arab diplomacy. En G. N. Atiey (ed), *Arab and American cultures*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Policy Research.
- Kiernan, K., & Mensah, F. (2010). Partnership trajectories, parent and child well-being. *Children of the 21st century: The first five years*, 2, 77.
- Killgore, W. D., Sonis, L. A., Rosso, I. M., & Rauch, S. L. (2016). Emotional Intelligence Partially Mediates the Association between Anxiety Sensitivity and Anxiety Symptoms<sup>1</sup>, 2. *Psychological Reports*, 118(1), 23-40. Doi:10.1177/0033294115625563

- Kim, K. I., Won, H., Liu, X., Liu, P., & Kitanishi, K. (1997). Students' stress in China, Japan and Korea: A transcultural study. *International Journal of Social Psychiatry*, 43(2), 87-94. DOI: 10.1177/002076409704300202
- Kong, F., & You, X. (2011). Loneliness and self-esteem as mediators between social support and life satisfaction in late adolescence. *Social Indicators Research*. Doi: 10.1007/s11205-011-9930-6.
- Kong, F., Zhao, J., & You, X. (2012). Emotional intelligence and life satisfaction in Chinese university students: The mediating role of self-esteem and social support. *Personality and Individual Differences*, 53(8), 1039-1043.
- Koydemir, S., y Demir, A. (2008). Shyness and cognitions: an examination of Turkish university students. *The Journal of psychology*, 142(6), 633-644. DOI: 10.3200/JRLP.142.6.633-644
- Kucharska, J., (2017). Sexual and Non-Sexual Trauma, Depression and Self-Esteem in a Sample of Polish Women. A Cross-Sectional Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 186–194. Doi: 10.1002/cpp.1994
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., y Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 129-135. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01759.x
- Kunzendorff, E., Wilhelm, M., Scholl, U., & Scholl, M. (1991). Coping processes in selected groups of chronically ill patients. *Zeitschrift fur die gesamte innere Medizin und ihre Grenzgebiete*, 46(18), 690-696.
- Kuster, F., Orth, U. & Meier, L. L. (2012). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213.
- Kuster, F., Orth, U., & Meier, L. L. (2013). High self-esteem prospectively predicts better work conditions and outcomes. *Social Psychological and Personality Science*, 4(6), 668-675. Doi: 10.1027/1016-9040/a000259
- Kuster, F., & Orth, U. (2013). The long-term stability of self-esteem: Its time-dependent decay and nonzero asymptote. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(5), 677-690. DOI: 10.1177/0146167213480189
- Kuyken, W., Dalgleish, T., & Holden, E. R. (2007). Advances in cognitive-behavioural therapy for unipolar depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), 5-13. DOI:10.1177/070674370705200103
- Kuyken, W., Watkins, E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive-behavior therapy for mood disorders. *Oxford textbook of psychotherapy*, 111-126.
- Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T., & Gill, J. M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: A critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(3), 115-126. DOI: 10.1177/1524838011404251

- Kwako, L. E., Szanton, S. J., Saligan, L. N., & Gill, J. M. (2011). Major depressive disorder in persons exposed to trauma: relationship between emotional intelligence and social support. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 17*(3), 237-245. DOI:10.1177/1078390311402498
- Lachowicz-Tabaczek, K., & Śniecińska, J. (2011). Self-concept and self-esteem: How the content of the self-concept reveals sources and functions of self-esteem. *Polish Psychological Bulletin, 42*(1), 24-35.
- Lahoz, S. & Forn, M. (2016). Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas, 15*(1), 157-168.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In *Research in psychotherapy conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US*. American Psychological Association.
- Laparra, M., & Pérez, B. (2009). *Exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación* (Vol. 24). Cáritas Española.
- Larsen, J. E. (2004, September). Social inclusion and exclusion-conceptual issues and measurement of inclusion and exclusion in Denmark 1976 to 2000. In *RC 19 annual conference: Welfare state restructuring: processes and social outcomes, Paris, France*.
- Lavarone, A., Ziello, A. R., Pastore, F., Fasanaro, A. M. & Poderico, C., (2014). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychiatr Dis Treat, 10*, 1407–1413. Doi: 10.2147/NDT.S58063.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological inquiry, 1*(1), 3-13. Doi :10.1207/s15327965pli0101\_1
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., Cohen, J. B., Folkman, S., Kanner, A., & Schaefer, C. (1980). Psychological stress and adaptation: Some unresolved issues. *Selye's guide to stress research, 1*, 90-117.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. *The handbook of behavioral medicine, 282-325*.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology, 56*(2), 267.
- Leary, M. R. (2002). The interpersonal basis of self-esteem: Death, devaluation, or deference? En Forgas, J. y Williams, K. D. *The social self: Cognitive, interpersonal, and intergroup perspectives* (pp.143-159). *New York: Psychology Press*.
- Leary, M. R. (Ed.) (2001). *Interpersonal rejection*. New York: Oxford University Press.
- Leary, M. R., Koch, E. & Hechenbleikner, N. (2001). Emotional responses to interpersonal rejection. En Leary, M. R., (Ed.), *Interpersonal rejection* (pp. 145–166). New York: Oxford University Press.



- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of personality and social psychology*, 68(3), 518.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 32, pp. 1-62). Academic Press.
- Leary, M. R., & Downs, D. L. (1995). Interpersonal functions of the self-esteem motive. In *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 123-144). Springer, Boston, MA.
- Levenson, J. L., Mishra, A., Hamer, R. M., & Hastillo, A. (1989). Denial and medical outcome in unstable angina. *Psychosomatic Medicine*.
- Levine, J. M. & Kerr, N. L. (2007). Inclusion and Exclusion: Implications for Group Processes. En A. W. Kruglanski y E.T. Higgins, (Ed.), *Social Psychology. Handbook of Basic Principles*, 2.ª Edición (pp. 759-784), Nueva York: Guilford Press.
- Levitas, R. (2006), The concept and measurement of social exclusion. In C. Pantazis, D. Gordon y R. Levitas (Eds.), *Poverty and Social Exclusion in Britain*, (pp. 123-160), Bristol: The Policy Press
- Lewinsohn, P. M., Joiner Jr, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 110(2), 203. Doi: 10.1037/0021-843X.110.2.203
- Li, T., Saklofske, D. H., Bowden, S. C., Yan, G., & Fung, T. S. (2012). The measurement invariance of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) across three Chinese university student groups From Canada and China. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 30, 439-452. doi: 10.1177/0734282912449449.
- Lin, H. S., Probst, J. C., & Hsu, Y. C. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), 2342-2354. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03216.x
- Lipman, E. L., & Boyle, M. H. (2005). Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program. *Canadian Medical Association Journal*, 173(12), 1451-1456. Doi: 10.1503/cmaj.050655
- Litman, J. A., & Lunsford, G. D. (2009). Frequency of use and impact of coping strategies assessed by the COPE Inventory and their relationships to post-event health and well-being. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 982-991. DOI: 10.1177/1359105309341207
- Liu, Guang-zeng; Pan, Yan-gu; Li, Wei-wei; Meng, Ya-yun; Zhang, & Da-jun.(2017). Effect of self-esteem on social anxiety in adolescents: The mediating role of self-concept clarity. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 25 (1), 151-154.
- Liu, M., y Ren, S. (2018). Moderating Effect of Emotional Intelligence on the Relationship between Rumination and Anxiety. *Current Psychology*, 37(1), 272-279.

- Liu, R. T. (2013). Stress generation: Future directions and clinical implications. *Clinical Psychology Review, 33*, 406–416. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.01.005
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M., & Petty, R. E. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion, 5*(1), 113. DOI: 10.1037/1528-3542.5.1.113
- López, A. (2000). El papel de la mujer marroquí a debate: El Plan de Acción para la Integración de la Mujer al Desarrollo. *Revista Mugak, (11)*, abril-junio 2000. En línea: <http://mugak.eu/revista-mugak/no-11/el-papel-de-la-mujer-marroqui-a-debate-el-plan-de-accion-para-la-integracion-de-la-mujer-al-desarrollo>.
- Lopez-Zafra, E. (2007a). El componente cultural de la violencia. En Morales, J.F. y cols. (coord.). *Psicología Social* (441-454). Madrid: Mc.Graw-Hill.
- Lopez-Zafra, E. (2007b). Elaboración de una escala para medir Cultura del Honor. *Revista de Psicología Social, 22*(1), 31-42.
- Lopez-Zafra, E. (2008). Relación entre Cultura del Honor e Identidad de género: el papel del sexo, edad y nivel de estudios en la predisposición a la violencia. *Estudios de Psicología, 29*(2), 209-220. DOI: 10.1174/021093908784485101
- Lopez-Zafra, E. (2009). Cultura del Honor: Influencia de las variables sociodemográficas y dimensiones Psicosociales en la predisposición a reaccionar con violencia ante ofensas al honor. *Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial*, 115-142.
- Lopez-Zafra, E. & Rodríguez, N. (2014). Gender Identity, Culture of honor and gender violence. In Miller, B. L. (Ed.) *Gender Identity: Disorders, developmental perspectives and social implications*. (145-160). New York. Nova Science Publishers.
- Lopez-Zafra, E. & Rodriguez-Espartal, N. (2008). Relación entre cultura del honor, celos y Satisfacción en la pareja. *Boletín de Psicología, 94*, 7-22.
- Lopez-Zafra, E., Pulido-Martos, M., y Augusto-Landa, J. M. (2013). Inteligencia emocional en el trabajo. Madrid: Síntesis.
- López-Zafra, E. & Rodríguez-Espartal, N. (2008a). Relación entre cultura del honor, celos y Satisfacción en la pareja. *Boletín de Psicología, 94*, 7-22.
- Lopez-Zafra, E., Rodriguez, N. y Ramos, M. M., (2018 aceptado). Women's and Men's role in Culture of Honor endorsement within families. *European Journal of women's studies*.
- Lopez-Zafra, E., Rodriguez-Espartal, N. & Morales, M.I. (2008). Cultura del honor e inteligencia emocional ¿conceptos relacionados o incompatibles?. *Summa Psicología, 5*(2), 17-26.
- Lopez-Zafra, E., Rodríguez-Espartal, N. y Ramos Alvarez, M.M., (2014). Do parents and siblings differ in their Culture of Honor? An examination with in Spanish families. EASP General Meeting. Amestrdam (Holanda).

- Lopez-Zafra, E., & El Ghoudani, K. (2014). The Influence of Culture of Honor and Emotional Intelligence in the Acculturation of Moroccan Immigrant Women. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E49. doi:10.1017/sjp.2014.53
- Lopez-Zafra, E., & Gartzia, L. (2014). Perceptions of gender differences in self-report measures of emotional intelligence. *Sex roles*, 70(11-12), 479-495. Doi: 10.1007/s11199-014-0368-6.
- Lopez-Zafra, Pulido-Martos & Morales (2016). La medición de la exclusión social en España: Adaptación de un instrumento.
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological bulletin*, 131(2), 202. DOI: 10.1037/0033-2909.131.2.202
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2012). Individual differences in self-esteem. *Handbook of self and identity*, 354-377.
- Mackey, S. (1987). *Saudis: Inside the desert Kingdom*. Nueva York: Signet.
- Magallares Sanjuan, A. (2011). Exclusión social, rechazo y ostracismo: principales efectos. *Psicología.com*, 15.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general*, 105(1), 3-46. Doi: 10.1037/0096-3445.105.1.3.
- Major, B., & O'brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 393-421. DOI: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Malo, C. (1994). Ex-partner, family, friends, and other relationships: Their role within the social network of long-term single mothers. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(1), 60-81.
- Maner, J. K., DeWall, C. N., Baumeister, R. F., & Schaller, M. (2007). Does social exclusion motivate interpersonal reconnection? Resolving the "porcupine problem." *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 42-55. DOI: 10.1037/0022-3514.92.1.42
- Manstead, A. S., Dosmukhambetova, D., Shearn, J., & Clifton, A. (2013). The influence of dysphoria and depression on mental state decoding. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(1), 116-133.
- Manuel, J. I., Martinson, M. L., Bledsoe-Mansori, S. E., & Bellamy, J. L. (2012). The influence of stress and social support on depressive symptoms in mothers with young children. *Social science & medicine*, 75(11), 2013-2020.
- Marqueta, A., Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Gargallo, P., & Nerín, I. (2010). Evolution of anxiety during the smoking cessation process at a Smoking Cessation Clinic. *Adicciones*, 22(4), 317-324.
- Marsh, H. W. (1986). Global self-esteem: Its relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1224-1236. Doi:10.1037/0022-3514.51.6.1224

- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational psychologist, 20*(3), 107-123. DOI:10.1207/s15326985ep2003\_1
- Marsh, H. W., & Yeung, A. S. (1998). Longitudinal structural equation models of academic self-concept and achievement: Gender differences in the development of math and English constructs. *American Educational Research Journal, 35*(4), 705-738. DOI: 10.2307/1163464
- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. (2014). Is self esteem a cause or consequence of social support? A 4 year longitudinal study. *Child Development, 85*(3), 1275-1291. DOI: 10.1111/cdev.12176
- Martín Díaz, M. D., Jiménez Sánchez, M. P., & Fernández-Abascal, E. G. (2000, junio). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 3*(4).
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G. A., García-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema, 18*(1).
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and individual differences, 49*(6), 554-564. DOI: 10.1016/j.paid.2010.05.029.
- Martos, M. P. B., Lopez-Zafra, E., Pulido-Martos, M., & Augusto, J. M. (2013). Are emotional intelligent workers also more empathic?. *Scandinavian journal of psychology, 54*(5), 407-414.
- Mathieson, J., Popay, J., Enoch, E., Escorel, S., Hernandez, M., Johnston, H., & Rispel, L. (2008). Social Exclusion Meaning, measurement and experience and links to health inequalities. *A review of literature. WHO Social Exclusion Knowledge Network Background Paper, 1*, 91.
- Matthews, G., Emo, A. K., Funke, G., Zeidner, M., Roberts, R. D., Costa Jr., P. T., & Schulze, R. (2006). Emotional intelligence, personality, and task-induced stress. *Journal of Experimental Psychology: Applied, 12*(2), 96-107. DOI: 10.1037/1076-898X.12.2.96
- Matud Aznar, M. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema, 16*(3).
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence, 27*(4), 267-298. DOI: 10.1016/S0160-2896(99)00016-1
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annu. Rev. Psychol., 59*, 507-536. DOI: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093646
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. RJ Sternberg (ed.).
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test: MSCEIT. Item booklet. MHS.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence. *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications, 3*, 31.

- McKay, M., & Fanning, P. (1992). *Self-esteem*. California: New Harbinger Publications.
- Meier, L. L., Orth, U., Denissen, J. J., & Kühnel, A. (2011). Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *Journal of Research in Personality, 45*(6), 604-612.
- Mestre, J. M., Guil, R., & Segovia, F. (2007). Inteligencia emocional: un valor preventivo de la conflictividad en el aula. In I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional.
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Hardin, T. S., & Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(1), 101.
- Mgoqi-Mbalo, N., Zhang, M., & Ntuli, S. (2017). Risk factors for PTSD and depression in female survivors of rape. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 9*(3), 301-308. Doi: 10.1037/tra0000228
- Mikolajczak, M., Luminet, O., & Menil, C. (2006). Predicting resistance to stress: Incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. *Psicothema, 18*.
- Ministère de la solidarité, de la femme et du développement, (2014). Guide sur l'intégration transversale de l'égalité de genre dans la politique. En línea : <http://www.ogfp.ma/uploads/documents/Guide%20sur%20l'E2%80%99Int%C3%A9gration%20Transversale%20de%20l'E2%80%99Egalit%C3%A9%20de%20Genre%20dans%20les%20politiques%20publiques.pdf>.
- Ministère de la solidarité, de la femme et du développement, (2015). Premier rapport annuel sur la violence a l'égard des femmes. En línea : <http://www.social.gov.ma/sites/default/files/e%D8%AA%D9%82%D8%B1%D9%8A%D8%B1%20%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D8%B5%D8%AF%20%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%B7%D9%86%D9%8A%20%D9%84%D9%84%D8%B9%D9%86%D9%81%20%D9%8DFR%20OK.pdf>.
- Molero, D., Álvarez, F. O., & de Ávila, M. R. M. R. (2010). Diferencias en la adquisición de competencias emocionales en función del género. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), 3*(3).
- Monroe S.M., Slavich G.M., & Georgiades K. (2008). The social environment and life stress in depression. *Handbook of depression*. New York: The Guilford Press. Gotlib I.H., & Hammen C.L. (eds).
- Monroe, S. M., Torres, L. D., Guillaumot, J., Harkness, K. L., Roberts, J. E., Frank, E., & Kupfer, D. (2006). Life stress and the long-term treatment course of recurrent depression: III. Nonsevere life events predict recurrence for medicated patients over 3 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 112. DOI: 10.1037/0022-006X.74.1.112
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological bulletin, 110*(3), 406.

- Monroe, S.M., Slavich, G.M., Torres, L. & Gotlib, I.H. (2007). Major life events and major chronic difficulties are differentially associated with history of major depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 116-124. DOI: 10.1037/0021-843X.116.1.116.
- Montgomery, K. L., & Goldbach, J. T. (2010). Empirical and Conceptual Application of Self-Esteem: A Review of the Literature. *Perspectives on Social Work, 9*(1), 30-37.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G., & Finney, J. W. (1986). Health and Daily Living Form Manual. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science.
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology, 59*(12), 1387-1403. DOI: 10.1002/jclp.10229
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures.
- Morales, J. F., & Bustillos, A. (2009). Marginación y exclusión social: consideraciones sociales y clínicas en la España del siglo XXI. *Violencia y salud mental, 75-94*.
- Moreno, L. F. (1985). Tratamiento con C.A.F. en cáncer de mama avanzado. Comunicación presentada en el IV Congreso Cubano de Medicina Interna, 27-30.
- Morgado, B., González, M. M. & Jiménez, I. (2003). Familias monomarentales: problemas, necesidades y recursos. *Portularia, (3)*, 137-160.
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry, 191*(6), 477-483. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.034942
- Morin, A. J., Maïano, C., Marsh, H. W., Nagengast, B., & Janosz, M. (2013). School life and adolescents' self-esteem trajectories. *Child development, 84*(6), 1967-1988. DOI: 10.1111/cdev.12089
- Mota, R. (2006). Perfiles y condiciones de bienestar de las madres solas: la combinación del mercado de trabajo, políticas sociales y recursos familiares. [Artículo]. Recuperado el 4 de Mayo de 2016 de [http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal\\_social/import/sensepublisher/sn0007.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/sensepublisher/sn0007.pdf)
- Moxnes, H. (1996). Honor and shame. *The social sciences and New Testament interpretation, 19-40*.
- Mruk, C. J. (2006). Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem. Springer Publishing Company.
- Mukhtar, F., & Tian, P. O. (2008). Exploratory and confirmatory factor validation and psychometric properties of Beck Depression for Malays (BDI-Malay) in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry EJournal*.

- Müller, M., Tronick, E., Zietlow, A., Nonnenmacher, N, Verschoor, S., & Träuble, B. (2016). Effects of Maternal Anxiety Disorders on Infant Self-Comforting Behaviors: The Role of Maternal Bonding, Infant Gender and Age. *Psychopathology*; 49, 295–304. DOI: 10.1159/000448404
- Mullis, R. L., & Chapman, P. (2000). Age, gender, and self-esteem differences in adolescent coping styles. *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 539-541. Doi: 10.1080/00224540009600494
- Munck, R. (2004). Globalisation and Social Exclusion: A *Transformationalist Perspective*. Bloomfield: Kumarian Press.
- Muñiz Fernández, J., & Fernández Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*.
- Murberg, T. A. & Bru, E. (2005). The role of coping styles as predictors of depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 385-393.
- Murphy, M. (1983). Emotional confrontations between Sevillano fathers and sons. *American Ethnologist*, 10, 650-664.
- Murray, C., & Golombok, S. (2005). Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years. *Human reproduction*, 20(6), 1655-1660.
- Naamane-Guessous, S., & Guessous, C. (2005). *Grossesses de la honte: enquête raisonnée sur les filles mères et les enfants abandonnés au Maroc*. Editions le Fennec.
- Naamane-Guessous, S., & Guessous, C. (2011). *Grossesses de la honte*. Casablanca: Afrique Orient.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Dierberger, A. E. (2000). Psychotherapists' views of treatment manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(4), 404. Doi:10.1037/0735-7028.31.4.404
- Narrow, W. E., Regier, D. A., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., & Locke, B. Z. (1993). Use of services by persons with mental and addictive disorders: Findings from the National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program. *Archives of general psychiatry*, 50(2), 95-107.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., Sales Galán, A., & Sancerni Beitia, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3).
- Nayack, M. B., Byrne, C. A., Martín, M. H. y Abraham, A, G. (2003). Attitudes toward violence against women: a cross-nation study. *Sex Roles*, 49(7), 333-342. Doi: [10.1023/A:1025108103617](https://doi.org/10.1023/A:1025108103617)
- Nemeroff, C. (2009). Hallazgos recientes en la fisiopatología de la depresión. *Revista científica PSIMONAR*. Instituto colombiano del sistema nervioso [revista en Internet], 25-48.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25.

- Newns, K., Bell, L., & Thomas, S. (2003). The impact of a self-esteem group for people with eating disorders: an uncontrolled study. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *10*(1), 64-68. Doi: 10.1002/cpp.352.
- Nezlek, J. B., Kowalski, R. M., Leary, M. R., Blevins, T., & Holgate, S. (1997). Personality moderators of reactions to interpersonal rejection: Depression and trait self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*(12), 1235-1244
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R., ... & Temel, J. S. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, *27*(8), 1607-1612. Doi: 10.1093/annonc/mdw205.
- Nisbett, R. E. (1993). Violence and US regional culture. *American psychologist*, *48*(4), 441.
- Nisbett, R. E., & Cohen, D. (1996). *Culture of honor: the psychology of violence in the South*. Boulder, CO: Westview.
- Noh, S., & Kaspar, V. (2003). Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *American journal of public health*, *93*(2), 232-238.
- Nolidin, K., Downey, L. A., Hansen, K., Schweitzer, I., & Stough, C. (2013). Associations between social anxiety and emotional intelligence within clinically depressed patients. *Psychiatric Quarterly*, *84*(4), 513-521. DOI: 10.1007/s11126-013-9263-5
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in behavioral neuroscience*, *5*, 55. DOI: 10.3389/fnbeh.2011.00055
- Odeh, L. A. (2010). Honor killings and the construction of gender in Arab societies. *The American Journal of Comparative Law*, *58*(4), 911-952. DOI: 10.5131/ajcl.2010.0007
- Ojeda Pérez, B., Ramal López, J., Calvo Francés, F., & Vallespín Montero, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática*, *22*(3), 49-62.
- Orth, U., Maes, J., & Schmitt, M. (2015). Self-esteem development across the life span: A longitudinal study with a large sample from Germany. *Developmental psychology*, *51*(2), 248. DOI: 10.1037/a0038481
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L., & Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, *110*, 133-149. DOI: 10.1037/pspp0000038
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of abnormal psychology*, *118*(3), 472. DOI: 10.1037/a0015922



- Orth, U., Robins, R. W., Widaman, K. F., & Conger, R. D. (2014). Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. *Developmental Psychology, 50*(2), 622. DOI: 10.1037/a0033817
- Orth, U., Robins, R. W., & Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: findings from three longitudinal studies. *Journal of personality and social psychology, 97*(2), 307. DOI: 10.1037/a0015645
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of personality and social psychology, 95*(3), 695. DOI: 10.1037/0022-3514.95.3.695
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology, 102*(6), 1271. DOI: 10.1037/a0025558
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of personality and social psychology, 98*(4), 645. DOI: 10.1037/a0018769
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science, 22*(6), 455-460. DOI:10.1177/0963721413492763
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science, 23*(5), 381-387. DOI: 10.1177/0963721414547414
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). THE UNIFIED PROTOCOL FOR TRANSDIAGNOSTIC TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN GROUP FORMAT IN A SPANISH PUBLIC MENTAL HEALTH SETTING. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 23*(3), 447-466.
- Ottenbreit, N. D., & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour research and therapy, 42*(3), 293-313. DOI: 10.1016/S0005-7967(03)00140-2
- Palomar Lever, J., & Cienfuegos Martínez, Y. I. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology, 41*(2).
- Palomera, R., Salguero, J. M., & Ruiz-Aranda, D. (2012). La percepción emocional como predictor estable del ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicología Conductual, 20*(1), 42.
- Parker, J. D., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview.
- Parsons, A., Frydenberg, E. & Poole, C. (1996). Overachievement and coping strategies in adolescent males. *British Journal of Educational Psychology, 66*, 109-114.
- Pashang, B., & Singh, M. (2007). The Role of Emotional Intelligence in Relation to Traits of Anxiety. *Artha-Journal of Social Sciences, 6*(2), 1-8.

- Patiño Rodríguez, C., & Kirchner Nebot, T. (2011). Estrés migratorio y sintomatología depresiva: Rol mediador del afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2).
- Paulhus, D. L., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., & Tracy, J. L. (2004). Two replicable suppressor situations in personality research. *Multivariate Behavioral Research*, 39(2), 303-328. DOI: 10.1207/s15327906mbr3902\_7
- Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10(1), 131-136. DOI: 10.1017/S1461145706006912
- Pearce, D. (1989). *The feminization of poverty: a second look*. Paper presented at the Annual Meetings of the American Sociological Association. San Francisco
- Peden, A. R., Rayens, M. K., Hall, L. A., & Grant, E. (2004). Negative thinking and the mental health of low income single mothers. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4), 337-344.
- Pelechano, V. (2000). Psicología sistemática de la personalidad (cap. 13, La Psicología de la Personalidad de los "trastornos de personalidad" pp. 711-754). *Barcelona: Ariel*. Pelham, B. W., & Swann, W. B. (1989). From self-conceptions to self-worth: On the sources and structure of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 57(4), 672.
- Pena Garrido, M., Extremera Pacheco, N., & Rey Peña, L. (2011). El papel de la inteligencia emocional percibida en la resolución de problemas sociales en estudiantes adolescentes. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 22(1).
- Pérez, J. A., Páez, D. & Navarro, E. (2001). «Conflicto de mentalidades: cultura del honor frente a liberación de la mujer». *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4(8-9) 1-23.
- Pérez-Cruz, M., Muñoz-Martínez, M. Á., Parra-Anguita, L., & del-Pino-Casado, R. (2017). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 49(7), 381-388. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.09.012
- Peristiany, J. G. (1968). *El concepto de honor en la sociedad mediterránea* (pp. 175-244). Barcelona: Editorial Labor.
- Peristiany, J. G. (1974). *Honour and shame: the values of Mediterranean society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Peristiany, J. G. (Ed.). (1965). *Honour and shame: The values of Mediterranean society*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Pervizat, L. (2002). "Honour" killings in turkey: Stories of extra-judicial executions. *International Children's Rights Monitor*, 15(1), 18-20.
- Petrides, K. V., Frederickson, N., & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and individual differences*, 36(2), 277-293.

- Petrides, K. V., Furnham, A., & Martin, G. N. (2004). Estimates of emotional and psychometric intelligence: Evidence for gender-based stereotypes. *The Journal of social psychology, 144*(2), 149-162. DOI: 10.3200/SOCP.144.2.149-162
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2000). Gender differences in measured and self-estimated trait emotional intelligence. *Sex roles, 42*(5-6), 449-461. DOI: 10.1023/A:1007006523133
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and aging, 15*(2), 187.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., & Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica, 16*(2).
- Pitterman, H., & Nowicki Jr, S. (2004). A test of the ability to identify emotion in human standing and sitting postures: The Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy-2 Posture Test (DANVA2-POS). *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 130*(2), 146-162. DOI: 10.3200/MONO.130.2.146-162
- Pitt-Rivers, J. (1965). Honour and social status. In J. G. Peristiany (Ed.), *Honour and shame: The values of Mediterranean society*. 18-77. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Pitt-Rivers, J. (1966). *Honour and Social Status*. En *Honour and Shame: The Values of Mediterranean Society* (Editado por J. G. Peristiany), 19-77. University of Chicago Press, Chicago.
- Pitt-Rivers, J. (1968). *Honor*. In Sills (Ed.), *International encyclopedia of the social sciences*. 503-511. New York: Macmillan.
- Pitt-Rivers, J. (1977). *The fate of Shechem or the politics of sex: Essays in the anthropology of the Mediterranean*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pitt-Rivers, J. (1979). *Antropología del honor o política de los sexos: la influencia del honor y el sexo en la vida de los pueblos mediterráneos*. Barcelona: Crítica.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin, 131*(6), 925. DOI: 10.1037/0033-2909.131.6.925
- Prinstein, M. J., & Aikins, J. W. (2004). Cognitive moderators of the longitudinal association between peer rejection and adolescent depressive symptoms. *Journal of abnormal child psychology, 32*(2), 147-158. DOI: 10.1023/B:JACP.0000019767.55592.63
- Putnam, R. (2001). Social capital: Measurement and consequences. *Canadian journal of policy research, 2*(1), 41-51.
- Rapport de la Fédération de la Ligue Démocratique des Droits des Femmes, (2012). Rapport annuel sur l'application du code de la famille.

- Rapport du Conseil Economique et Social, (2012). Promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie économique, sociale, culturelle et politique. En línea: <http://www.ces.ma/Documents/PDF/Rapport-egalite-Volet1-VF.pdf>.
- Rauer, A. J., & Volling, B. L. (2005). The role of husbands' and wives' emotional expressivity in the marital relationship. *Sex roles*, 52(9-10), 577-587. Doi:10.1007/s11199-005-3726-6
- Reijntjes, A., Stegge, H. & Terwogt, M. M., (2006). Children's coping with peer rejection: the role of depressive symptoms, social competence, and gender. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*. 15(1), 89-107. DOI: 10.1002/icd.435
- Riquelme, A., Buendía, J., & Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 83-89.
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and social psychology bulletin*, 27(2), 151-161. DOI: 10.1177/0146167201272002
- Rode, J. C., Mooney, C. H., Arthaud-Day, M. L., Near, J. P., Rubin, R. S., Baldwin, T. T., & Bommer, W. H. (2008). An Examination of the structural, discriminant, nomological, and incremental predictive validity of the MSCEIT V2.0. *Intelligence*, 36 (4), 350-366. Doi : 10.1016/j.intell.2007.07.002
- Rodríguez Mosquera, P. M. (2011). Masculine and Feminine Honors Codes. *Revista de psicología social*, 2011. DOI: 10.1174/021347411794078499
- Rodríguez Mosquera, P. M. (2016). On the importance of family, morality, masculine, and feminine honor for theory and research. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(8), 431-442. DOI: 10.1111/spc3.12262.
- Rodríguez Mosquera, P. M. R. (2013). In the name of honor: On virtue, reputation and violence. *Group Processes and Intergroup Relations*, 16(3), 271-278. DOI: 10.1177/1368430212472590
- Rodríguez Mosquera, P. M., Manstead, A. S. R., & Fischer, A. H. (2002a). The role of honor concerns in emotional reactions to offenses. *Cognition and Emotion*, 16, 143-163. DOI: 10.1080/02699930143000167
- Rodríguez Mosquera, P. M., Manstead, A. S. R., & Fischer, A. H. (2002b). Honor in the Mediterranean and Northern Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 16-36.
- Rodríguez Mosquera, P., Fischer, A., Manstead, A. & Zaalberg, R. (2008). Attack, disapproval, or withdrawal? The role of honour in anger and shame responses to being insulted. *Cognition and Emotion*, 22(8), 1471-1498. DOI: 10.1080/02699930701822272
- Rodríguez Mosquera, P., Manstead, A. y Fischer, A. (2000). The role of honor-related values in the elicitation, experiences, and communication of pride, shame, and anger: Spain and the

Netherlands compared. *The Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 26 (7), 833-844.

Rodríguez-Díaz, J. F., Estrada-Pineda, C., Rodríguez-Franco, L. & Bringas-Molleda, C. (2013). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la Población Penitenciaria de Mexico. *Psychology/Psicología Refl exão e Crítica*, 27(3), 415-423. DOI: 10.1590/1678-7153.201427301

Rodriguez-Espartal, E, & López-Zafra, E. (2009). Percepcion de la cultura del honor entre los miembros de la misma familia y su relación con variables de personalidad como posibles factores explicativos de la violencia de género. V congreso nacional de psicología jurídica y forense: libro de resúmenes.

Rodríguez-Espartal, N. & Lopez-Zafra, E. (2013). Programa emocional para presos por violencia de genero (PREMOVIGE): efectividad en variables cognitivas y conductuales. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 115-123. Doi:10.5093/in2013a14

Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15(6), 619-626. Doi: 10.1016/0191-8869(93)90003-L

Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Sage Publications, Inc.

Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2005). Parental acceptance-rejection: Theory, methods, cross-cultural evidence, and implications. *Ethos*, 33(3), 299-334. Doi: 10.1525/eth.2005.33.3.299.

Room, G. (1999). Social Exclusion, Solidarity and the Challenge of Globalization. *International Journal of Social Welfare*, 8(3), 166-174.

Rosenberg, M. O., (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).

Rosenberg, M. O., (1979). *Conceiving the self*. New York, Basic Books.

Ross, C. E., y Sastry, J. (1999). The sense of personal control. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 369-394). Springer, Boston, MA.

Rovella, A., González, M., & Solares, E. (2008). Diferencias de género en ansiedad generalizada y depresión en una muestra de estudiantes universitarios. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*.

- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, *142*(10), 1017-1067. Doi: 10.1037/bul0000058
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., & Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y estrés*, *12*.
- Sadik, N. (2000). *The state of world population 2000: lives together, worlds apart: men and women in a time of change*. New York: United Nations Population Fund (UNFPA). Retrieved from <http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2000>.
- Sadiqi, F. (2010). Morocco. In: S. Kelly, & J. Breslin (Eds.), *Women's rights in the Middle East and North Africa: Progress amid resistance*. New York, NY: Freedom House. En línea: <https://freedomhouse.org/report/women039s-rights-middle-east-and-north-africa/womens-rights-middle-east-and-north-africa-2010#.VWbxD2Uw-70>.
- Sadiqi, F., & Ennaji, M. (2006). The feminization of public space: Women's activism, the family law, and social change in Morocco. *Journal of Middle East Women's Studies*, *2*, 86–114. DOI: 10.1353/jmw.2006.0022.
- Sáiz Martínez, P. A., Jimenez Treviño, L., Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González, M., Marina González, P., Al-Halabí, S., ... & Ruiz, P. (2014). Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, *26*(3). 254-274. En línea: <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289132251007.pdf>
- Sakalli, N. (2000). Beliefs about wife beating among Turkish college students: The effects of patriarchy, sexism, and sex differences. *Sex Roles*, *44*(9-10), 599–610. DOI: 10.1023/A:1012295109711.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., & Palomera, R. (2015). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, *4*(2). DOI: 10.30552/ejep.v4i2.71.
- Salovey, P., Detweiller-Bedell, B., Detweiller-Bedell, J., & Mayer, J. (2008). Emotional Intelligence. In M. Lewis, & J. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 533-547). New York: The Guilford Press.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and health*, *17*(5), 611-627. DOI: 10.1080/08870440290025812
- Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current directions in psychological science*, *14*(6), 281-285.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, *9*(3), 185-211.. DOI: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG

- Sánchez, Á., & Vázquez, C. (2012). Sesgos de atención Selectiva como factor de mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica. *Terapia psicológica*, 30(3), 103-117.
- Sánchez, E., Garrido, A., & Alvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 17-33.
- Sánchez-Álvarez, N., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2016). The relation between emotional intelligence and subjective well-being: A meta-analytic investigation. *The Journal of Positive Psychology*, 11(3), 276-285.
- Sandin B, Chorot P, Santed MA & Jiménez MP (1995). Trastornos psicosomáticos. En A Belloch, B Sandín y F Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (pp. 401-469). Madrid: Interamericana.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of clinical and health psychology*, 3(1). 141-157.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica= Transdiagnostic: a new frontier in clinical psychology. Doi:10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839
- Sanjuán, P., & Ávila, M. (2016). Afrontamiento y motivación como predictores del bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 1-10.
- Sanjuán, P., & Magallares, A. (2014). Coping strategies as mediating variables between self-serving attributional bias and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15(2), 443-453. Doi: 10.1007/s10902-013-9430-2
- Sanjuan, P., & Magallares, A. (2015). Coping strategies as mediator variables between explanatory styles and depressive symptoms. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 447-451.
- Sanz, J., García-Vera, M., Espinosa, R., Fortín, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J., & Vazquez, C. (2011). Adaptación española del Inventario para Depresión de Beck-II (BDI-II)[Spanish adaptation of the Beck depression inventory—II (BDI-II)]. Manual.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. *Manual de psicopatología*, 2, 341-378.
- Saraceno, C. (2001). Social exclusion: Cultural roots and diversities of a popular concept. In *conference "Social exclusion and children", at the Institute for Child and Family Policy, Columbia University, New York* (pp. 3-4).
- Save the children, (2015). Informe state of the world's mother's. En línea: [HTTPS://WWW.SAVETHECHILDREN.ORG/CONTENT/DAM/USA/REPORTS/ADVOCACY/SOWM/SOWM-2015.PDF](https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2015.pdf)
- Sawaya, H., Johnson, K., Schmidt, M., Arana, A., Chahine, G., Atoui, M., ... & Nahas, Z. (2015). Resting-state functional connectivity of antero-medial prefrontal cortex sub-regions in major

- depression and relationship to emotional intelligence. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 18(6), DOI: 10.1093/ijnp/pyu112.
- Schneider, J. (1971). Of vigilance and virgins. *Ethnology*, 9, 1-24.
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 13(5), 309-320.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933. DOI: 10.1016/j.paid.2006.09.003
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116-1119. DOI: 10.1177/00914150116648705
- Secrétariat d'Etat Chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées. Rabat, Maroc. (2006). Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité entre les sexes par l'intégration de l'approche genre dans les politiques et les programmes de développement.
- Seiffge-Krenke, I., & Beyers, W. (2005). Coping trajectories from adolescence to young adulthood: Links to attachment state of mind. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 561-582.
- Seisdedos Cubero, N. (1990). Manual Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). TEA: Madrid.
- Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2(3), 307-320.
- Sen, A. (2000). *Social exclusion: Concept, application, and scrutiny*. Asian Development Bank.
- Sen, P. (2005). Crimes of honour, value and meaning. In L. Welchman & S. Hossain (Eds.), *Honor: Crimes, paradigms and violence against women* (pp. 42-63). London: Zedbooks.
- Shackelford, T. K. (2005). An evolutionary psychological perspective on cultures of honor. *Evolutionary psychology*, 3(1). DOI: 10.1177/147470490500300126
- Shahar, G., & Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 890. DOI: 10.1037/0022-006X.71.5.890
- Shansky, R.M. (2009). Estrogen, stress and the brain: progress toward unraveling gender discrepancies in major depressive disorder. *Expert Rev Neurother*, 9(7), 967-73. Doi: 10.1586/ern.09.46
- Shaw, B. A., Liang, J., & Krause, N. (2010). Age and race differences in the trajectories of self-esteem. *Psychology and Aging*, 25(1), 84. DOI: 10.1037/a0018242
- Sheehan, D. V. (1982). Current perspectives in the treatment of panic and phobic disorders. *Drug Therapy*, 12, 179-93.



- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 379-405. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739
- Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S. M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(1), 44-56. Doi: 10.1037/a0035220
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2006). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Red Revista Mal-estar E Subjetividade, 3*(1), 10-59.
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Rev Chil Neuro-Psiquiat, 40*(1), 9-20. Doi: 10.4067/S0717-92272002000500002
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin, 129*(2), 216.
- Smith, V., Moreno, M., Román, N., Kirschman, D., Acuña, M., & Viquez, S. (2010). Discriminación social, consecuencias psicológicas y estrategias de afrontamiento en miembros de grupos sociales estigmatizados. Dominación, compromiso y transformación social. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Social Exclusion Unit (SEU) (2004). Mental Health and Social Exclusion. *Social Exclusion Unit Report*. London: Office of the Deputy Prime Minister. *En línea:* <http://www.socialexclusionunit.gov.uk>.
- Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (SEAS) (2018) Salud. En línea: <http://www.ansiedadystres.org/salud>
- Sowislo & Orth, 2013. *Psychological Bulletin*, Vol. 139, No. 1, 213–240
- Sowislo, J. F., Orth, U., & Meier, L. L. (2014). What constitutes vulnerable self-esteem? Comparing the prospective effects of low, unstable, and contingent self-esteem on depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(4), 737. DOI: 10.1037/a0037770
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin, 139*(1), 213. DOI: 10.1037/a0028931
- Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S., & Geyer, S. (2011). What accounts for depressive symptoms among mothers? The impact of socioeconomic status, family structure and psychosocial stress. *International journal of public health, 56*(4), 385. DOI: 10.1007/s00038-011-0272-6
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. *Anxiety and behavior, 1*(3).
- Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition and affect: A state-trait perspective.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto California: Consulting Psychologist, 22, 1-24.

- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271-302. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2009.01017.x
- Stanton, A.L. & Zinder, P.R. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Save the Children. (2015). The Urban Disadvantage: State of the World's Mothers 2015.
- Steele, C. M., Spencer, S. J., & Aronson, J. (2002). Contending with group image: The psychology of stereotype and social identity threat. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 34, pp. 379-440). Academic Press.
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of personality and social psychology*, 106(2), 325. DOI: 10.1037/a0035133
- Steiger, A. E., Fend, H. A., & Allemand, M. (2015). Testing the vulnerability and scar models of self-esteem and depressive symptoms from adolescence to middle adulthood and across generations. *Developmental psychology*, 51(2), 236-247. DOI: 10.1037/a0038478.
- Stern, M. & Zevon, M.A. (1990). Stress, coping and family environment. The adolescent's response occurring stressors. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 555-574.
- Stewart, F. H. (1994). *Honor*. Chicago: Chicago University Press.
- Stillman, Tyler F. & Baumeister, Roy F., (2009) Uncertainty, Belongingness, and Four Needs for Meaning. *Psychological Inquiry*, 20:4, 249-251, DOI: 10.1080/10478400903333544.
- Subramaniam, M., Prasad, R. O., Abidin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2017). Single mothers have a higher risk of mood disorders. *Annals of the Academy of Medicine*, 43(3), 145-151.
- Sue, D. W. (2010). *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact*. John Wiley y Sons.
- Swann, W. B., & Bosson, J. K. (2010). Self and identity. *Handbook of social psychology*. DOI: 10.1002/9780470561119.socpsy001016
- Tan-Kristanto, S., & Kiropoulos, L. A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Psychology, health & medicine*, 20(6), 635-645. DOI: 10.1080/13548506.2014.999810
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 377-401. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- Tobal, J. J. (1990). La ansiedad: Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción, 3, 309-344
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*, 13(4), 343-361. Doi: 10.1007/BF01173478

- Tobin, D. L., & Griffing, A. S. (1995). Coping and depression in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *18*(4), 359-363. Doi: 10.1002/1098-108X.
- Tobin, D.L. (2001). User manual for the Coping Strategies Inventory. Unpublished manuscript.
- Törestad, B., Magnusson, D., & Oláh, A. (1990). Coping, control, and experience of anxiety: An interactional perspective. *Anxiety Research*, *3*(1), 1-16. DOI: 10.1080/08917779008248737
- Torres, M. G. J., Martínez, M. P., & Miró, E. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de psicología*, *28*(1), 28.
- Trew, J. L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical psychology review*, *31*(7), 1156-1168. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.07.007
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, *96*, 506-520.
- Triandis, H. C. (1994). *Culture and social behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, *33*(4), 493-509. DOI: 10.1016/j.brat.2004.11.013
- Tsaousis, I., & Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and health*, *21*(2), 77-86. Doi:10.1002/smi.1042
- Turner, H. 2007. The significance of employment for chronic stress and psychological distress among rural single mothers. *Journal of Community Psychology*, *40*(3-4), 181-193. DOI: 10.1007/s10464-007-9141-0
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Bartels, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of personality and social psychology*, *92*(1), 56. DOI: 10.1037/0022-3514.92.1.56
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Stucke, T. S. (2001). If you can't join them, beat them: effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, *81*(6), 1058.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2002). Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of personality and social psychology*, *83*(3), 606.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(3), 409-423. DOI: 10.1037/0022-3514.85.3.409.
- Urquijo, I., Extremera, N., & Villa, A. (2016). Emotional intelligence, life satisfaction, and psychological well-being in graduates: the mediating effect of perceived stress. *Applied Research in Quality of Life*, *11*(4), 1241-1252. DOI: 10.1111/jpm.12052.

- Uskul, A. K., Cross, S. E., Sunbay, Z., Gercek-Swing, B., & Ataca, B. (2012). Honor bound the cultural construction of honor in Turkey and the Northern United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 43*, 1131–1151. Doi: [10.1177/0022022111422258](https://doi.org/10.1177/0022022111422258).
- Uthman, O. A., Lawoko, S., & Moradi, T. (2010). Sex disparities in attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: a socio-ecological analysis. *BMC Public Health, 10*, 223. DOI: [10.1186/1471-2458-10-223](https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-223).
- Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Gagne, F. (1991). On the multidimensional versus unidimensional perspectives of self-esteem: A test using the group-comparison approach. *Social Behavior and Personality: an international journal, 19*(2), 121-132. DOI: [10.2224/sbp.1991.19.2.121](https://doi.org/10.2224/sbp.1991.19.2.121)
- van Bergen, A. P., Hoff, S. J., van Ameijden, E. J., & van Hemert, A. M. (2014). Measuring social exclusion in routine public health surveys: construction of a multidimensional instrument. *PloS one, 9*(5), DOI: [10.1371/journal.pone.0098680](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098680)
- Van Osch, Y., Breugelmans, S. M., Zeelenberg, M., & Böyük, P. (2013). A different kind of honor culture: Family honor and aggression in Turks. *Group Processes & Intergroup Relations, 16*(3), 334–344. DOI: [10.1177/1368430212467475](https://doi.org/10.1177/1368430212467475).
- Vandello, J. A. & Cohen, D. (2004). When believing is seeing: sustaining norms of violence in cultures of honor. En M. Schaller; E. Christian y S. Crandall (eds.). *The psychological foundations of culture*, 281-304. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vandello, J. A., Cohen, D. & Ransom, S. (2008). U.S. Southern and Northern differences in perceptions of norms about aggression: Mechanisms for the perpetuation of a culture of honor. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39*(2), 162-177. DOI:[10.1177/0022022107313862](https://doi.org/10.1177/0022022107313862)
- Vandello, J. & Cohen, D. (2003). Male honor and female fidelity: implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(5), 997-1010. DOI: [10.1037/0022-3514.84.5.997](https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.5.997)
- Vandello, J. & Cohen, D. (2008). Cultur, gender, and men's intimate partner violence. *Social and Personality Psychology, 2*, 1-18. DOI:[10.1111/j.1751-9004.2008.00080.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00080.x)
- Vandello, J., Cohen, D., Grandon, R., & Franiuk, R. (2009). Stand by your Man: Indirect prescriptions for honorable violence and Feminine loyalty in Canada, Chile, and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 40*(1), 81-104. DOI: [10.1177/0022022108326194](https://doi.org/10.1177/0022022108326194)
- Vassiliou, V. G. & Vassiliou, G. (1973). The implicative meaning of the Greek concept of philotimo. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 4*, 326-341.
- Vázquez-Machado, A. (2016). 16-Depresión. Diferencias de género. Depression. Gender differences. *MULTIMED Revista Médica Granma, 17*(3).
- Vázquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 70*(1-4), 88-95.

- Vázquez, C., Hernangómez, L., & Hervás, G. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas. *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos*. Barcelona: Masson & Elsevier.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Hernangómez, L. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: los trastornos depresivos* (pp. 21-33).
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.
- Vidal Fernández, J., Ramos-Cejudo, J., & Cano-Vindel, A. (2008). PERSPECTIVAS COGNITIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO. *Ansiedad y Estrés*, 14.
- Viki, G. T., Abrams, D., & Masser, B. (2004). Evaluating stranger and acquaintance rape: The role of benevolent sexism in perpetrator blame and recommended sentence length. *Law and Human Behavior*, 28, 295–303. DOI: 10.1023/B:LAHU.0000029140.72880.69.
- Vila, E. & Pérez-González, J. C. (2007). Madurez para la carrera e inteligencia emocional en alumnado de secundaria: una aproximación correlacional. En F. Etxeberría, L. Sarasola, J. F. Lukas, J. Etxeberría, y A. Martxueta (coords.), XIII Congreso Nacional de Modelos de Investigación Educativa (pp. 712-717). Donostia: Erein/AIDIPE.
- Viñas Poch, F., González Carrasco, M., García Moreno, Y., Malo Cerrato, S., & Casas Aznar, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 31(1), 226-233.
- von Soest, T., Wichstrøm, L., & Kvaem, I. L. (2016). The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(4), 592-608. DOI: 10.1037/pspp0000060.
- Vrooman, J. C. (2009). Rules of relief: Institutions of social security, and their impact. *The Hague: The Netherlands Institute for Social Research|SCP*.
- Vrooman, J. C., & Hoff, S. J. (2013). The disadvantaged among the Dutch: A survey approach to the multidimensional measurement of social exclusion. *Social indicators research*, 113(3), 1261-1287. DOI: 10.1007/s11205-012-0138-1
- Wade, T. J., Veldhuizen, S., & Cairney, J. (2011). Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(9), 567-573. DOI:10.1177/070674371105600908
- Wagner, J., Gerstorf, D., Hoppmann, C., & Luszcz, M. A. (2013). The nature and correlates of self-esteem trajectories in late life. *Journal of personality and social psychology*, 105(1), 139. DOI:10.1037/a0032279

- Wagner, J., Lang, F. R., Neyer, F. J., & Wagner, G. G. (2014). Self-esteem across adulthood: The role of resources. *European Journal of Ageing, 11*(2), 109-119. DOI: 10.1007/s10433-013-0299-z
- Wagner, J., Lüdtke, O., Jonkmann, K., & Trautwein, U. (2013). Cherish yourself: Longitudinal patterns and conditions of self-esteem change in the transition to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 104*(1), 148. DOI: 10.1037/a0029680
- Waldfogel, J., Craigie, T. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile families and child wellbeing. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation, 20*(2), 87.
- Walker, A., & Walker, C. (Eds.). (1997). *Britain divided: The growth of social exclusion in the 1980s and 1990s* (No. 96).
- Watson, D. C., & Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping, and psychological symptoms. *International Journal of Stress Management, 15*(3), 222. DOI: 10.1037/1072-5245.15.3.222
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review, 96*(2), 234.
- Weightman, M. J., Air, T. M., & Baune, B. T. (2014). A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Frontiers in psychiatry, 5*, 179. DOI: 10.3389/fpsy.2014.00179
- West, E. M., Miller, L. G., & Moate, R. M. (2017). Single Mothers' Experiences of Support at Their Young Children's School: An Interpretative Phenomenological Approach. *Early Childhood Education Journal, 45*(3), 379-391.
- West, L. M., Donovan, R. A., & Roemer, L. (2010). Coping with racism: What works and doesn't work for Black women?. *Journal of Black Psychology, 36*(3), 331-349. DOI: 10.1177/0095798409353755.
- Whelan, C. T., Layte, R., & Maitre, B. (2004). 10. Deprivation and Social Exclusion. *Social Europe: Living Standards and Welfare States, 225*.
- White, B. H., & Kurpius, S. E. R. (2002). Effects of victim sex and sexual orientation on perceptions of rape. *Sex Roles, 46*, 191–200. DOI: 10.1023/A:1019617920155.
- WHO. (2010). Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Wikan, U. (1984). Shame and honour: A contestable pair. *Man, 19*, 635-652.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety, 27*(10), 882-890. DOI: 10.1002/da.20735

- Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American journal of public health, 93*(2), 200-208.
- Williams, K. D. (2007). Ostracism: The kiss of social death. *Social and Personality Psychology Compass, 1*(1), 236-247. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2007.00004.x
- Williams, K. D., & Jarvis, B. (2006). Cyberball: A program for use in research on interpersonal ostracism and acceptance. *Behavior research methods, 38*(1), 174-180.
- Williams, K. & McGillicuddy, D.L.A. (2000). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20*(4), 537- 549.
- Williams, K.D. (1997). Social ostracism. En R.M. Kowalski (Ed.), *Aversive Interpersonal Behaviors* (p. 133–170). New York: Plenum.
- Williams, K.D., Bernieri, F., Faulkner, S., Grahe, J. & Gada-Jain, N. (2000). The Scarlet Letter Study: five days of social ostracism. *Journal of Personal and Interpersonal Loss, 5*(1), 19–63. DOI: 10.1080/10811440008407846
- Wong, C. S., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The leadership quarterly, 13*(3), 243-274. DOI: 10.1016/S1048-9843(02)00099-1.
- Wood, J. V., Heimpel, S. A., Manwell, L. A., & Whittington, E. J. (2009). This mood is familiar and I don't deserve to feel better anyway: mechanisms underlying self-esteem differences in motivation to repair sad moods. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(2), 363. DOI: 10.1037/a0012881
- Wood, J. V., Heimpel, S. A., & Michela, J. L. (2003). Savoring versus dampening: self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of personality and social psychology, 85*(3), 566. DOI: 10.1037/0022-3514.85.3.566
- World economic fórum, (2016). Global gender report. En línea: [HTTP://REPORTS.WEFORUM.ORG/GLOBAL-GENDER-GAP-REPORT-2016/](http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2016/).
- World Health Organization, (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. En línea: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHOMSD?sequence=1>.
- Wu, K. D., Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Relations between obsessive–compulsive disorder and personality: Beyond Axis I–Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(6), 695-717. Doi: 10.1016/j.janxdis.2005.11.001
- Yeh, S. C. J., Huang, C. H., Chou, H. C., & Wan, T. T. (2009). Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles, 60*(1-2), 44.
- Yi-Frazier, J. P., Smith, R. E., Vitaliano, P. P., Yi, J. C., Mai, S., Hillman, M., & Weinger, K. (2010). A person focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress and health, 26*(1), 51-60.

- Yu, Y., & Williams, D. R. (1999). Socioeconomic status and mental health. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 151-166). Springer, Boston, MA.
- Zavala, M.A., Valdez, M.D., & Vargas, M.C. (2008). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Electronic Journal of Educational Psychology*, 6(15), 319-338.
- Zeid, A. A. M. (1968). Honor y vergüenza entre los beduinos de Egipto. En J.G. Peristiany (ed), *El concepto de honor en la sociedad mediterránea* (pp. 225-239). Barcelona: Editorial Labor
- Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2012). The emotional intelligence, health, and well-being nexus: What have we learned and what have we missed?. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(1), 1-30. DOI: Doi: 10.1111/j.1758-0854.2011.01062.x.
- Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2012). What we know about emotional intelligence: How it affects learning, work, relationships, and our mental health. MIT press.
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164. DOI: 10.1007/s10879-010-9167-8
- Zeigler-Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 668-687. DOI: 10.1521/jscp.2006.25.6.668
- Zeitlin, S. (1980). Assessing coping behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(1), 139  
Doi:10.1111/j.1939-0025.1980.tb03269.x.
- Zimmer-Gembeck, (2016). Peer Rejection, Victimization, and Relational SelfSystem Processes in Adolescence: Toward a Transactional Model of Stress, Coping, and Developing Sensitivities. *Child development perspectives*, 10(2), 122-127. DOI: 10.1111/cdep.12174.
- Zimmer-Gembeck, M. J. (2015). Emotional sensitivity before and after coping with rejection: A longitudinal study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 41, 28-37. DOI: 10.1016/j.appdev.2015.05.001
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2015). Adolescent vulnerability and the distress of rejection: Associations of adjustment problems and gender with control, emotions, and coping. *Journal of adolescence*, 45, 149-159. DOI: 10.1016/j.adolescence.2015.09.004.
- Zirari, H. (2006). Femme du Maroc entre hier y aujourd'hui : quel changements?. *Recherches internationales*, 77(3), 65-80.
- Zirari, H. (2010). Droits des femmes au Maroc: bilan et perspectives. *Société et culture: développement et perspective*, Med2010, 285-291. En línea : [http://www.iemed.org/anuari/2010/farticles/Zirari\\_femmes\\_fr.pdf](http://www.iemed.org/anuari/2010/farticles/Zirari_femmes_fr.pdf).
- Zouhir, A. (2013). Language situation and conflict in Morocco. In O. O. Orié & K. W. Sanders (Eds.), *Selected Proceedings of the 43rd Annual Conference on African Linguistics* (pp. 271-277). Somerville, MA: Cascadilla Proceedings Project.



Zarhbouch, B. y Alaoui, I. (2011).

زغبوش، بنعيسى، العلوي، إسماعيل، (2011). الإرشاد النفسي المعرفي و الوساطة التربوية. سلسلة علم النفس المعرفي. عالم الكتاب الحديث. الاردن

*Heroui, (2013).*

الهادي الهروي، (2013). الأسرة، المرأة و القيم: تساؤلات سوسيولوجية في قضايا المرأة. الدار البيضاء. مطبعة: أفريقيا الشرق

Hamdi, A. (2013).

حمدي عبد الله عبد العظيم. (2013). موسوعة الاختبارات و المقاييس. (2). مكتبة اولاد الشيخ. مصر

Benkhouya, D. (1990). Etre jeune fille. Ed. Le Fennec.

بنخويا، داميا. (1990). قصة حب مراهقة. فتيات و قضايا. نشر الفنك

## ANEXO 1: ESTUDIO CUALITATIVO. CITAS CON SU CORRESPONDIENTES CATEGORIAS.

### Historia de RAFEA

#### Cultura de honor :

- Tu veux briser notre famille. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Son seul souci était que personne ne sache. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Il a dit qu'il me reniait et que j'étais une fille indigne. **Honor individual**

#### Exclusion y rechazo social:

- Affronter les regards méprisant et réducteur de la société qui te rejette. **Social**
- H. est la seule qui été gentille et compréhensive. ma mère a été très dure et sans cœur. **Social**
- Ma mère me mise à la porte. **Social**
- Ma mère a remonté mes frères et sœur contre moi. **Social**
- Va-t'en rejoindre ce salopard et débrouille-toi avec lui. **Social**
- Il m'a demandé de sortir de la maison et de le rejoindre. **Social**
- Eux.. « va-t'en vilaine fille ». **Social**
- Elle (sa maman) est devenue de plus en plus odieuse en espérant que je finisse pour craquer et partir **Social**
- Elle (sa maman) me faisait faire constamment le ménage, m'insultait de tous les noms. **Social**
- Elle (sa maman) a refusé de m'ouvrir la porte. elle m'a jeté ma carte d'identité nationale par la fenêtre et m'a dit de ne plus revenir. **Social**

### Estrategias de afrontamiento:

- Je suis à la réception du hammam un jour sur deux. Quand je n'y suis pas, je suis à la maison pour étudier. **Solucion de problema**
- En plus les études nous instruisent de tellement de chose..... ça aide à ne pas divaguer. **Reestructuracion cognitiva**
- Alors qu'en étudiant, tu vis avec l'espérance d'une vie meilleure. **Reestructuracion cognitive**
- La vie ne s'arrête pas, que ton espoir ne doit jamais s'ébranler; et que quand bien même les conditions ne sont pas les plus favorables, si tu veux étudier tu dois le faire et dès aujourd'hui, ça n'est jamais trop tard. **Reestructuracion cognitiva**
- Le travail des assistantes sociales a été crucial pour moi. **Apoyo social**
- Elles.... t'aident à affronter..... **Apoyo social**
- elles t'apprennent à accepter ta nouvelle condition. **Reestructuracion cognitiva**
- Seul ma sœur H. me soutenait. **Apoyo social**
- J'avais peur, je ne lui faisais pas confiance. **Pensamiento desiderativo**
- Combien de fois j'aurais voulu parler à mon père et tout lui avouer, mais je ne savais pas par quel bout commencer. **Pensamiento desiderativo**
- J'ai frappé à la porte d'une voisine et je lui ai tout avoué. **Apoyo social**
- Jamais je n'ai pensé un seul instant l'abandonner même quand S. voulait que j'avorte. **Reestructuracion cognitiva**
- Je continuais à aller tous les jours à l'association où les filles comme moi bénéficient d'un suivi. **Apoyo social.**
- Je voulais reprendre mes études. **Resolucion de problema**
- Je téléphone de temps en temps à ma famille. **Apoyo social**
- Quand elle est née, je me disais que quoi qu'il arrive je l'assumerais, même si je n'ai rien, ni l'argent ni métier. **Reestructuracion cognitiva**
- Il faut qu'elle soit forte. **Reestructuracion cognitiva**
- J'essaie de lire le plus souvent possible, à la fois pour m'occuper, mais aussi pour garder le niveau. **Reestructuracion cognitiva**

- Pour moi tous les hommes ont un objectif bien précis : exploiter le corps de la femme, pour ensuite le jeter et en retrouver un autre. **Pensamiento desiderativo**

#### Estabilidad emocional :

- Là je sens un vide énorme et cela me rend encore plus malheureuse. **Emoción negativa**
- Mon rêve serait de devenir un jour assistent sociale. **Emoción positiva**
- J'ai commencé a pleurer. **Emoción negativa**
- j'avais plus de peine pour elle (sa fille) que pour moi. **Emoción negativa**
- Je hais les hommes (2 fois). **Emoción negativa**
- Quand je lis..... c'est la seule chose qui me fasse du bien. **Emoción positiva**

#### **Historia de SAFIA :**

##### Cultura de honor:

- Il s'en est fait un point d'honneur. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Il est persuadé que je suis sortie du droit chemin. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Me protéger de la société et surtout pour ma famille, qui se sentirait moins honteuse. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Comme si me parler étais un crime. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Il est très mal accepté mon histoire. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Il s'en est fait un point d'honneur. Il est même alle voir M. et l' menacé. **Legitimidad de uso de la violencia.**

##### Exclusion social:

- J'avais bien réussi à louer un appartement pendant la grossesse, mais impossible de retourner ensuite avec le bébé, c'était trop risqué. **Social**
- Parce que, accoucher quand tu es fille mère, c'est sacrément galère. **Social**
- ..... Je suis devenu l'enfant maudit. **Social**

- Il reporte toujours notre rencontre. **Social**
- Qu'après l'accouchement, je me suis retrouvée à la rue. **Material**
- C'est grâce à la présence d'une dame, membre de cette association.....que j'ai pu sortir sans problème et éviter la confrontation avec la police. **Social**
- Mes frères aussi savent, ils ne me parlent plus, sauf un. **Social**
- Je n'ai plus de nouvelles de personne. **Social**
- Je savais que j'allais devoir les quitter à cause de mon problème. **Social**

Estrategias de afrontamiento:

- J'étais enceinte je préparais mon mémoire de licence en sociologie à Fés, mais cela ne m'a pas empêchée de continuer mes recherches ni de préparer mes examens.  
**Reestructuración cognitiva**
- Je suis allée me résigner auprès d'une association. **Apoyo social**
- Quand je suis tombée enceinte, j'ai préféré louer ailleurs pour rester discrète.  
**Retirada social**
- D'un commun accord on a opté pour un courtage. **Resolución de problema**
- J'ai voulu rester à côté d'eux tant que c'était encore possible. **Apoyo social**
- On a convenu que je l'appellerai à mon accouchement pour qu'il récupère l'enfant et le donne à quelqu'un. **Resolución de problema**
- Un jour, j'ai avoué à ma sœur de Tissa ce qui m'était arrivé. **Expresión emocional**
- Une fois, lors d'une visite chez ma sœur à Tissa, j'ai décidé d'aller le voir (père de sa fille) sur son lieu de travail. **Resolución de problema**
- Là je ne viens plus beaucoup au hammam, parce que mes études me prennent beaucoup de temps. **Resolución de problema**
- Mes parents.. j'ai essayé de les protéger pour les tenir à l'écart de tout ça. **Evitación de problema**
- Dans notre situation on se sent en faute, on culpabilise et forcément on se dénigre.  
**Autocrítica.**

- Je me concentre sur mes études, en me disant que c'est ce qui nous sauvera moi et ma fille. **Reestructuración cognitiva**
- Pour moi, c'était la fin du monde, et même si j'avais étudié, je croyais que j'avais tout perdu.... **Pensamiento desiderativo**
- Je me suis donné le droit d'exister en acceptant mieux ma réalité. **Reestructuración cognitiva**
- L'an dernier je ne suis pas allée les voir à la fête de l'aid-el.kbir. **Retirada social**
- Aujourd'hui, j'arrive à me dire que ce n'est pas parce que j'ai un enfant hors mariage que je suis une mauvaise fille et que je n'est pas ma place dans la société. **Reestructuración cognitiva**
- Méfiante vis-à-vis des hommes. **Pensamiento desiderativo**
- C'est perdu d'avance. **Pensamiento desiderativo**
- Un moment j'avais pensé à me marier juste pour me couvrir. **Resolución de problema**
- C'était la fin du monde .... je croyais que j'avais tout perdu. **Pensamiento desiderativo**

#### Estabilidad emocional:

- Je pense que je peux être utile dans cette société et que j'ai même des choses à donner . **Emoción positiva**
- Je suis devenue très négative. **Emoción negativa**
- Tout nous fait peur et on se sent nulle. **Emoción negativa.**
- Dernièrement, j'ai assisté au séminaire .....C'est étrange, ce jour- là je me suis sentie importante. **Emoción positiva.**
- Quand je vais à la faculté, je me sens bien, je me sens un être humain comme les autres. **Emoción positiva**
- Quand je suis seul et que je pense à eux, les larmes coulent toutes seules. **Emoción negativa**
- Je me sens un être humain comme les autres. **Emoción positiva.**

## **Historia de MERIEM:**

### Cultura de honor:

- Ce qui est arrivé n'est pas facile, ni pour moi ni pour lui, pour personne. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Lui, même avec ce qu'il a fait, la CHOUHA (honte) dans la famille, un an de prison, il a fini par rentrer chez lui, peinar. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Le scandale. **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- Je ne veux pas que ma famille soit la cible des mauvaises langues. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Ma fille reste « Bent zina » (fille de la fornication). **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- Je ne voudrais pas qu'un jour ma fille entende des propos insultants. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Lui, quel que soit le problème ça reste un homme. **Sociedad y leyes en torno al honor**

### Exclusion social:

- C'est pas comme moi qui aie dû quitter la maison. je n'ai plus le droit de retourner chez moi. **Social**
- Mes parents ne veulent pas que je vienne. **Social**
- Mon père refusait de me parler. **Social**
- J'étais avec mon gros ventre de 8 mois sans aucun soutien de lui (son père), alors qu'il était à quelques mètres de moi. **Social**
- Là encore il n'a cessé de détourner son visage comme si j'étais une pestiférée. **Social**
- Je n'avais pas le droit d'après les mauvaises langues. **Social**
- Le tribunal a refusé que ma fille porte le nom de son père. Même si le test ADN a prouvé la paternité. **Social**

### Estrategias de afrontamiento:

- Quand j'ai réalisé que j'étais enceinte, je suis allée chez ma sœur en ville, je ne lui ai rien dit. **Retirada social**

- J'ai téléphoné à M. (père de sa fille). **Resolucion de problema**
- Je me suis confiée à Mh., c'est une personne de proche... **Expresion emocional**
- Jamais je n'ai pensé à me débarrasser de la petite. non ce n'est pas possible. **Reestructuracion cognitiva**
- Il fallait que je cherche de travail pour subvenir aux besoins de ma fille. **Resolucion problema**
- Mon frère Med- heureusement qu'il a été compréhensif- me donnait parfois un peu d'argent. **Apoyo social**
- Décidé d'acheter un petit réchaud à gaz et de la farine et de faire du pain. **Resolucion problema**
- Pour l'instant je ne peux pas retourner à Taza, ici au moins je n'entends pas, je ne vois pas, c'est une façon d'avoir la paix. **Retirada social**
- J'ai raconté toute la vérité à cette dame. **Expresion emocional**
- J'essaye de suivre les cours d'alphabétisation, **Resolucion de problema**
- Je ne parle à personne. **Retirada social.**

#### Estabilidad emocional:

- Elle pleure. **Emoción negativa**
- Le coup de poignard dans le cœur. **Emoción negativa**
- Et dieu sait combien une journée peut être longue, surtout quand on est dans l'attente. **Emoción negativa**
- Quand tu es malheureuse tu as l'impression qu'il fait nuit tout le temps. **Emoción negativa**
- Que dieu m'aide à m'alléger de ce poids que je porte dans mon cœur. **Emoción negativa**
- Mais quand tu as la tête pleine de soucis, impossible de te concentrer. **Emoción negativa**
- On pleurerait chacun de notre côté. **Emoción negativa**
- J'avais l'impression d'être épiée. **Emoción negativa**
- La seule chose qui me fasse de bien c'est quand j'emmène ma fille se promener au bord de la mer ou en ville à la place aux pigeons. **Emoción positiva.**



## Historia de OURDA:

### Cultura de honor:

- S'ils venaient à savoir ce qui m'est arrivé ils seraient capables de me tuer avec ma fille. **Legitimidad de uso de la violencia**
- Je dois pour cela aller devant la justice avec mes parents. Or ce n'est pas possible. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Seuls les hommes ont droit au livret de famille. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Parce que je ne vis pas avec une famille de gens tolérants et souples. **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- Dans la famille de mon père, les hommes sont très durs. **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- Si je lui raconte, je me dis qu'il va sûrement me tuer. **Legitimidad de uso de la violencia**
- N. est tombée enceinte hors mariage.... Mon grand-père et mes oncles ont chassé ma tante N. de la maison. **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- Espérer qu'un jour ma famille accepte ce qui m'est arrivé, et nous accepte ma fille et moi. **Sociedad y leyes en torno al honor.**

### Exclusion y rechazo social:

- Je ne vois plus personne de ma famille aujourd'hui. **Social**

### Estrategias de afrontamiento:

- Fllait en **sacrifier un. L'aînée. Moi. Pensamiento desiderativo**
- Celui qui a un enfant doit oublier sa jeunesse et l'insouciance. C'est fini. Maintenant ta vie c'est ton enfant. **Pensamiento desiderativo**
- Je n'ai toujours pas intégré ce qui m'est arrivé. **Pensamiento desiderativo.**
- J'ai décidée de retourner dans ma famille. **Resolucion de problema**
- Personne dans ma famille n'est au courant de ce qui m'est arrivé, ni mon père, ni ma mère, ni.....**Evitacion problema.**
- Parce que bien évidemment personne ne sait que je suis actuellement hébergée par l'association solidarité féminine...**Retirada social**
- Je ne peux pas leur dire ce qui m'est arrivé, ils ne supporteraient jamais... je ne voudrais pas être la cause de sa mort. **Pensamiento desiderativo**

- Quand Nejma m'appelait « MA », j'ai dit fait croire à mes parents que la petite était très attachée à moi parce que je m'occupais d'elle depuis sa naissance. **Evitacion de problema.**
- Je voudrai bien le dire a ma sœur pour me soulager y avoir son soutien, mais j'ai trop peur qu'elle ne sache pas garder le secret. **Evitacion problema**
- Dès que j'ai su que j'étais encainte j'ai cherché du travail. **Resolcion de problema**
- j'ai quitté le domicile de ma sœur. **Retirada social**
- Avant d'accoucher, madame Z. (empleadora) m'a emmenée à l'association INSAF pour mères célibataires qui m'a ouvert un dossier. **Apoyo social**
- .....J'ai inscrit la petite à l'état civil, ella a un extrait d'acte de naissance. **Resolucion de problema**
- Vous voyez bien que mon problème est sans issue. **Pensamiento desidrativo**
- Le week-end je reste avec ma fille. Seules. On sort rarement. **Retirada social.**
- Certaines filles de l'association sont mes voisines. On s'entraide. **Apoyo social**

#### Estabilidad emocional:

- J'étais fatiguée. **Emoción negativa**
- Quel mal me prit ce jour là... j'en paye encore le prix aujourd'hui. **Emoción negativa**
- Elle pleure, sanglote. **Emoción negativa**
- La nuit je fais des cauchemars, je sursaute, je me réveille en sueur en me demandant à chaque fois comment tout cela a ou me tombeer dessus... **Emoción negativa**
- Je n'arrive plus à trouver le someil. **Emoción negativa**
- C'était déchirant pour moi de raconter cela. **Emoción negativa**
- D'y penser je suis malheureuse. **Emoción negativa**
- Je souffre pour ma fille. **Emoción negativa**
- La nuit ma souffrance est exacerbée, je me mets à avoir peur, à me sentir toute petite et incapable d'affronter le monde. **Emoción negativa**
- Moi chaque fois que je pense à quelque chose en lien avec mon histoire personnelle je pleure. **Emoción negativa**
- C'est encore là, en travers de ma gorge. **Emoción negativa**
- Je me sens déchirée. **Emoción negativa**

- Aujourd'hui ce sont les larmes qui me soulagent et rien d'autre, les larmes et ma fille.

**Emoción negativa**

- Je me mets à avoir peur . **Emoción negativa**
- Me sentir toute petite et incapable d'affronter le monde. Plus je me vois, dans l'obligation de renoncer à ma famille. C'est trop douloureux, que dieu m'aide.

**Emoción negativa**

- Quand je pense à lui (son père), je suis terrorisée. **Emoción negativa**
- Je pleure. Il m'arrive de pleurer toute une journée et toute une nuit. **Emoción negativa**
- Et ce que j'ai le droit d'espérer. **Emoción negativa**

**Historia de ZAINA:**

Cultura de honor:

- C'est à cause des voisins, des gens du quartier. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Normal, elles ont peur pour leur réputation. ce sont des filles. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Ma mère a eu un choc. Elle est tombée dans les pommes. **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- J'étais l'enfant maudit. **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- La mère de K. a été choquée. **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- Difficile pour une fille seule et enceinte (louer un logement). **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- « ..tu m'as roulée dans la boue, je n'ai plus de visage.. ». **Sociedad y leyes en torno al honor.**

Exclusion y rechazo social:

- Que j'aïlle chez eux..... c'est interdit. **Social**
- A la maison on ne voulait plus de moi à cause de mon ventre. **Social**
- Moi je les vois. par contre que j'aïlle chez eux, à la maison: c'est interdit. **Social**
- Mon père a dit une seule chose: je ne veux plus la voir. **Social**

- Mes sœur ne voulaient plus m'adresser la parole, je n'avez plus le droit de m'asseoir avec eux à la table. **social**
- Ma mère .. n'arrêtait pas de me faire des reproches. **Social**

#### Estrategias de afrontamiento:

- Il vaut mieux que je me fasse oublier. **Evitacion problema**
- On est allées toutes les trois a ben hamed à la recherche de K. **Resolucion de problemas**
- On a porté plainte au tribunal. **Resolucion problema**
- J'ai pris la liste des associations que nous avait donnée le médecin et j'ai composé tous les numéros. **Apoyo social.**
- Depuis que je suis tombée enceinte, j'ai dit que j'assumerai l'enfant. **Resolucion problema**
- Quand j'étais enceinte, je priais Dieu tout le temps ...je continue à prier tout le temps **Expresion emocional**
- J'assume la responsabilité de mes erreurs. mais ce n'est pas facile. **Reestructuracion cognitiva**
- Quand tu as vécu des choses aussi difficiles tu te dit plus jamais ça. **Reestructuracion cognitiva**
- On est vraiment une grande famille, et quand on a partagé des moments difficiles .. on se prend dans les bras à chaque fois.....ça nous réchauffe le cœur de nous revoir. **Apoyo social**
- J'ai appris à être responsable de moi-même et de la petite. **Resolucion problema**
- Cette expérience ma fait grandir d'un coup **Reestructuracion cognitiva**

#### Estabilidad emocional:

- je m'entends bien avec mes parents. **Emoción positiva**
- Elle pleure. **Emoción negativa**
- J'aime la vie, sortir, rencontrer des gens, discuter, rire.. **Emoción positiva**
- Je n'ai pas de confiance en moi aujourd'hui. **Emoción negativa**
- Quand tu es dans ton droit, mais tu n'en s pas le courage, tu dis rien. Après tu te sens minable. **Emoción negativa**

- Aujourd'hui , c'est tout le contraire, je suis devenue hyper réactive, a la moindre remarque j'explose. **Emoción negativa**
- Je ne sais pas si c'est cela « avoir confiance en soi ». **Emoción negativa**
- Je me sentie trahie. **Emoción negativa**
- Je me sentais très seule. **Emoción negativa**
- Je regrette de ne pas avoir assez écouté ma mère. **Emoción negativa**
- Je voudrai que ma fille soit mieux que moi, qu'elle n'endure pas ce que j'ai enduré. **Emoción negativa.**

### **Historia de AHLAM:**

#### Cultura de honor:

- Comment être considérée comme une femme normale. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Comment supporter ce regard qu'on porte sur vous: mauvaise fille, mère d'un enfant batard, un enfant de la honte. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Elle avait peur du scandale dans le quartier. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Comment lui expliquer l'inacceptable. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Personne ne doit savoir (fait référence a sa grossesse). **Sociedad y leyes en torno a la sociedad.**
- Un problème comme le mien, c'est imperdonable, tu es mort ! **sociedad en torno al honor**
- Pas un mot sur cette histoire à qui ce soit. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Mes frères qui risquaient de me tuer s'ils apprenaient la chose. **Legitimada de uso de la violencia**
- Débrouille toi pour te débarrasser de cette chose. **Sociedad y leyes en torno al honor**

#### Exclusion y rechazo social:

- J'ai pu passer la nuit chez elle, mais le lendemain elle devait aller travailler et m'a dit qu'il valait mieux que je quitte surtout que je lui avais dit que j'étais enceinte. **Social**
- Elle avait peur de la police. **Social.**
- Je n'ai plus de relations avec ma mère ni avec mes frères et sœur. **Social**

- Si ce n'est pas moi qui appelle, jamais elle ne cherche après moi. **Social**.
- Elle m'a reçue comme une étrangère, elle m'a à peine adressé la parole. **Social**
- Elle m'a interdit de parler à qui que ce soit du problème, au risque de me chasser de la maison. **Social**
- Bien à mon avis tu vas prendre tes affaires et quitter au plus vite la. **Social**
- J'ai quitté la maison, je ne savais pas où j'irai. **Material**
- En plus je n'ai plus le droit de retourner chez moi. **Social**
- Je n'avais pas le choix, nulle part où aller. **Social**

#### Estrategias de afrontamiento:

- J'ai trop peur de ne pas savoir affronter les problèmes. **Pensamiento desiderativo**
- Je ne suis pas prête à sortir et à affronter la société. **Pensamiento desiderativo**
- Elle m'a orientée vers une association. **Apoyo social**
- Quand j'ai accouché de l'enfant, je n'ai pas supporté de le voir. **Pensamiento desiderativo**
- Je n'avais qu'une idée en tête la donner le plus vite possible et rentrer chez moi. **Pensamiento desiderativo**
- Je voudrai oublier. **Evitacion de problema**
- Aujourd'hui je me dis heureusement que je n'ai pas donné la petite. **Reestructuracion cognitiva**
- Je ne sors jamais. **Retirada social**
- La seule chose que me tienne compagnie c'est la télévision. **Retirada social**
- J'ai quitté la maison, je ne savais pas où j'irais. **Pensamiento desiderativo**
- J'ai hésité puis j'ai dit que c'était la fille de la voisine. Je ne veux pas qu'elle sache. **Evitacion de problema**

#### Estabilidad emocional:

- J'ai peur. Le monde de dehors me fait peur. **Emoción negativa**
- Quand j'ai accouché de l'enfant, je n'ai pas supporté de le voir..... je ne voulais pas l'allaiter. **Emoción negativa**
- Oui ça m'angoisse quand j'y pense. qu'est-ce qu'on va devenir avec la petite en sortant d'ici? **Emoción negativa**

- J'ai 31 ans ... mais j'ai peur. **Emoción negativa**
- je préfère rester seule, je me sens plus reposée. **Emoción negativa**
- Parfois quand je suis déprimée je me dis que je vais la donner à une famille riche.  
**Emoción negativa**
- Elle pleure doucement. **Emoción negativa**
- J'étais terrorisée. **Emoción negativa**
- Je me sentais comme dans un brouillard. **Emoción negativa**
- J'ai le cœur serré. **Emoción negativa**
- J'ai eu un blocage, mais c'est à cause des circonstances. **Emoción negativa**

### **Historia de ZAHRA:**

#### Cultura de honor

- Ma famille était au courant que j'avais un fils, mais on évitait d'en parler et il était préférable que je ne le prenne pas avec moi pour ne pas attirer les foudres. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- En me voyant, il s'est mis à hurler comme un fou... il ne voulait pas de putain à la maison. **Legitimidad de uso de la violencia**
- Ils m'ont dit que moi et A. on risquait d'être emprisonnés, lui pour adultère et moi pour Fassad (prostitution). **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- Aujord'hui j'ai compris que ce raisonnement était faux. Un enfant est innocent, ce n'est pas à lui de supporter la faute de ses parents. **Sociedad en torno al honor**

#### Exclusion y rechazo social

- Je ne pouvais pas retourner à Youssoufia ..... je risquais de me faire renvoyer par le propriétaire de la maison. **Social**

#### Estrategias de afrontamiento

- Quand j'ai appris qu'il s'était marié j'ai décidé de rompre. **Resolucion de problema**
- Je suis allée chez une tante à casablanca. **Resolucion problema**
- Personne, en dehors de lui et moi n'était au courant de ma grossesse. **Retirada social**
- J'ai fait ma déposition, je leur ai dit la vérité. **Resolucion de problema**
- J'ai eu tellement peur que je me suis jetée de la fenêtre. **Pensamiento desiderativo**

- Il me fallait impérativement trouver du travail pour rembourser la nourisse ... grâce a semsar j'ai trouvé un poste comme femme de ménage chez une dame. **Resolucion problema**
- C'est madame I (empleadora) qui m'a parlé de ASF, un jour ella m'a accompagnée avec le petit jusque dans leurs bureaux. **Apoyo social**
- Je suis allée ausitot au bureau de l'association qui m'a orientée vers leur site de ain Sebaa. **Apoyo social**
- Je n'abandonnerai jamais mon enfant, coûte que coûte. **Reestructuracion cognitiva**
- Heureusement que j'ai rencontré cette association qui m'a aidée à y voir clair. **Apoyo social**
- Parler me fait du bien.... M'aident à mettre de l'ordre dans ma tête. **Expresion emocional**

#### Estabilidad emocional:

- Je me sentais complètement perdue. **Emoción negativa**
- Nous a annocé (le medcin) que j'étais enceinte de quatre moi. A. était content, moi aussi. **Emoción positiva**
- C'était la première fois, depuis mon accouchement, que j'ai ressenti de la tranquillité. Je pouvais enfin me poser et dormir à coté de mon fils. **Emoción positiva**
- Cette confiance je l'ai acquis grâce aux atelier menés par la psychologue de l'association. **Emoción positiva**
- Moi j'ai un gros manque de tendresse. J'ai éclaté en sanglots. **Emoción negativa**
- Je n'ai plus peur ni des voisins ni de ma famille. Je suis devenue plus confiante. **Emoción positiva**
- Aujourd'hui j'ai appris la confiance, mais aussi le courage. **Emoción positiva.**
- **Des rêves...j'en ai beaucoup. (elle rit). Emoción positiva.**
- Cela permet à cette braise encore brulante en moi de devenir cendre. **Emoción negativa**



## Historia de FARIDA:

### Exclusion y rechazo social:

- Je ne peux rester nule part. je ne peux pas me faire d'amis: tout de suite ce handicap est connu et on me rejette. **Social**
- J'ai l'impression qu'ils ne veulent plus de moi... **Social**
- Elle sent qu'elle est un poids pour eux. **Social**
- J'ai besoin d'argent pour le lait et pour beaucoup d'autres choses. **Deprivacion material.**

### Estrategias de afrontamiento:

- Elle demande de l'aide sous forme d'écoute, mais aussi matérielle. **Apoyo social**
- Je n'avais pas envie que mon patron sache que j'étais enceinte. **Evitacion problema**
- Je n'ai pas envie de raconter. **Retirada social**
- Je n'en peux plus, je vais abandonner mon petit garçon. **Pensamiento desiderativo**
- Je ne peux plus le garder, je n'en ai plus la force. **Pensamiento desiderativo**
- Je n'ai pas d'autre solution. Même si je trouve du travail, où vais-je mettre ce bébé. **Pensamiento desiderativo.**
- Je le voulais, mais maintenant je ne peux plus le garder. **Pensamiento desiderativo,**
- Je veux reprendre mon bébé. **Resolucion problema.**
- Non, je ne veux pas ..... j'étais épuisée, mais je ne veux pas le perdre. **Pensamiento desordenado**
- Je sais. Je vais signer l'acte. **Pensamiento desiderativo.**
- Elle veut aussi changer de quartier. **Evitacion problema.**
- Farida a disparu en laissant son enfant. **Evitacion de problema**

### Estabilidad emocional:

- Un regard vif, tres intelligent et ému au même temps plein de haine contre la société. **Emoción negativa**
- Je ne connais qu'un seul sentiment : la haine. **Emoción negativa**
- Assistent social: il lui aurait fallu une psychanalyse. **Emoción negativa**
- Assistent social: elle a toujours des problèmes d'ordre relationnel avec lui(son fils) haine, amour. **Emoción negativa**

- Trouver un travail à farida qui est très instable: un jour bien, un jour moins bien....
- Farida est un cas. la mener en psychiatrie. un psychologue déclare qu'elle est pleine de problèmes..... **Emoción negativa**
- J'avais envie de changer, c'est comme ça. **Emoción negativa**
- Je n'ai pas envie de raconter. **Emoción negativa**
- J'étais en pleine détresse, j'étais épuisée. **Emoción negativa**
- Elle souffre beaucoup de n'avoir rien d'autre à offrir à son enfant. **Emoción negativa**
- Nous la trouvons en pleurs, clouée au lit. Ses pleurs redoublent en nous voyant. **Emoción negativa**
- J'ai abandonné mon enfant, mais je ne le voulais pas. Je vous en supplie... **Emoción negativa**
- Farida se donne corps et âme à son travail. Elle se sent utile et est bien. **Emoción positiva.**
- Il y a pas plus d'amour que de haine entre nous. **Emoción negativa**

#### **Historia de AMINA-LATEFA:**

##### Cultura de honor:

- Elles me disent ... que ça va être le scandale dans ma famille, dans ma tribu. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- on va aller à la police, s'il le faut. Je leur dirai que tu es une fille mère et on verra bien. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Ça va être le scandale dans le douar. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Mes parents vont me tuer. **Legitimidad de uso de la violencia**
- Je ne peux pas t'amener chez mon père car il est capable de me tuer. **Legitimidad de uso de la violencia**
- Le père: je ne veux pas élever la bâtarde du voisin.. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Sœur: moi j'ai peur de mon mari. et puis le scandale et les voisins.. **Sociedad y leyes en torno al honor**

- Sœur: moi, je suis divorcée, je ne veux qu'on dise que j'ai accueilli une fille avec une bâtarde, ce serait la honte. **Sociedad y leyes en torno al honor**

#### Exclusion y rechazo social:

- La bénédiction ou la malédiction. tu choisis: ma bénédiction si tu abandonnes ta fille, ma malédiction si tu ne l'abandonnes pas. **Social**
- Le père : moi je veux bien reprendre ma fille, mais pas l'enfant. **Social**

#### Estrategias de afrontamiento:

- On n'arrête pas de me dire: abandonne ta petite fille. Et moi je ne veux pas. **Reestructuración cognitiva.**
- Amina ne veut pas dire où elle habite. **Retirada social.**
- Oui je l'aime, si quelqu'un la touche, je suis capable de toutes les violences pour elle. **Pensamiento desiderativo**
- Je ne veux pas abandonner ma petite fille. **Resolución de problema**
- Meses despues.... moi je ne suis pas folle. la nourrice s'occupe de ma fille, pour moi. il y a autre chose à faire dans la vit... j'ai acheté la clé d'un appartement.....je reçois des invités. **Pensamiento desiderativo**

#### Estabilidad emocional:

- Si l'une de vous s'approche de mon lit, je vous assure que je suis capable de commettre un meurtre. **Emoción negativa**
- Amina pleurant. **Emoción negativa**
- Elle adore vraiment sa petite. Elle joue avec elle comme avec une poupée. **Emoción negativa**
- Elle prend la casserole d'huile et veut ébouillanter farida. **Emoción negativa**
- Elle fait encore une grande crise. **Emoción negativa**
- Amina attrape son bébé et dès qu'on s'approche, elle le prend par les pieds et nous dit: si jamais quelqu'un approche, je vais la jeter contre le mur. elle va mourir et vous irez en prison. **Emoción negativa**
- Elle est dans une rage folle. **Emoción negativa**

## Historia de HANANE Y SAIDA:

### Cultura de honor

- La mère baisse la tête. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Toutes les filles rêvent d'être un jour 'roussa (mariée) avec les mains et les pieds décoré au henné et des youyous autour d'elles. Mon père a détruit nos rêves, je ne serais jamais une mariée. Qui voudra de moi ? **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Il m'a dit que ma fille est une pute. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Le père est interrogé. Il avoue. il a fait ça parce que sa femme est une pute qui l'a déshonoré devant les voisins! **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Le caïd m'a chassée en me disant que tous les maris battent leurs femmes et tous les pères éduquent leurs filles, que je dois endurer pour garder mon foyer et mes filles! il m'a culpabilisée: tu n'as pas honte de vouloir mettre en prison ton mari qui est si gentil ? **Legitimidad de uso de la violencia**
- Mon beau-frère a juré de tuer les filles. **legitimidad de uso de la violencia**
- Ma belle-mère nous a insultées parce que nous refusions de retirer la plainte. Leyes y sociedad en torno al honor. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Nos voisins.. leurs enfants jettent des pierres sur nous... nous insultent. **Legitimidad de uso de la violencia**
- Ils disent que c'est péché d'envoyer le père de mes enfants en prison. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- La mère : jamais, qu'elle se débarrasse de la honte! on se moque de nous. si elle revient à la maison sans sa fille, les gens oublieront, elle pourrait se marier. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- La tante: je veux adopter une fille. mais pas celle-là. mon mari me mépriserait. a la moindre dispute, il traitera ma famille de pute. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- ... Que vont dire les gens? **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Comment le faire alors que c'est l'enfant du péché! **Sociedad y leyes en torno al honor**
- L'inceste se pratique dans le plus grands secret. Il est jugé dans le plus grande discrétion. **Sociedad y leyes en torno al honor**

### Exclusion y rechazo social

- J'ai tiré Hannane dans la rue. **Social**

### Estrategias de afrontamiento

- Ce qui est étonnant c'est que, pendant des années, les deux sœurs n'ont jamais parlé entre elles de leur malheur, même si chacun savait ce que subissait l'autre. **Evitacion problema**
- Je n'oublierai pas. **Pensamiento desiderativo**
- Non c'est la fille de mon père, c'est ma sœur, c'est la fille du mari de ma mère. non! **pensamiento desiderativo**
- Non prends-la maintenant, sinon je vais m'y habituer. **Pensamiento desiderativo**
- Je pars chez ma grand-mère a la campagne. Prends la fille. **Pensamiento desiderativo**
- Le souhait de hanane est de se débarrasser de sa fille. **Pensamiento desiderativo**

### Estabilidad emocional:

- Elle sourit entre 2 sanglots. **Emocion negativa**
- Saida. Un déluge de larmes qu'aucune parole ne peut tarir. **Emocion negativa**
- Elle a voulu se jetes sous un car. **Emocion negativa**
- Sanglots de Saida : je n'oublierai pas. **Emocion negativa**
- Saida Soupire : je ne peux travailler avec des gens, j'ai trop peur. **Emocion negativa**
- Hanane n'arrive pas à sécher ses larmes. **Emocion negativa**
- yeux boursoufflés par les pleurs. **Emocion negativa**
- A ses cotes, sa fille. Elle n'arrive pas à l'allaiter, ni à la prendre dans ses bras. **Emocion negativa**
- Chaque mot prononcé est une pénitence. **Emocion negativa**
- Hanane regarde tristement sa fille Elle éclate en sanglot. **Emocion negativa**

### **Historia de HAFIDA:**

#### Cultura de honor:

- Étant divorcée et donc déflorée, j'ai dû supporter la violence de mes frères qui craignaient le déshonneur. **Legitimidad de uso de la violencia**
- L'ai pas fait parce que j'avais honte. **Sociedada y leyes en torno al honor**

- La famille du partenaire refuse que son fils célibataire, épouse une divorcée. **Sociedad y leyes en torno al honor**
- Ma mère m'a dit que mes frères me cherchent pour me tuer. **legitimidad de uso de la violencia**
- J'ai appelé ma sœur qui m'a traitée de pute et raccroché au nez. **Sociedad y leyes en torno al honor.**
- Je l'ai supplié qu'il me sauve du deshonneur. **Sociedad y leyes en torno al honor.**

#### Exclusion y rechazo social:

- Elle ne veut plus me voir et refuse même que j'assiste à son enterrement. **Social**
- Mes frères ont oublié tout ce que j'ai fait pour eux. Ma mère me battait, mes frères se déchainaient sur moi.....**Social**

#### Estrategias de afrontamiento:

- J'ai refusé car j'ai toujours rêvé d'avoir une famille et des enfants. **Reestructuración cognitiva**
- Mon ami m'a proposé de me payer un loyer jusqu'à l'accouchement, à condition que j'accepte d'abandonner l'enfant. j'ai refusé. **Resolución problema**
- J'ai accepté parce que je devais prendre des médicaments et que je ne pouvais plus payer mon loyer. **Resolución problema**
- Je lui ai suggéré de demander ma main à mes parents, de m'épouser et de me répudier après l'accouchement. **Resolución problema**
- La femme qui me logeait m'a accompagnée à l'association INSAF qui m'a orientée vers une association de SIDI OTHMAN. **Apoyo social**
- Je n'ai jamais été chez elle parce que je ne sortais pas. **RETIRADA SOCIAL**

#### Estabilidad emocional:

- Ma mère a toujours préféré ma sœur. **Emoción negativa**
- J'étais déjà une vieille fille. **Emoción negativa**
- Je me cachais pour pleurer. **Emoción negativa**
- Je déteste ma famille. **Emoción negativa**

**ANEXO2 : Autorizacion ética.**



UNIVERSIDAD DE JAÉN  
Vicerrectorado de Investigación

**COMISIÓN DE ÉTICA**

**Tipo de actividad :** Proyecto de tesis

**Referencia:** CEIH 150615-1

**Título de la actividad:** Cultura del honor y exclusión social de madres solteras en Marruecos: repercusiones emocionales y psicológicas

**Convocatoria y/o entidad a la que se presenta:** Proyecto de tesis doctoral UJA

**- Directora :** Esther López Zafra

**Tipo de documentación examinada:** Protocolo de investigación, Información a participantes y consentimiento (versión 28-7-2015)

**Tipo de experimentación o actividad sometida a informe:** Investigación en humanos: estudio clínico; Entrevistas, encuestas y test.

**Informe que se emite :** FAVORABLE

**Observaciones:**

Jaén, 13 de octubre de 2015

Amelia Aránega Jiménez  
Presidenta de la Comisión de Ética

Vicerrectorado de Investigación Desarrollo Tecnológico e Innovación

Campus Las Lagunillas, s/n. Edificio B-1 Rectorado – Telf. 953 212597 – Fax 953 211968 – E-mail: vicinv@ujaen.es