



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

# Malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en estudiantes de psicología

## Psychological distress, self-construction, structure and cognitive conflicts in psychology students

Eliana Ortiz Garzón

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura  
y conflictos cognitivos en estudiantes de psicología**

**Eliana Ortiz Garzón**





UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Facultad de Psicología  
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología  
Sección de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

**TESIS DOCTORAL**

**Malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura y  
conflictos cognitivos en estudiantes de psicología**

**Psychological distress, self-construction, structure and cognitive  
conflicts in psychology students**

Eliana Ortiz Garzón

Director

Dr. Guillem Feixas i Viaplana

Barcelona, 2017



## *A mis hijos*

No deberás rendirte en la batalla  
que te presenta la vida como reto,  
ármate de valor y de esperanza  
para librar tu propia reconquista.  
Si se desvanece la fe de tu fuerza,  
tómame un descanso pasajero  
y bebe la savia de tus propios sueños  
para recuperar el valor de tus anhelos.  
Eres a la vez el capitán y el grumete  
y tendrás el timón en tus manos.  
Tu mapa es el honor y la gloria  
de ser tú mismo a pesar de los tiempos.  
Ama con la verdad de la ternura  
y lucha con amor contra tus egoísmos  
para que lo más noble de ti mismo  
marque la ruta de todos tus afectos.  
Ama la vida sin pretextos ni exclusiones  
y reconoce el valor de sus diferencias.  
Conservarla es tu primera responsabilidad  
y hacerla grande tu máximo reto.  
Fracasar es una palabra, no un destino.  
Podrás perder una batalla pasajera,  
pero te levantarás y seguirás de nuevo,  
no te entregarás a ti mismo en la derrota  
ni humillarás al otro para clamar tu victoria.  
Sólo con honor tendrás derecho a la gloria,  
pero la gloria deberá ser humilde  
para que se conserve en el tiempo ¡y en la historia!

*Nelson Ortiz*



## **Agradecimientos**

Primero que todo quiero agradecer la *Agencia de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca de la Generalitat de Catalunya* por otorgarme la beca pre-doctoral FI, ya que sin su financiación no hubiera sido posible la realización de este proyecto. Igualmente a todos los estudiantes que colaboraron como evaluadores en el proceso de recolección de datos y a los que accedieron a participar voluntariamente como parte de la muestra.

A mi director de tesis Guillem Feixas por acercarme a la orientación constructivista y enseñarme una nueva forma de percibir el mundo y la psicológica, por su rigurosidad científica, sabiduría, comprensión y paciencia durante el proceso de construcción de este proyecto.

A mis padres por su cariño y apoyo incondicional en todo este proceso. A mi padre por enseñarme a cultivar el conocimiento y darme el ejemplo de la excelencia profesional, perseverancia y entrega. A mi madre por su dedicación, comprensión y paciencia A mi hermano por incentivar me a emprender este reto.

A mi esposo por ser mi compañero de vida y soñar conmigo este gran reto de construir una familia y luchar cada día por alcanzar nuestras metas. A nuestra pequeña Ainhoa por venir a este mundo en medio de esta travesía a hacer más alegres nuestros despertares y llenar de luz nuestra vida con el brillo de sus ojos y su sonrisa encantadora. A Carlos y Alejandra por convertirse en parte de nuestra familia y apoyarnos incondicionalmente en cada momento.

Finalmente quiero agradecer a todos mis compañeros del grupo de investigación que en algún momento me brindaron su apoyo y colaboración, a Clara Paz, Juan Carles Medina, Joan Miquel Soldevilla y Olga Pucurull. Y especialmente a Adriana Trujillo, Miquel



Alabernia, y Graciela Susanne por su amistad, compañerismo, por su voz de aliento y motivación para afrontar este proceso.

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	3
<b>Capítulo 1. Introducción</b> .....	5
Malestar psicológico y sus implicaciones .....	7
Malestar psicológico en estudiantes universitarios .....	10
Bienestar psicológico .....	16
Evaluación del malestar psicológico y diferencias entre poblaciones .....	19
Depresión y malestar psicológico .....	27
Autoestima y malestar psicológico .....	34
Teoría de los constructos personales .....	40
La técnica de la rejilla interpersonal .....	46
Índices de construcción del sí mismo.....	47
Discrepancia yo-ideal.....	48
Discrepancia yo-otros. ....	49
Discrepancia ideal-otros.....	49
Índices de estructura cognitiva.....	49
Diferenciación cognitiva.....	50
Polarización.....	51
Indefinición .....	51
Índices de conflicto cognitivo .....	52
Constructos dilemáticos .....	53
Dilemas implicativos .....	54
Fiabilidad.....	61
Validez .....	63
<b>Capítulo 2. Justificación,objetivos e hipótesis</b> .....	65
Justificación.....	67
Objetivos e hipótesis .....	69
Objetivo general .....	69
Objetivos específicos.....	69
<b>Capítulo 3. Método</b> .....	73
Diseño.....	75
Participantes .....	75

Criterios de inclusión y exclusión.....	76
Instrumentos .....	78
Cuestionario de variables sociodemográficas .....	78
Técnica de la rejilla interpersonal (TRI).....	78
Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM).....	84
Escala de autoestima Rosenberg (EAR) .....	85
Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R).....	86
Inventario para la depresión de Beck (BDI-II) .....	90
Procedimiento.....	91
Análisis de datos.....	92
Consideraciones éticas .....	94
<b>Capítulo 4. Resultados</b> .....	<b>97</b>
1.    Estadísticos descriptivos y comparaciones de las medidas de construcción del sí mismo, de estructura y conflictos cognitivos en una muestra de estudiantes, comunitaria y clínica.....	99
2.    Estadísticos descriptivos y diferencias en las medidas de malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima en las tres muestras .....	103
2.1. SCL-90-R.....	104
2.2. CORE-OM .....	106
2.2. BDI-II.....	108
2.4. EAR.....	108
3.    Diferencias entre hombres y mujeres en las medidas cognitivas, el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima en la muestra de estudiantes .....	109
4.    Relación entre la edad y las medidas de construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en la muestra de estudiantes.....	114
5.    Relación entre las medidas cognitivas estudiadas y las que evalúan malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) en la muestra de estudiantes.....	115
5.1. Relación entre los índices de la TRI y las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R .....	117
5.2. Relación entre los índices de la TRI y las dimensiones sintomáticas del CORE-OM .....	117
6.    Relación entre los síntomas depresivos, las medidas cognitivas evaluadas por TRI, las medidas que indican malestar psicológico y el nivel de autoestima en una muestra de estudiantes de psicología.....	118
7.    Relación entre el nivel de autoestima, los índices derivados de la TRI y las medidas que indican malestar psicológico en la muestra de estudiantes de psicología .....	120

8.	Diferencias en las medidas cognitivas, el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima entre las sub-muestras de estudiantes de grado y de postgrado .....	122
9.	Fiabilidad de las puntuaciones obtenidas en la TRI mediante el método test-retest...	127
	<b>Capítulo 5. Discusión y conclusiones</b> .....	133
	Discusión.....	129
	Puntos fuertes .....	159
	Limitaciones .....	160
	Implicaciones prácticas y futuras líneas de investigación.....	161
	Conclusiones .....	163
	<b>Referencias</b> .....	171
	<b>Anexos</b> .....	197

## Lista de tablas, figuras y anexos

### Tablas

<i>Tabla 1.</i> Género y edad de los tres grupos de participantes.....	75
<i>Tabla 2.</i> Valores de referencia de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R según el tipo de población.....	89
<i>Tabla 3.</i> Estadísticos descriptivos y comparación de los índices derivados de la TRI entre la muestra de estudiantes y la comunitaria.....	99
<i>Tabla 4.</i> Estadísticos descriptivos y comparación de los índices derivados de la TRI entre la muestra de estudiantes y la clínica.....	100
<i>Tabla 5.</i> Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones del SCL-9-R entre las muestras comunitaria, clínica y de estudiantes.....	106
<i>Tabla 6.</i> Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones del CORE-OM entre la muestra de estudiantes y la comunitaria.....	107
<i>Tabla 7.</i> Estadísticos descriptivos y comparación en los índices cognitivos derivados de la TRI entre hombres y mujeres en la muestra de estudiantes.....	110
<i>Tabla 8.</i> Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R entre hombres y mujeres en estudiantes.....	112
<i>Tabla 9.</i> Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones del CORE-OM entre hombres y mujeres en estudiantes.....	113
<i>Tabla 10.</i> Estadísticos descriptivos y comparación las puntuaciones en el BDI-II entre hombres y mujeres en estudiantes.....	113
<i>Tabla 11.</i> Estadísticos descriptivos y comparación en la Escala de Autoestima Rosenberg (EAR) entre hombres y mujeres en estudiantes.....	113
<i>Tabla 12.</i> Correlación entre la edad y los índices de la Técnica de Rejilla Interpersonal (TRI).....	114
<i>Tabla 13.</i> Comparación por edad entre la presencia y ausencia de constructos dilemáticos (CD) y dilemas implicativos (DI).....	115
<i>Tabla 14.</i> Correlaciones entre los índices de la TRI y la puntuación total de las escalas que miden el malestar psicológico en la muestra de estudiantes.....	116
<i>Tabla 15.</i> Diferencias en la sintomatología psicopatológica según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos.....	117
<i>Tabla 16.</i> Diferencias en nivel de funcionamiento general (CORE-OM) según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos.....	118

<i>Tabla 17.</i> Correlaciones entre los síntomas depresivos (BDI-II), los índices de la TRI y las medidas de malestar psicológico en la muestra de estudiantes.....	118
<i>Tabla 18.</i> Diferencias en el BDI-II según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos....	119
<i>Tabla 19.</i> Correlaciones entre el nivel de autoestima (EAR), los índices de la TRI y las medidas de malestar psicológico en la muestra de estudiantes.....	120
<i>Tabla 20.</i> Diferencias en la autoestima (EAR) según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos.....	121
<i>Tabla 21.</i> Género y edad de la muestra de estudiantes según nivel de estudios.....	122
<i>Tabla 22.</i> Estadísticos descriptivos de los índices derivados de la TRI en estudiantes de grado y de postgrado.....	123
<i>Tabla 23.</i> Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R entre los estudiantes de grado y de postgrado.....	125
<i>Tabla 24.</i> Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones del CORE-OM entre los estudiantes de grado y de postgrado.....	126
<i>Tabla 25.</i> Género y edad de los participantes en el test-retest .....	127
<i>Tabla 26.</i> Correlaciones entre las puntuaciones test y retest.....	128
<i>Tabla 27.</i> Diferencias entre las puntuaciones medias del test y el retest .....	129
<i>Tabla 28.</i> Frecuencias observadas en la presencia/ausencia de CD en el test y retest .....	130
<i>Tabla 29.</i> Frecuencias observadas en la presencia/ausencia de DI en el test y retest .....	131

## **Figuras**

<i>Figura 1.</i> Ciclo de experiencia.....	46
<i>Figura 2.</i> Ejemplo de dilema implicativo.....	56
<i>Figura 3.</i> Presencia de CD en las tres muestras.....	102
<i>Figura 4.</i> Presencia de DI en las tres muestras.....	102
<i>Figura 5.</i> Combinación de conflictos cognitivos en las tres muestras.....	103
<i>Figura 6.</i> Puntuaciones medias en las dimensiones del SCL-90-R en las tres muestras.....	105
<i>Figura 7.</i> Presencia de conflictos cognitivos en hombres y mujeres.....	111
<i>Figura 8.</i> Combinación de conflictos cognitivos en hombres y mujeres.....	111
<i>Figura 9.</i> Presencia de CD y DI en estudiantes de grado y de postgrado.....	124
<i>Figura 10.</i> Posibles combinaciones de conflictos cognitivos en los estudiantes de grado y de postgrado.....	124

## **Anexos**

<i>Anexo 1.</i> Cuestionario de variables sociodemográficas.....	199
<i>Anexo 2.</i> Protocolo técnica de la rejilla interpersonal (TRI).....	200
<i>Anexo 3.</i> Protocolo Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM).....	201
<i>Anexo 4.</i> Protocolo escala de autoestima Rosenberg (EAR).....	203
<i>Anexo 5.</i> Aprobación de la comisión de Bioética.....	204
<i>Anexo 6.</i> Consentimiento informado.....	205



## Listado de abreviaciones y acrónimos

<b>OMS:</b>	Organización mundial de la Salud
<b>NIH:</b>	National Institute of Mental Health
<b>ACHA:</b>	American College Health Association
<b>TRI:</b>	Técnica de la rejilla interpersonal
<b>TCP:</b>	Teoría de los constructos personales
<b>PVEPF:</b>	Porcentaje de varianza explicado por el primer factor
<b>CD:</b>	Constructos dilemáticos
<b>DI:</b>	Dilemas implicativos
<b>PMD:</b>	Proyecto Multicéntrico Dilema
<b>AERA:</b>	American Educational Research Association
<b>APA:</b>	American Psychological Association
<b>NCME:</b>	National Council on Measurement in Education
<b>PCD:</b>	Porcentaje de constructos dilemáticos
<b>PDI:</b>	Porcentaje de dilemas implicativos
<b>CORE-OM:</b>	Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure
<b>SCL 90-R:</b>	Cuestionario de 90 síntomas revisado
<b>PSDI:</b>	Índice de distrés de síntomas positivos
<b>GSI:</b>	Índice general sintomático
<b>TPS:</b>	Total de síntomas positivos
<b>SOM:</b>	Somatización
<b>OBS:</b>	Obsesividad-compulsividad
<b>INT:</b>	Sensibilidad interpersonal
<b>DEP:</b>	Depresión
<b>ANS:</b>	Ansiedad
<b>HOS:</b>	Hostilidad
<b>FOB:</b>	Ansiedad fóbica
<b>PAR:</b>	Ideación paranoide
<b>PSI:</b>	Psicoticismo
<b>BDI-II:</b>	Inventario para la depresión de Beck
<b>EAR:</b>	Escala de autoestima de Rosenberg

## Resumen

El objetivo de la presente tesis doctoral es identificar las características de malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en una muestra de estudiantes de Psicología en comparación con los datos ya disponibles de una muestra comunitaria y otra clínica. Así mismo, se pretenden explorar las diferencias según el género y el nivel de estudios, y evaluar la estabilidad de las medidas derivadas de la técnica de la rejilla interpersonal. Igualmente, se busca explorar la relación entre las medidas cognitivas evaluadas, el nivel de autoestima, los síntomas depresivos y las medidas que indican malestar psicológico. En el estudio participó una muestra incidental de 430 sujetos, distribuidos en tres grupos diferentes: 183 estudiantes de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona*, 117 voluntarios de una muestra comunitaria y 131 participantes de una muestra clínica.

Los resultados confirman que los estudiantes y la muestra comunitaria presentan puntuaciones similares en las medidas cognitivas, en el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima. Comparativamente, la muestra clínica presenta puntuaciones significativamente más elevadas en la discrepancia yo-ideal y yo-otros, el nivel de indefinición y el porcentaje de constructos dilemáticos. Se encontró una tendencia a una mayor presencia de constructos dilemáticos en la muestra clínica, mientras que la presencia de dilemas implicativos fue similar entre los estudiantes y la muestra clínica. Como era esperable, se presentó más sintomatología depresiva y un mayor nivel de psicopatología general en la muestra clínica. No se hallaron diferencias significativas según el género ni la edad en ninguna de las medidas evaluadas. Con respecto al nivel de estudios, se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de constructos dilemáticos, en el funcionamiento

general y los síntomas depresivos, con puntuaciones más elevadas en los estudiantes de grado con respecto a los de posgrado. En el análisis correlacional destaca la relación directa entre el malestar psicológico y los síntomas depresivos, y la relación inversa entre estos últimos y el nivel de autoestima. Finalmente se constata la estabilidad de los índices de la TRI mediante el método test- retest.

## Abstract

The objective of this doctoral thesis is to identify the characteristics of psychological distress, self-construction, cognitive structure and cognitive conflicts in a sample of college students compared with available data from community and clinical samples. Likewise, differences according to gender and academic level are analyzed and the stability of measures derived from the interpersonal repertory grid technique (RGT) is evaluated. Also, the relationship between cognitive measures, self-esteem level, depressive symptoms and psychological distress will be explored. In the study, an incidental sample of 430 subjects was used, distributed into three different groups: 183 college students of *Universitat de Barcelona*, 117 volunteers of the community sample and 131 participants of clinical sample.

The results show that student and community samples scored similarly on cognitive measures, psychological distress, depressive symptoms and level of self-esteem. Comparatively, the clinical sample reveals scores which are significantly higher in the self-ideal and self-others discrepancy, the indefinición level and the percentage of dilemmatic constructs. A tendency of a greater presence of dilemmatic constructs in the clinical sample was found, while the presence of implicative dilemmas was similar between students and the clinical sample. As expected, there were more depressive symptoms and a greater level of general psychopathology found in the clinical sample. There were no significant differences found between gender and age in any of the variables evaluated. Regarding the level of studies, significant differences were found in the percentage of dilemma constructs, in general functioning and depressive symptoms, with higher scores in undergraduate students than in postgraduate students. The correlational analysis emphasizes the direct relationship between psychological distress and depressive symptoms, and the inverse relationship between

depression and self-esteem level. Finally, the stability of the RGT indices is verified by the test-retest method.

# **Capítulo 1. Introducción**

En el primer capítulo de la siguiente tesis doctoral se presenta una revisión teórica sobre el tema, donde se exponen datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en las poblaciones mencionadas, se explica el concepto de malestar psicológico y su relación con la presencia de síntomas como la depresión y la baja autoestima, dos de las problemáticas más relevantes que se reportan en población universitaria. Posteriormente, se hace referencia a la teoría de los constructos personales de George Kelly (1995/1991) desde la que se enmarca la presente investigación. Finalmente, se explican algunos aspectos sobre la técnica de la rejilla interpersonal (TRI), el instrumento utilizado para evaluar la construcción del sí mismo, la estructura y los conflictos cognitivos en las muestras seleccionadas.

En el segundo capítulo, se presenta la justificación del estudio y se describen los objetivos y las hipótesis planteadas para el desarrollo de la investigación.

En el tercer capítulo, se presenta el método, donde se describe el diseño, las características de la muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento, el proceso de análisis de datos y los criterios éticos que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la investigación.

En el cuarto capítulo, se describen los resultados encontrados en correspondencia con los objetivos planteados.

En el quinto capítulo, se realiza una discusión sobre los resultados encontrados, contrastándolos con los estudios previos revisados en el apartado teórico y se destacan los hallazgos principales de la investigación. Finalmente, se detallan las limitaciones del estudio, las implicaciones prácticas, las futuras líneas de investigación y las conclusiones principales.

## **Malestar psicológico y sus implicaciones**

Los trastornos mentales afectan a personas de todas las capas de la población sin importar su grupo de edad, género, raza o condición socioeconómica y tienen un impacto en la salud física y mental de las personas afectando significativamente sus vidas tanto a nivel personal, familiar y social, como a nivel educativo y ocupacional (Andrews, Hejdenberg y Wilding, 2006; Andrews y Wilding, 2004; Berndt et al., 2000; Kessler, Avenevoli y Merikangas, 2001; Kessler, Foster, Saunders y Stang, 1995; Mowbray et al., 2006).

La salud mental y el bienestar emocional son un desafío urgente para la salud pública y para el desarrollo socioeconómico en Europa. En el año 2015 la carga económica de los problemas de salud mental representó del 2 al 4% del producto interno bruto para los estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2015). Los trastornos mentales constituyen uno de los problemas de salud pública más significativos y más descuidados, teniendo en cuenta la alta prevalencia, la morbilidad y la discapacidad que generan, en comparación con otras enfermedades crónicas. Una de cada cuatro personas (el 27% de la población adulta en Europa) ha presentado un trastorno mental en el último año (OMS, 2014), constituyendo el 13% de la carga global de enfermedades, por encima incluso del cáncer y de los trastornos cardiovasculares (OMS, 2008). Por ejemplo, el trastorno depresivo mayor ha incrementado su afectación en la vida de las personas un 37% en la última década. Además, también se debe tener en cuenta que los trastornos mentales y el malestar emocional pueden causar pérdida de años de bienestar de forma indirecta, ya que están relacionados con otras enfermedades. Por lo cual, el impacto real de la enfermedad mental es aún mayor de lo que los indicadores directos muestran (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016). Los trastornos más prevalentes en Europa son los trastornos de ansiedad (afectan a un 7% de la población, lo que corresponde a unos 61.5 millones de



personas) y la depresión mayor (afecta a un 14%, lo que corresponde a unos 30.3 millones de personas), sobre la base de tasas de prevalencia de 12 meses (Wittchen et al., 2011).

Según un estudio realizado por la *Anxiety and Depression Association of America* (ADAA, 2014), alrededor de 15.7 millones de adultos mayores de 18 años en los Estados Unidos habían experimentado al menos un episodio depresivo mayor en el último año, lo que representa cerca del 7% de todos los adultos estadounidenses. En cualquier momento, del 3 al 5% de los adultos sufren de depresión mayor y ocho de cada 100 adolescentes pueden tener depresión grave. Cerca del 10% de los estudiantes universitarios estadounidenses han sido diagnosticados o tratados por depresión durante los últimos 12 meses (Wolfram, 2010). Pese a estos datos, sólo alrededor de la mitad de las personas que son diagnosticadas con depresión en Estados Unidos reciben tratamiento (*National Institute of Mental Health*, 2010).

De igual forma, en otro estudio realizado con estudiantes universitarios en los Estados Unidos, el 37% de ellos reportó sentimientos de ansiedad abrumadora en los últimos 12 meses, aproximadamente un tercio informó sentirse tan deprimido que le era difícil funcionar; y el 9% declaró haber intentado suicidarse en algún momento de su vida (*American College Health Association*, 2014).

En España se han desarrollado pocos estudios para evaluar la prevalencia de los trastornos mentales (Ayuso-Mateos et al., 2001; Díaz-Cruz, Bethencourt Pérez y Peñate Castro, 2004; Gili, Ferrer, Roca y Bernardo, 2000; Gili, García Campayo y Roca 2014; Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler 2013; Rajmil, Gispert, Roset, Muñoz y Segura, 1998). Sin embargo, según datos del último Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMED), en el que participó una muestra de población general mayor de 18 años, perteneciente a diferentes comunidades autónomas, se encontró que cerca del 19% de la población española ha sufrido algún trastorno mental en algún momento de la vida y un 8% lo ha sufrido en los últimos 12 meses. Teniendo en cuenta las diferencias de género, el 16% de

los hombres y el 23% de las mujeres, presentaron alguna vez en la vida un trastorno mental y el 5% y el 11%, respectivamente, en los últimos 12 meses. El trastorno mental más prevalente es el episodio depresivo mayor (con un 4% de prevalencia por año y un 10% de prevalencia en algún momento de la vida) siendo para las mujeres más del doble que para los hombres, es decir 5% frente a un 2% (Haro et al., 2006).

Así mismo, en el estudio IMPACT (Gili et al., 2013), realizado en centros de Atención Primaria en España, se muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes asociado a la crisis económica vigente entre el año 2006 y el año 2010. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron en un 19%, los trastornos de ansiedad en un 8%, los trastornos por somatización en un 7% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%. También se observan diferencias de género, con un aumento de la dependencia de alcohol en mujeres durante este periodo de crisis económica, resaltando el desempleo como el factor de riesgo más importante para este incremento. Paralelamente, se observa un aumento del consumo de fármacos antidepresivos en los últimos años. Sin embargo, no se ha presentado un alza significativa del número de suicidios (Gili et al., 2014).

Según la última Encuesta de Salud de Cataluña (2015), el 9% de la población entre 15 y 44 años sufre de problemas de ansiedad o de depresión. Al parecer dichos trastornos aumentan con la edad puesto que el 19% de la población entre los 45 y los 64 los reportan. En este último grupo de edad, son las mujeres las que presenta un mayor porcentaje (24%) en comparación con los hombres (14%). Los grupos poblacionales que padecen más ansiedad o depresión son aquellos que pertenecen a las clases más desfavorecidas y que tienen estudios primarios o no los tienen.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de España realizada en el año 2006, otras variables asociadas a una mayor prevalencia de trastornos mentales son: Estar separado o divorciado, ser viudo, ser inmigrante de un país en vías de desarrollo, tener peores

condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas y estar limitado en la realización de actividades cotidianas en función de un problema de salud mental y/o físico (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, y Obiols, 2010).

### **Malestar psicológico en estudiantes universitarios**

En los últimos 15 años se ha presentado una creciente prevalencia de las enfermedades mentales en los jóvenes, observándose un aumento en el número de afectados y en la gravedad de las problemáticas (Armstrong y Young, 2015; Castillo y Schwartz, 2013; Eisenberg, Gollust, Golberstein, y Hefner, 2007; Hunt y Eisenberg, 2010; Prince, 2015; Rückert, 2015; Stanley y Manthorpe, 2001; Storrie, Ahern y Tuckett, 2010). Los estudiantes que sufren de trastornos mentales son diagnosticados principalmente por depresión, ansiedad y problemas de autoestima. Otros motivos de consulta frecuente en los centros de orientación universitaria son la presencia de eventos adversos en la vida, las dificultades académicas, los problemas psicosomáticos, el abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas, y las tentativas de suicidio (Isserstedt, Middendorf, Fabian y Wolter, 2007; Kreß, Sperth, Hofmann, y Holm-Hadulla, 2015). En comparación con los jóvenes de la misma edad que no están estudiando, existe una tasa de prescripción mucho más alta de medicación antidepresiva (Isserstedt et al., 2007).

Recientemente, en un estudio realizado en el Reino Unido, Suecia, Noruega y Alemania, se establecieron en los estudiantes, tasas de prevalencia de trastornos mentales entre el 20% y el 25%, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más frecuentes. El 90% de los estudiantes diagnosticados con trastorno depresivo o de ansiedad refieren sentirse incapaces de continuar sus estudios (Kreß et al., 2015).

Los estudiantes universitarios son una población en riesgo porque la edad típica en la que la mayoría de los adultos jóvenes ingresan a la educación superior, coincide con la edad

de aparición de numerosos trastornos psicológicos, como ansiedad, depresión, esquizofrenia y abuso de sustancias psicoactivas (Kessler et al., 2007). La etapa de transición a la universidad también está asociada a una serie de demandas emocionales, sociales y académicas que pueden aumentar los niveles de malestar psicológico (Palmer y Puri, 2006). Las dificultades de ajuste personal pueden provocar en algunos estudiantes problemas de rendimiento académico y en algunos casos deserción universitaria (Bricall, 2000; Campoy y Pantoja, 2000; Castellano, 1995; Sánchez, 1998; Vidal, Díez y Vieira, 2002).

Algunos estudios destacan niveles más elevados de malestar psicológico en estudiantes universitarios en comparación con la población general de un grupo de edad equivalente (Stallman, 2008; Stallman y Shochet, 2009; Stallman 2010). La mayoría de los estudiantes universitarios informaron niveles elevados de malestar psicológico (cerca del 84%), comparado con el reportado en la población general (29%). El 19 % de los estudiantes reconocen la presencia de trastornos mentales y el 67% presentan síntomas subclínicos. Lo anterior sugiere que los estudiantes universitarios son una población de alto riesgo por el impacto que la enfermedad mental no reconocida y no tratada puede tener en los diferentes ámbitos de la vida del estudiante (Stallman, 2010).

En contraste, otros estudios refieren mayor prevalencia de problemas de salud mental en la población general de un grupo de edad equivalente (Berger, Franke, Hofmann, Sperth y Holm-Hadulla, 2015; Ellen, Norman, y Burrows, 1998). Por ejemplo, Berger et al. (2015) investigaron la prevalencia del malestar psicológico en una muestra de estudiantes de la facultad de medicina ( $n = 164$ ) y de psicología ( $n = 129$ ) de una universidad alemana. Los investigadores encontraron que el 12% de la muestra reportó problemas de salud mental clínicamente relevantes. Al comparar las puntuaciones del cuestionario de noventa síntomas revisado (SCL-90-R), los estudiantes obtuvieron un nivel de malestar menor que la muestra de la población general en casi todas las dimensiones. Exceptuando la sensibilidad

interpersonal, obsesividad- compulsividad, depresión y el índice de distrés de síntomas positivos (PSDI), donde se hallaron puntajes superiores en los estudiantes (encontrando diferencias significativas en las dos últimas). Además, las problemáticas encontradas se asociaron con un impacto negativo en la satisfacción general con la vida.

Recientemente se realizó en Portugal un estudio en el que se utilizó la versión breve del SCL- 90, conocida como el *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982) y la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para medir los niveles de malestar psicológico en los estudiantes y posteriormente compararlos con una muestra de la población general. Los hallazgos indicaron que en la mayoría de dimensiones y en dos índices globales, existían diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología psicopatológica de los estudiantes en comparación con la población general, con la excepción de la dimensión de depresión, ideación paranoide y el PSDI. Las puntuaciones de la población general fueron mayores en todas las subescalas. De igual manera, se encontró que cerca del 14% de los estudiantes presentaban trastornos de ansiedad y el 6% trastornos del estado de ánimo. Así mismo, se reportaron niveles de depresión y de ansiedad ligeramente superiores en la muestra comunitaria (Sarmiento, 2015).

Un indicador del aumento del malestar psicológico en la población universitaria, es el número de estudiantes que busca apoyo en los servicios de orientación y asesoramiento psicológico prestados en las instituciones de educación superior (Hunt y Eisenberg, 2010; Zivin, Eisenberg, Gollust, y Golberstein, 2009; Pince, 2015).

Un estudio realizado por el centro de *counseling* de una universidad de Norte América (Beiter et al., 2015), con una muestra de 374 estudiantes de pregrado, con edades entre los 18 y 24 años, reportó un aumento del 231% en las visitas anuales en los últimos cuatro años. Así mismo, se encontró un aumento del 173% en el total de clientes anuales. Esta tendencia

creciente en la demanda de los servicios de asesoramiento se ha observado a nivel mundial y demuestra cómo los problemas de salud mental son significativos para muchos estudiantes universitarios. En este estudio, el 11% de los encuestados informó niveles severos de estrés, el 15% indicaron ansiedad severa, y 11% depresión severa. Las tres principales preocupaciones reportadas por los estudiantes fueron el desempeño académico, la presión para tener éxito y los planes post-graduación.

Los resultados anteriores se pueden contrastar con los datos recogidos por la Encuesta Nacional de Centros de Orientación realizada en 203 centros de Estados Unidos y de Canadá, donde se reporta un aumento en el número de estudiantes con problemas psicológicos severos, encontrando que: el 73% presenta situaciones de crisis que requieren una intervención inmediata, el 66% presenta problemas de medicación psiquiátrica, el 48% consume drogas ilícitas, el 34% presenta consumo abusivo de alcohol , el 41% se auto-lesiona, el 24% presenta trastornos de alimentación y el 24% reporta problemas para elegir la carrera universitaria, entre otros (Gallagher, 2013). Estos datos también se pueden comparar con un estudio realizado en Alemania que indica que más del 50% de los estudiantes consultaron al servicio de consejería universitario debido a problemas subclínicos (Kreß et al., 2015).

En España se han realizado algunos estudios con población de estudiantes universitarios de diversas facultades con el fin de obtener datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales. A continuación, se mencionan los resultados más relevantes de algunos de estos estudios.

Balanza, Morales y Guerrero (2009) realizaron un estudio con una muestra de 700 estudiantes de varias facultades de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Para la recolección de la muestra se utilizó un muestreo aleatorio multietápico por conglomerados. Los resultados indican que el 55% de los estudiantes sufrían de depresión y el 47% de algún trastorno de ansiedad. La proporción de trastornos depresivos fue mayor en las mujeres (60%)

con respecto a los hombres (51 %),  $p < 0,001$ , y una OR de 2.2, IC 95% [1.62 – 3.01]. Por otra parte, los estudiantes de Ciencias de la Salud y de Ciencias Jurídicas y de la Empresa resultaron ser los que tienen una mayor probabilidad de sufrir síntomas de ansiedad y/o depresión.

En varias universidades de Galicia se realizó una investigación con estudiantes del sexo femenino de diferentes facultades. Los resultados indican una mayor prevalencia en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (15%), en los del estado de ánimo (12%), en los de ansiedad (10%) y en los alimentarios (1%). También, se hallaron relaciones elevadas entre los trastornos mentales, ser estudiante de postgrado y cursar los programas de humanidades y ciencias sociales (Vázquez, Torres, Otero y Díaz, 2011).

En el estudio de Vázquez y Blanco (2008), realizado con 554 estudiantes de diversas facultades de la Universidad de Santiago de Compostela, se encontró que cerca del 9% de los estudiantes cumplían los criterios para ser diagnosticados con un episodio depresivo mayor, IC 95% = [6% -11%], siendo los síntomas más reportados; agitación psicomotora o ralentización (75%), alteración del sueño (79%) y estado de ánimo depresivo (81%). Este último síntoma resultó más frecuente entre las mujeres ( $n = 38$ , 10%) que entre los hombres [ $n = 10$ , 5 %;  $\chi^2 (1, n = 20) = 4.13$ ,  $p < .05$ ]. El número medio de episodios previos de depresión entre los estudiantes deprimidos con episodios anteriores fue de 2.2 ( $DE = 1.4$ ). De los estudiantes deprimidos, el 0.6% había considerado suicidarse y el 0.2% lo habían intentado.

Otros estudios aportan datos sobre las problemáticas detectadas en los servicios de atención psicológica de las universidades. Aunque en estos servicios también se atiende a la población comunitaria, la mayoría de los usuarios son estudiantes universitarios.

Por ejemplo, en el estudio de Saldaña, Badós, García-Grau, Balaguer y Fusté (2009) se presentan los datos de la demanda asistencial de la Unidad de Terapia de Conducta de la

*Universitat de Barcelona* entre 1998 y 2008. En este periodo se atendió un total de 317 pacientes (cerca del 50 % fueron estudiantes de la propia universidad) con una edad media de 30 años y principalmente del sexo femenino (70%). Los diagnósticos más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad (52%) y los del estado de ánimo (16%). Por otra parte, como indicador de efectividad de las intervenciones se reportó que el 61% de pacientes mostró mejoría clínica y el 52 % se recuperó.

Resultados similares se encontraron en la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, donde en este mismo periodo, el 17% de casos fueron diagnosticados con trastornos de ansiedad, el 16% con problemas de relación y el 9% con trastornos del estado de ánimo. Así mismo, se reportó mejoría clínica en cerca del 75% de los casos (García- Vera y Sanz, 2009).

Tal como se observa en los resultados de los estudios mencionados anteriormente, no existe un consenso sobre las tasas de prevalencia de los problemas de salud mental y/o malestar psicológico en los estudiantes universitarios. La variabilidad en las cifras que se encuentran se debe a la diversidad en la metodología utilizada, a la variedad de poblaciones que han participado y a la utilización de múltiples instrumentos de evaluación. Así mismo, tampoco existe claridad sobre si las tasas de prevalencia son mayores en los estudiantes que en la población comunitaria y clínica, careciendo de estudios realizados en España donde se comparen las características del malestar psicológico en estas tres poblaciones. De esta manera con los resultados del presente, estudio, aunque no se pretenden estimar tasas de prevalencia, si se espera aportar información que permita estudiar las diferencias entre estas poblaciones.

Algunos autores afirman que la salud mental de la juventud puede ser considerada como un ámbito ignorado dentro del sistema de atención sanitaria (Kirby y Keon, 2006). La literatura indica que los estudiantes con altos niveles de malestar psicológico están en mayor



riesgo de presentar trastornos de salud mental a largo plazo. Frente a esto, existe también una preocupación adicional, en cuanto a que los estudiantes son poco proclives a buscar ayuda (Dooley y Fitzgerald, 2012).

La escasez de servicios, el estigma debido al subfinanciamiento y la falta de educación en torno a este problema, conducen a malos resultados en la salud mental a largo plazo. De esta manera, si los problemas de salud mental no se abordan de forma temprana, estos amenazan con la quiebra del sistema de salud (Kirby y Keon, 2006). Por esta razón, comprender y tratar esta problemática es crucial para reducir el inicio de los primeros síntomas y así, prevenir el desarrollo de trastornos más severos.

### **Bienestar psicológico**

En la mayoría de los estudios de salud mental se han utilizado medidas de enfermedad, síntomas o malestar. Pese a esto, la psicología positiva (p. ej., Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) identifica la salud psicológica no tan solo como la ausencia de la enfermedad sino como la que representa el funcionamiento humano positivo y el bienestar. En este sentido, es importante comprender tanto los correlatos de la enfermedad mental como los predictores de bienestar psicológico y de funcionamiento óptimo (Stamp et al., 2015).

“El bienestar ha sido tema de interés de diversas disciplinas y campos de la psicología y se ha relacionado con felicidad, calidad de vida y salud mental, así como con distintas variables personales y contextuales asociadas” (Ballesteros, Medina, y Caycedo, 2006). La relación entre el bienestar y los estados afectivos se hace evidente en algunas investigaciones en las que se involucra la evaluación de características como la ansiedad y la depresión dentro de la medición del bienestar (Argyle, 2001; Ebert, Tukcer y Roth, 2002). Algunos autores hacen distinción entre la salud mental positiva y la salud mental negativa. Estos definen la primera como una forma óptima de funcionamiento psicológico y también como una

sensación general de bienestar (Deci y Ryan, 2008; Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002). Por otra parte, consideran que la salud mental negativa incluye facetas perjudiciales como problemas de salud, psicopatología o trastornos psiquiátricos (Schönfeld, Brailovskaia, Bieda, Xiao y Margraf, 2016).

Los resultados de una investigación realizada con población general en España sugieren que tanto los problemas físicos como los psicológicos tienen un impacto significativo en la percepción de la satisfacción general con la vida. El impacto negativo de los problemas psicológicos fue significativamente mayor que el asociado a los problemas físicos. La depresión, las dificultades de concentración, la ansiedad, el estrés y el insomnio fueron las problemáticas que mostraron mayor relación con una disminución de la satisfacción con la vida (Vázquez, Rahona, Gómez, Caballero y Hervás, 2015).

En los estudiantes universitarios se han encontrado diversas variables personales, psicosociales y elementos propios de la vida académica, asociadas al deterioro de la salud mental (Arrivillaga, Cortes, Goicochea y Lozano, 2004; Delara y Woodgate, 2015; Franco, Gutiérrez y Perea, 2011). Así mismo, se han realizado estudios que relacionan el malestar psicológico con rendimiento académico deficiente, aumento de las tasas de deserción universitaria, menos días dedicados al estudio, pensamientos suicidas y trastornos alimentarios (Duane, Stewart y Bridgeland, 2003; Kugu, Akyuz, Dogan, Ersan, y Izcic, 2006).

El malestar psicológico que se sufre durante un largo período de tiempo se ha relacionado con *burnout* y con peores resultados académicos y profesionales. De igual manera, se ha asociado con variables como el estrés y la autoeficacia (Schönfeld et al., 2016), mecanismos de afrontamiento, problemas en el funcionamiento social y en las actividades de la vida diaria e inclusive con mayores niveles de discapacidad (Deasy, Coughlan, Pironom, Jourdan, Mannix-McNamara, 2014; Stallman, 2008).

Los primeros años de vida universitaria representan un reto importante para las capacidades y las habilidades adquiridas. Así mismo, estos pueden constituirse en una fuente de estrés y de malestar emocional (Dyson y Renk, 2006; Secuban, 2012; Sharma, 2012; Smith y Wertlieb, 2005). Por lo tanto, niveles elevados de bienestar podrían convertirse en factores de protección al contribuir positivamente en la calidad de vida (García-Viniegras, 2005), en la salud física (Howell, Kern, y Lyubomirsky, 2007; Lamers, Bolier, Westerhof, Smit y Bohlmeijer, 2012) y mental de los estudiantes (Wood y Joseph, 2010)

En contraste con los resultados anteriores, en el estudio de Barrantes-Brais y Ureña-Bonilla (2015) se encontraron niveles elevados de bienestar psicológico en los estudiantes, con mayores fortalezas en las áreas de crecimiento personal y de propósito de vida y con algunas dificultades en relación con la percepción de la autonomía y el dominio del entorno. También se encontró una mayor tendencia a presentar niveles de afecto positivo y éste se relacionó con los componentes de bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.

Debido a los grandes cambios a los que se enfrentan los estudiantes en el momento de ingresar a la universidad y durante las diversas etapas de sus estudios, los servicios que ofrecen los centros de asesoría y atención psicológica de las universidades deben enfocarse en fortalecer y facilitar el desarrollo integral de los estudiantes (Schwitzer, 2008), así como también en el logro de metas tanto a nivel personal como profesional. De esta forma, la promoción del bienestar psicológico puede favorecer los procesos de ajuste desde el inicio de la vida universitaria y contribuir en el incremento de los resultados académicos, así como en la disminución del nivel de absentismo y deserción universitaria (Rodríguez y Quiñones, 2012).

## **Evaluación del malestar psicológico y diferencias entre poblaciones**

En la práctica clínica y en investigación se han empleado una variedad de instrumentos para evaluar el malestar psicológico en diversas poblaciones. Uno de los más utilizados es el cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 1994), el cual permite medir diversas manifestaciones psicopatológicas tanto en población general como en muestras clínicas (Carrasco, Sánchez, Ciccotelli, y Del Barrio, 2003; Schmitz, et al., 2000). Además, este instrumento ha sido utilizado en investigaciones con estudiantes universitarios para calcular los datos normativos, la fiabilidad y la estructura factorial en una muestra española (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer y Viñas-Poch, 2007).

A continuación, se citarán los resultados más relevantes de algunos estudios en los que se utilizó el SCL-90-R como medida para evaluar el malestar psicológico en población de estudiantes universitarios, haciendo alusión a las diferencias de género, a las puntuaciones medias encontradas y a las variables asociadas. Lo anterior, con la finalidad de poder contrastar la información con los resultados encontrados más adelante en la investigación presente.

En la mayoría de los estudios se ha observado que las mujeres universitarias, en concordancia con la población general, reportaron significativamente mayor sintomatología que los hombres y obtienen puntuaciones más elevadas en niveles de malestar psicológico (Berger, et al. 2015; Delara y Woodgate, 2015; Gfellner y Córdona, 2011; McIntyre, Rowland, Choi, y Sarkin, 2014; Stallman, 2010). Sin embargo, algunos estudios han revelado que una alta proporción de estudiantes del sexo femenino, pese a padecer elevados niveles de malestar psicológico, no reciben atención profesional (Bernhardsdóttir y Vilhjásson, 2013).

En la *Universitat de Girona* se realizó una investigación con el objetivo de analizar los problemas psicológicos generales medidos con la escala SCL-90-R, en una muestra representativa de los estudiantes de dicha universidad (Caparrós-Caparrós et al., 2007). Los

resultados mostraron diferencias significativas entre las puntuaciones de hombres y mujeres en la mayoría de las dimensiones (con excepción de ideación paranoide y de psicoticismo) y en el índice general sintomático (GSI), observándose puntuaciones superiores en las mujeres ( $M = 0.75$ ,  $DE = 0.48$ ), con respecto a los hombres ( $M = 0.62$ ,  $DE = 0.43$ ), al igual que lo reportado en estudios anteriores (Villar, et al., 2001). En las mujeres se encontraron puntuaciones más altas en la dimensión de obsesividad-compulsividad (OBS) ( $M = 1.09$ ), depresión (DEP) ( $M = 0.97$ ), sensibilidad interpersonal (INT) ( $M = 0.94$ ), y ansiedad (ANS) ( $M = 0.73$ ) en comparación con los hombres, que presentaron puntuaciones más altas en la dimensión OBS ( $M = 1.0$ ), INT ( $M = 0.78$ ), ideación paranoide (PAR) ( $M = 0.76$ ) y DEP ( $M = 0.75$ ) (Caparrós-Caparrós et al., 2007).

En este último estudio no se especifican las puntuaciones por facultades, razón por la que no es posible identificar las características de los estudiantes de psicología. Sin embargo, en el estudio de Villar et al. (2001), aunque no se encontraron diferencias significativas en los niveles de sintomatología según la facultad, se reportan en concreto las puntuaciones de una muestra de 262 de alumnos de las facultades de psicología y de educación (cien de estos estudiantes, es decir el 8%, eran del programa de psicología, siendo mayor la proporción de mujeres). En este grupo de estudiantes se obtuvo una  $M = 0.76$  en el GSI con una  $DE = 0.47$  para las mujeres y una  $M = 0.67$  con una  $DE = 0.44$  para los hombres. En el siguiente orden, las escalas que puntuaron más alto en las mujeres fueron OBS ( $M = 1.07$ ), DEP ( $M = 1.01$ ) y INT ( $M = 0.92$ ), y en los hombres OBS ( $M = 1.06$ ), PAR ( $M = 0.84$ ), y INT ( $M = 0.82$ ). Cabe mencionar que se hallaron diferencias significativas únicamente en las puntuaciones de las dimensiones de somatización (SOM) y de hostilidad, y que dichas puntuaciones fueron superiores en las mujeres.

En otro estudio realizado con estudiantes de diferentes facultades de la *Universitat de Barcelona* (Pereda, 2006), se analiza la presencia de malestar psicológico general y

sintomatología postraumática en estudiantes víctimas de abuso sexual infantil y se compara el nivel de malestar con el experimentado en un grupo de 80 estudiantes sin experiencia traumática. Como era de esperarse, los resultados confirman que los estudiantes víctimas de abuso sexual infantil presentan significativamente mayores puntuaciones en todas las dimensiones y en todos los índices psicopatológicos. En el grupo de víctimas se alcanzó una media en el GSI igual a 1.07 ( $DE = 0.65$ ) mientras que en el grupo de estudiantes sin experiencia traumática se encontró una  $M = 0.57$  ( $DE = 0.44$ ). Al analizar las diferencias según el género, se encontraron puntuaciones significativamente mayores en la mujeres en la dimensión de SOM en estos dos grupos. En este estudio tampoco se especifican las puntuaciones por facultades, razón por la que no es posible identificar las características de los estudiantes de psicología.

En el estudio de Delara y Woodgate (2015), realizado con estudiantes de ciencias médicas pertenecientes a una universidad Iraní, aunque las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más altas en todas las dimensiones psicopatológicas evaluadas por el SCL-90-R y el GSI, a diferencia de estudios anteriores, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los hombres. El puntaje mínimo del GSI fue 0.04, el máximo fue 2.44 y la puntuación media global 0.91 ( $DE = 0.51$ ). La puntuación media del GSI en las mujeres fue 0.95 ( $DE = 0.52$ ) y en los hombres fue 0.67 ( $DE = 0.42$ ). En este estudio se encontraron síntomas psicopatológicos en el 23% de los participantes y las estimaciones fueron 26% en mujeres y 20% en hombres. El síntoma psicológico más común, tanto en los hombres como en las mujeres fue la depresión. Sin embargo, el 76% de las mujeres presentaron puntuaciones elevadas en la dimensión de PAR y el 63% de los hombres en la dimensión de psicoticismo. Por último, con referencia a las variables asociadas no se encontró relación entre la edad y el nivel de sintomatología.

En otro estudio realizado con estudiantes universitarios de diferentes facultades de la Universidad de Madeira en Portugal (Soares, Lucas, Oliveira, Roque, y Cadima 2012), también se hallaron puntuaciones superiores en las mujeres y se encontraron diferencias significativas en las siguientes dimensiones: OBS ( $M = 1.53$ ,  $DE = 0.95$ ), DEP ( $M = 0.96$ ,  $DE = 0.74$ ), ANS ( $M = 0.84$ ,  $DE = 0.64$ ) y SOM ( $M = 0.83$ ,  $DE = 0.62$ ), con respecto a los hombres (OBS:  $M = 1.22$ ,  $DE = 0.78$ ; DEP:  $M = 0.67$ ,  $DE = 0.59$ ; ANS:  $M = 0.59$ ,  $DE = 0.53$ ; SOM:  $M = 0.57$ ,  $DE = 0.52$ ). En el total de la muestra las escalas que mostraron mayor puntuación fueron la OBS ( $M = 1.42$ ,  $DE = 0.90$ ), la DEP ( $M = 0.85$ ,  $DE = 0.70$ ) y la INT ( $M = 0.83$ ,  $DE = 0.64$ ).

En estudios con población clínica tampoco se encontró correlación con la edad en ninguna de las dimensiones psicopatológicas evaluadas por medio del SCL-90-R (Carrasco et al., 2003). Mientras que, en relación al género, las mujeres parecen mostrar mayores niveles tanto en los índices globales como en alguna de las dimensiones (Carrasco, et al., 2003; González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002; Cuevas de la et al., 1991; Hafkenscheid, 1993; Li, Huang, Yang y Zhu, 2002; Schmitz et al., 2000). Por ejemplo, González de Rivera et al. (2002) hallaron en las mujeres puntuaciones significativamente superiores en las dimensiones de SOM, DEP, ANS, ansiedad fóbica (FOB), así como también, en los índices globales. La puntuación media global del GSI en el total de la muestra fue de 0.71 ( $DE = 0.48$ ). La puntuación media del GSI en las mujeres fue 0.75 ( $DE = 0.48$ ) y en los hombres fue 0.62 ( $DE = 0.43$ ).

Recientemente Mayordomo, Sales, Satorres y Meléndez (2016) realizaron un estudio con una muestra de 700 participantes españoles divididos en tres grupos de edad (jóvenes, adultos y adultos mayores), en el grupo de los jóvenes el 60% estaban cursando estudios universitarios. El objetivo de esta investigación fue explorar la relación entre el género y el bienestar psicológico en función de las diferentes etapa de la vida. En este caso se utilizó la

escala de bienestar psicológico de Ryff (Keyes et al., 2002). Los resultados arrojaron que los jóvenes tienen significativamente mayores puntuaciones con respecto a los adultos mayores en las áreas de relaciones positivas con los otros y crecimiento personal, y en área de propósito de vida con respecto a los adultos. Por otro lado, la dimensión de autoaceptación difiere entre sexos; las mujeres mostraron un descenso en su crecimiento personal con la edad, mientras que el dominio del entorno aumenta con la edad adulta, evidenciándose mayor estabilidad en las mujeres.

Durante los últimos años, otro de los instrumentos ampliamente utilizado en investigación y en el contexto clínico, como medida de malestar psicológico y específicamente, para la evaluación de los cambios y el impacto de los procesos terapéuticos, ha sido el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM) (Evans, et al., 2002). Las diversas versiones de este instrumento han demostrado su utilidad en varios ámbitos, entre los que se encuentran los servicios de atención primaria y secundaria (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall, y Twigg, 2005). Este instrumento también ha sido utilizado en contextos universitarios para evaluar la salud mental de los estudiantes y valorar la eficacia de los tratamientos de asesoría o atención psicológica (Biasi, Patrizi, Mosc y De Vincenzo, 2016; Connell, Barkham y Mellor-Clark, 2007; Murray, McKenzie, Murray y Richelieu, 2016).

El CORE-OM fue creado en 1998 por el *Core System Group* para valorar los servicios de asistencia psicológica y forma parte de un protocolo de evaluación desarrollado por la Universidad de Leeds. Debido a sus propiedades psicométricas, rapidez y facilidad tanto de aplicación como de corrección e interpretación, junto con su gratuidad (con el requisito de no modificar su contenido), hacen del CORE-OM el instrumento de valoración de resultados más utilizado en el Reino Unido (Feixas et al., 2012b).



Se han realizado algunos estudios con el objetivo de evaluar la salud psicológica de los estudiantes que reciben asesoramiento universitario y comparar los datos con una muestra de jóvenes que reciben tratamiento en servicios de atención primaria del Reino Unido (Connell, et al., 2007). Los resultados indicaron que no hay diferencias significativas entre los estudiantes que usan los servicios de asesoramiento universitario y los jóvenes que asisten a los servicios de atención primaria, concretamente, en el nivel de bienestar general, los síntomas depresivos, la ansiedad y los problemas físicos. Sin embargo, los usuarios de atención primaria mostraron más malestar en cuanto al nivel de funcionamiento, las relaciones interpersonales, el trauma y el riesgo (Connell, et al., 2007). En lo referente al género, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en todas las dimensiones exceptuando la de riesgo pero solo se encontraron diferencias significativas en la dimensión de bienestar subjetivo (Connell et al., 2007).

La utilización de CORE-OM permite distinguir de forma fiable entre la población clínica y la no clínica. De esta forma, tanto en el estudio de validación de la versión original de la escala (Evans et al., 2002), como en el de la versión en español (Trujillo et al, 2016), se encontraron diferencias significativas entre la muestra clínica y la no clínica en todas las dimensiones, con puntuaciones más altas para la muestra clínica. En los dos estudios, el tamaño del efecto de la diferencia para el puntaje de riesgo fue menor ( $d$  cercano a 0.8) que el puntaje en las demás dimensiones. Pese a esto, continúa siendo respetable como medida de validez discriminante.

En la versión original del CORE-OM, en el idioma inglés, también se encontraron puntuaciones superiores en las mujeres en la mayoría de las dimensiones, con excepción de la dimensión de riesgo. En la muestra no clínica, las diferencias resultaron significativas en todas las dimensiones exceptuando el funcionamiento. Las diferencias entre sexos resultaron pequeñas pero significativas en la dimensión de bienestar subjetivo y en la dimensión de

riesgo (Evans et al., 2002). En el estudio de validación del instrumento en español también se encontraron puntuaciones superiores en las mujeres y diferencias significativas con respecto a los hombres en todas las dimensiones, con excepción de la dimensión de riesgo. La dimensión de bienestar subjetivo mostró una diferencia significativa, tanto en la muestra clínica como en la no clínica, aunque con un tamaño de efecto pequeño (Trujillo et al., 2016).

Es importante mencionar que, tanto en el estudio de validación de la versión original de la escala (Evans et al., 2002) como en el de la versión en español (Trujillo et al., 2016), la muestra comunitaria incluyó población general y estudiantes. De esta manera, los resultados de la presente investigación pueden aportar datos importantes respecto a la diferencia de las puntuaciones encontradas en el CORE-OM entre estudiantes y población comunitaria, siendo excluidos los estudiantes de la muestra comunitaria y tratándolos como una población con características particulares.

Con respecto a las propiedades psicométricas, el CORE-OM demostró una adecuada validez convergente en relación a otras medidas que evalúan malestar psicológico. Teniendo en cuenta el interés de esta investigación, es importante mencionar la correlación elevada que existe entre la mayoría de las dimensiones del CORE-OM con el cuestionario SCL-90-R y con el inventario para la depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996; Cahill et al., 2006), aunque para esta última escala se utilizó una muestra muy pequeña (Evans et al., 2002). En la muestra clínica, las correlaciones fueron más altas con las medidas conceptualmente cercanas, mostrando así una validez convergente aceptable, con correlaciones entre .74 y .81 con el BDI-II y entre .68 y .80 con el SCL-90-R (Evans et al., 2002). El patrón y las correlaciones en el estudio de Trujillo et al. (2016) fue muy similar a los hallazgos de estudio del Reino Unido. Sin embargo, las correlaciones españolas entre las puntuaciones de riesgo y SCL-90-R fueron inferiores a las del Reino Unido.

Al considerar el nivel de estudios, se encontraron pocos autores que hicieran referencia a dicha variable en investigaciones que evalúan el malestar psicológico. Por ejemplo, Hyun, Quinn, Madon y Lustig (2007) presentaron los resultados de una encuesta realizada a estudiantes de postgrado de una universidad de Berkeley en la que el 44% reportó problemas emocionales o relacionados con el estrés que interfirieron significativamente en su desempeño académico o en el bienestar personal. Además, refirieron que dichos problemas estaban vinculados con el estrés financiero y con la calidad de las relaciones entre los estudiantes de posgrado y sus asesores académicos. Así mismo, recientemente Lipson, Zhou, Wagner, Beck y Eisenberg (2016) estudiaron las diferencias en la salud mental y la utilización de servicios en estudiantes de grado y de postgrado de diferentes facultades de varias universidades de los Estados Unidos, encontrando que un 35% de los estudiantes de grado cumplieron con criterios para al menos un problema de salud mental, en comparación con un 26% de los estudiantes de postgrado.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente en la mayoría de estudios encontrados sobre el malestar psicológico en estudiantes universitarios se han utilizado muestras de diferentes facultades, pero en muy pocos se menciona específicamente las características de los estudiantes de Psicología. Lo que si se ha reportado es que los estudiantes pueden verse enfrentados a diferentes tipos de estresores dependiendo del tipo de estudios que realicen. Lipson et al. (2016) hallaron variaciones significativas según el tipo de estudios, encontrando que los estudiantes de humanidades y arte y diseño eran significativamente más propensos a tener problemas de salud mental, mientras que entre los estudiantes de negocios e ingeniería las tasas eran más bajas. Otros estudios han reportado mayores tasas de prevalencia de problemas de salud mental en estudiantes de Medicina (Dyrbye, Thomas, y Shanafelt 2006; Lally y Cantillon, 2014). De acuerdo a lo anterior, sería interesante investigar concretamente las características del malestar psicológico en estudiantes de Psicología debido a que se ven

enfrentados a altos estresores asociados a las exigencias de esta disciplina por el hecho de abordar problemáticas humanas que implican una elevada carga emocional.

Debido a las diferencias encontradas entre sexos y a la poca información en lo referente al nivel de estudios y a la ausencia de estudios que reporten las características propias de los estudiantes de psicología que se encuentra en la literatura que se refiere al malestar psicológico y a algunas dimensiones psicopatológicas, puede resultar interesante observar si estas diferencias se reflejan en los niveles de depresión, autoestima, medidas de construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos, en una muestra de estudiantes universitarios de grado y postgrado de la Facultad de Psicología.

### **Depresión y malestar psicológico**

La ausencia de estado de ánimo depresivo es habitualmente considerada como índice general de bienestar. De esta manera, resulta importante evaluar el estado de ánimo e identificar la presencia de sintomatología depresiva como indicadores del grado de ajuste y del bienestar psicosocial de los estudiantes universitarios.

La depresión tiende a ser clínicamente heterogénea y puede presentar diferentes patrones de síntomas (Kendler, Gardner, y Prescott, 1999). Por tal razón es considerada como un trastorno multiproblemático que conduce al deterioro del funcionamiento interpersonal, social y ocupacional (Ibrahim, Kelly, Adams y Glazebrook, 2013). Tal como se describe en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) *American Psychiatric Association* (APA, 2013), los individuos con depresión suelen sentirse vacíos y tristes, y algunos tienen la sensación de no poder más. De igual manera, tienden a perder interés y placer en las cosas que solían interesarles hasta el punto de experimentar falta de impulso y de energía para el trabajo, la familia y las actividades recreativas. Algunos individuos manifiestan sensación de cansancio y problemas para concentrarse. Otros, pueden

notar incluso que sus movimientos y su habla se ralentizan. Los individuos con depresión también suelen experimentar alteraciones en el sueño y en el apetito. Así mismo, experimentan sentimientos de culpa y baja autoestima. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y a dificultar seriamente el desempeño en la escuela, el trabajo y también la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, la depresión podría conducir al suicidio (Sowislo y Orth, 2013).

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia, tanto en la población general, como también en muestras clínicas y de estudiantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado la depresión como una seria y creciente amenaza para el bienestar (Moussavi et al., 2007). Así mismo, las personas con trastorno de ansiedad y depresión reportan una peor calidad de vida (Barrera y Norton, 2009). En un estudio trasversal que incluyó a cinco países europeos, entre ellos España, con una muestra de más de 8.000 participantes, se reportó que cerca al 8% del total de la población, *IC* 95% [7.05, 10.37], presentaba un trastorno depresivo en los últimos 12 meses, siendo mayor para las mujeres, 10.05%, *IC* 95% [7.80, 12.85] que para los hombres, 6.61%, *IC* 95% [4.92, 8.83] (Ayuso-Mateos et al., 2001). A nivel mundial, desde el año 2000, se señala a la depresión como la cuarta causa de morbilidad (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers y Murray, 2004) y se predice que para el año 2030 estará entre las tres principales causas de morbilidad en el mundo (Mathers y Loncar, 2006).

En varios estudios realizados con población clínica se ha encontrado relación entre depresión y malestar psicológico. Por ejemplo, Carrasco, et al., (2003) destacan las elevadas correlaciones entre la puntuación media del BDI-II con las medias obtenidas en cada una de las dimensiones evaluadas por el SCL-90-R (correlaciones entre .38 y .76), poniendo de manifiesto las relaciones entre estas variables, quizás como denominador común de un malestar general.

Según la *American College Health Association* (ACHA, 2014), aproximadamente el 40% de los jóvenes entre 18 y 24 años de edad, en los Estados Unidos, están matriculados en una universidad. En la última encuesta realizada por esta organización se encontró que el 35% de las mujeres y el 28% de los hombres reportaron que en los últimos 12 meses, "se sintieron tan deprimidos que era difícil funcionar". Así mismo, el 14% de las mujeres y el 8% de los hombres reportaron que fueron diagnosticados o recibieron tratamiento profesional para la depresión en los últimos 12 meses (ACHA, 2014). A pesar de estas altas tasas de prevalencia, se ha encontrado que muchos estudiantes universitarios estadounidenses deprimidos no reciben tratamiento. Por ejemplo, un estudio reportó que el 85% de los estudiantes con depresión moderadamente severa a severa no recibían ningún tratamiento psiquiátrico (Garlow et al., 2008).

A pesar de la evidencia que existe respecto al aumento en el número de estudiantes universitarios diagnosticados con depresión (Ceyhan, Ceyhan y Kurty, 2009), el problema ha recibido relativamente poca atención. Los estudios revisados en el meta-análisis realizado por Ibrahim et al. (2013), reportan variaciones en la proporción de estudiantes identificados como deprimidos, con una prevalencia media ponderada del 31 %. Se encuentran estudios que hallaron tasas relativamente bajas, cercanas al 10% (Goebert, Thompson, Takeshita y Bryson, 2009; Vázquez y Blanco, 2006/2008) y otros, que refieren tasas muy elevadas, entre el 40% y 84% (Bayati, Beigi y Salehi, 2009; Garlow et al., 2008).

En un estudio realizado en España, en la Universidad Complutense de Madrid, se halló que casi 4 de cada 10 universitarios sufren depresión. Lo anterior corresponde a un 38% de los universitarios del área de Madrid. Sin embargo, sólo el 8% de los estudiantes refirió presentar episodios depresivos con frecuencia (Europa Press, 2001, 29 de junio).

Como se mencionó anteriormente, los efectos de la depresión demuestran la importancia de tratar su incidencia entre los estudiantes universitarios. La depresión ha

mostrado una alta correlación con problemas de ansiedad y estrés. De igual forma, se ha encontrado relación con una serie de conductas perjudiciales para la salud como; el tabaquismo, la mala alimentación, la falta de ejercicio, los hábitos de sueño inadecuados y el incumplimiento en las recomendaciones de los tratamientos médicos (Doom y Haeffel, 2013).

Por otro lado, se ha reportado que los estudiantes que pertenecen a familias que carecen de estabilidad financiera tienen más probabilidades de presentar síntomas de depresión y ansiedad, indicando de esta forma que las dificultades económicas se relacionan con mayores tasas de estas problemáticas (Eisenberg et al., 2007; Orzech, Salafsky y Hamilton, 2011).

La poca satisfacción con la vida, la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad pueden ocasionar un deterioro significativo en las relaciones sociales y el funcionamiento educativo (Goswami, Sachdeva y Sachdeva, 2012). Así mismo, se ha demostrado que una percepción inadecuada de la imagen corporal puede aumentar la probabilidad de sintomatología depresiva y ansiosa en los jóvenes (Kostanski y Gullone, 1998, *Lifespan News*, 2006).

El BDI-II es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para medir sintomatología depresiva en investigación, tanto con población clínica (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010; Vázquez y Sanz, 1999; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003a; Sanz y García-Vera, 2013; Vanheule., Desmet, Groenvynck., Rosseel y Fontaine, 2008) como con población general (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003b). Se ha demostrado que el BDI-II obtiene índices de rendimiento diagnóstico aceptables para discriminar entre personas con y sin diagnóstico de depresión. Se recomienda su uso en ámbitos de investigación, así como en ámbitos clínicos tanto a nivel de prevención como para evaluar la efectividad de un tratamiento (Sanz y García-Vera, 2013). Por tanto, es un instrumento que tiene propiedades psicométricas

aceptables para evaluar la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios en el ámbito español.

Son ya diversos los estudios realizados con el BDI-II con estudiantes universitarios (Al-Musawi, 2001; Beck et al., 1996; Dozois, Dobson y Ahnberg, 1998; O'Hara, Sprinkle y Ricci, 1998; Osman et al., 1997; Sanz, et al., 2003a; Schulenberg y Yutrzenka, 2001; Steer y Clark, 1997; Whisman, Perez y Ramel, 2000 y Whisman y Richardson, 2015). Se cuenta con un estudio de validación realizado con una muestra de estudiantes universitarios españoles (Sanz et al., 2003a), donde se reporta que el BDI-II permite diferenciar claramente entre estudiantes deprimidos y no deprimidos. Por ejemplo, con una puntuación igual o superior a 12, el BDI-II fue capaz de identificar correctamente al 93 % de los estudiantes con episodio depresivo mayor (sensibilidad) y al 84 % de los estudiantes sin depresión (especificidad), mientras que una puntuación igual o superior a 16 obtuvo índices de sensibilidad y especificidad de 79% y 92%, respectivamente (citado en Sanz y García-Vera, 2013, p. 67).

A continuación, se citan los resultados de algunos de los estudios más relevantes que han utilizado el BDI- II para evaluar la sintomatología depresiva, con la finalidad de poder contrastar los resultados encontrados en esta investigación.

En el trabajo realizado con una muestra clínica de 305 pacientes (75% mujeres) con diversos diagnósticos psicopatológicos y una media de 31,8 años ( $DE = 11.7$ ), las puntuaciones totales en el BDI-II oscilaron entre 0 y 51 ( $M = 22.1$  y  $DE = 11.5$ ) (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, y Vázquez, 2005). Resultados similares se hallaron en el estudio de Sanz y García-Vera (2013), en el cual las puntuaciones oscilaron entre 0 y 51, con una media de 19.8 ( $DE = 10.9$ ). Con respecto al género, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en muestras clínicas (Sanz et al., 2005).



En estudios realizados con población general (Sanz et al., 2003b), si se reportaron diferencias significativas, obteniendo las mujeres puntuaciones superiores. En este estudio las puntuaciones totales oscilaron entre 0 y 43, con una media de 9.4 y una  $DE = 7.7$ , resultados que son consistentes con los estudios previos realizados con población general (Aasen, 2001; Hunt, Auriemma y Cashaw, 2003; Ibáñez, del Pino, Olmedo y Gaos, 2010 y Kojima et al., 2002). No obstante, es importante mencionar que en todos los estudios las diferencias de género encontradas son muy variadas en magnitud, oscilando entre 0.5 (Hintikka, Honkalampi, Lehtonen, y Viinamäki, 2001) y 2.6 (Aasen, 2001).

En el estudio citado realizado por Sanz y Vázquez (1998) donde se aplicó la versión española del BDI-II a 1393 estudiantes universitarios (76% de mujeres) de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, con una edad media de 22.2 años ( $DE = 3.1$ ), se hallaron puntuaciones inferiores en los estudiantes ( $M = 5.9$ ,  $DE = 5.38$ ) en comparación con las reportadas en otros estudios que evaluaron población general y clínica.

Sin embargo, estos resultados no son consistentes con los que presenta la literatura científica sobre el BDI-II en muestras de estudiantes universitarios y que aparecen resumidos en el estudio de Sanz et al. (2003a), donde se reportan puntuaciones medias más elevadas. En total, en los estudios recogidos se administró el BDI-II a 2623 estudiantes, encontrando que la puntuación media y la desviación típica conjuntas (ponderadas por el número de participantes en cada estudio), son prácticamente iguales a las obtenidas por Sanz et al., (2003b) ( $M$  cercana a 9.2 y  $DE$  cercana a 7.4 ). Por su parte, en el estudio de Villar et al. (2001) se reporta una media de 7.36 ( $DE = 5.82$ ) y se encontró que únicamente el 6% de los estudiantes obtuvieron una puntuación total por encima de 18, puntuación que es considerada crítica en los estudios epidemiológicos.

En un estudio posterior realizado por Whisman y Richardson (2015) con una muestra de cerca de 15 mil estudiantes estadounidenses (en su mayoría de la facultad de psicología), las puntuaciones en el BDI-II oscilaron entre 0 y 61. La media ponderada fue de 9.14 ( $DE = 8.45$ ). Se encontró ausencia de sintomatología depresiva en el 74% (puntuaciones  $<13$ ), mientras que el 14% tenían depresión leve (puntuaciones de 13 a 19) y 12% tenían depresión severa (puntuaciones  $\geq 20$ ). En comparación con los hombres, las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas,  $t(14464) = 11.66, p < 0.001, d = 0.19$ .

Ruiz y Odriozola-González (2016) realizaron recientemente una investigación con una muestra de 210 estudiantes de grado (rango de edad 18-45,  $M = 20.46, DE = 3.45$ ) de la Universidad de Oviedo, de los cuales el 84% por ciento eran mujeres, 64% estudiaba psicología, 15% terapia de lenguaje y el 21% educación. La puntuación media en el BDI-II encontrada en este estudio ( $M = 9.6, DE = 7.0$ ), fue ligeramente superior a la reportada en estudios previos (Sanz et al., 2003 a). Así mismo, se encontró que el 24% de la muestra presentó niveles leves de depresión, el 7% niveles moderados y el 1% niveles severos.

Con relación a las diferencias de género, la literatura reporta que la depresión afecta principalmente a las mujeres (Noorden et al., 2010; Sarmiento, 2015) y que éstas tienen una mayor probabilidad de sufrir un episodio depresivo en comparación con los hombres (Eisenberg et al., 2007, You, Merritt y Conner, 2009). Aunque los estudios iniciales de Beck et al. (1996) y Osman et al. (1997) sugieren que las mujeres puntuaban más alto en el BDI-II que los hombres, en la mayoría de las investigaciones realizadas no se confirman las diferencias entre sexos y entre grupos de edad en muestras de estudiantes universitarios (Al-Musawi, 2001; Dozois et al., 1998; O'Hara et al., 1998; Schulenberg y Yutzenka, 2001; Sanz y Vázquez, 1998; Sanz et al., 2003a; Steer y Clark, 1997). Sin embargo, en un estudio realizado con estudiantes Colombianos de diferentes facultades se informa una media

significativamente más alta en las mujeres ( $M = 9.0$ ,  $DE = 7.76$ ) con respecto a los hombres ( $M = 6.13$ ,  $DE = 5.92$ ) (Erazo y Jiménez, 2012).

### **Autoestima y malestar psicológico**

La autoestima se refiere a “la confianza que tiene el sujeto en sí mismo, pudiendo tener una orientación positiva o negativa en la valoración que se hace” (Rosenberg, 1989). De esta manera, la autoestima ha sido considerada como un componente del autoconcepto, definiéndola como un conjunto de pensamientos y sentimientos sobre el valor e importancia que nos atribuimos. Es decir, comprende la valoración global hacia uno mismo, tanto positiva como negativa (Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007).

La autoestima es un constructo subjetivo conceptualizado típicamente como la evaluación global de la persona (Gentile et al., 2009; Sowislo y Orth, 2013), aunque también puede aplicarse a la evaluación de la persona en diferentes dominios específicos como, por ejemplo, habilidades intelectuales, apariencia física y competencia social (Swann y Bosson, 2010).

Romero, Cruz, Gallardo y Peñacoba (2013) destacan la importancia del estudio de la autoestima al referir lo siguiente:

La autoestima es uno de los recursos personales más importantes ya que afecta a diversos aspectos como el afrontamiento del estrés (Hobfoll, 1989), la inteligencia social (Garaigordobil y Durá, 2006), el liderazgo (Samborowski, 2007), el desarrollo profesional (Wilhelm, Martín, y Miranda, 2012) o la satisfacción con la vida (Lewinsohn, Redner, y Seeley, 1991) (citados por Romero, et al., 2013, p. 51)

En estudiantes universitarios se ha estudiado la relación entre la autoestima y múltiples aspectos como la salud mental y el bienestar psicológico (Diener y Diener, 1995; Kang, Shaver, Sue, Min y Jing, 2003; Paradise y Kernis, 2002; Reid, 2004). Incluso se ha

encontrado que la autoestima influye en el bienestar psicológico en mayor medida que el apoyo social percibido (Barra, 2012).

Se han comprobado correlaciones entre la evaluación global de la autoestima y medidas de malestar psicológico, como la depresión o la ansiedad expresada tanto en síntomas somáticos como psicológicos (Rosenberg, 1989). En algunos estudios (Rosenberg, Schooler Schoenbach y Rosenberg, 1995) se incluyen no sólo medidas globales de la autoestima sino también específicas. Estos autores consideran que la autoestima vinculada a dimensiones específicas es más relevante para explicar la conducta y la autoestima global se relaciona mejor con el bienestar psicológico.

Se considera que una alta autoestima tiene una función hedónica o de bienestar general. Varias investigaciones han encontrado que una alta autoestima tiene efectos beneficiosos para las personas, ya que favorece que se sientan bien con respecto a sí mismas, a su vida y a su futuro (Beck, 1987). También se asocia a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, extraversión, autonomía, autenticidad y a varios tipos de fenómenos interpersonales positivos como; conducta pro-social, satisfacción en las relaciones y desempeño positivo en los grupos (Kernis y Goldman, 2003; Leary y MacDonald, 2003). Por otro lado, una baja autoestima está asociada a hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, ansiedad, pesimismo, soledad o alienación (Rosenberg y Owens, 2001).

Se ha investigado el papel que puede cumplir la autoestima como factor protector de los efectos potencialmente negativos al enfrentar situaciones estresantes. Las personas con una autoestima más favorable confían más en sus capacidades, tienden a evaluar los estresores en términos menos negativos y además, utilizan estrategias de afrontamiento más efectivas (Aspinwall y Taylor, 1992). La autoestima emocional parece ser especialmente relevante para el sujeto cuando tiene que enfrentar situaciones estresantes (Baumeister, Campbell, Krueger y

Vohs, 2003; Epstein, 2003; Hofmann, Luhmann, Fisher, Vohs y Baumeister, 2014; Kernis y Goldman, 2003). En estas circunstancias, la autoestima emocional puede amortiguar o reducir el efecto negativo de los eventos no deseables. En un estudio realizado con estudiantes, se encontró que los sujetos que han experimentado un elevado número de eventos estresantes en su vida y presentan una baja autoestima emocional muestran mayor estado de ánimo depresivo que quienes manifiestan una alta autoestima emocional (Cava, Musitu, y Vera, 2000).

La autoestima está vinculada tanto al desarrollo como a la expresión de la psicopatología (Crocker y Park 2004). El vínculo entre la autoestima y la psicopatología es evidente, en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se incluye una baja autoestima como criterio de diagnóstico o característica asociada en una variedad de trastornos, incluyendo la mayoría de los trastornos del estado de ánimo, muchos trastornos de ansiedad, anorexia y bulimia, entre otros. También hay trastornos que se refieren a formas elevadas o frágiles de la autoestima como los trastornos de personalidad narcisista, límite, antisocial, la fase maníaca del trastorno bipolar, trastorno de la conducta y oposicionista desafiante (Zeigler-Hill, 2011). Así mismo, Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morrejón (2004) encontraron una relación negativa entre el malestar psicológico y la autoestima en población clínica ( $r = -.61$ ).

La relación entre la autoestima y el malestar psicológico o la presencia de psicopatología, ha sido estudiada por múltiples investigadores (Orth y Robins 2013; Orth, Robins y Roberts, 2008; Rieger, Göllner y Trautwein y Roberts, 2016; Sowislo y Orth, 2013; Zeigler-Hill, 2011). Concretamente, se ha observado que la relación puede explicarse principalmente desde dos modelos (Orth et al., 2008):

- 1) El modelo de vulnerabilidad: Sugiere que la baja autoestima sirve como factor de riesgo para desarrollar algún tipo de psicopatología. Esta teoría se ha aplicado ampliamente para explicar la presencia de sintomatología depresiva (Beck, 1987). Se cree que la baja

autoestima puede ser una causa de depresión, de tal manera que contribuye a su desarrollo y mantenimiento a través de procesos intrapsíquicos (por ejemplo, el uso de la rumiación) y estrategias interpersonales (por ejemplo, la búsqueda excesiva de confianza).

- 2) El modelo de la “cicatriz” (*scar model*): Considera que la baja autoestima es una consecuencia de la psicopatología en lugar de una causa. Según este modelo, los trastornos psicológicos tienden a deteriorar los recursos psicológicos y dejar cicatrices que distorsionan la percepción de los individuos sobre sí mismos y sobre su entorno. La depresión, por ejemplo, puede afectar la autoestima al alterar la forma en que los individuos procesan la información relevante (por ejemplo, la atención, la codificación, el almacenamiento y la recuperación).

En conclusión, una autoestima elevada parece actuar como un recurso que protege a las personas de experiencias negativas. Los que tienen baja autoestima, en contraste, pueden ser más propensos a experimentar varias formas de psicopatología porque carecen de estos recursos. Sin embargo, también es posible que la baja autoestima sea una consecuencia de la psicopatología o que tanto la autoestima como la psicopatología puedan ser el resultado de otros factores como experiencias de vida temprana (Zeigler-Hill, 2011).

Otros estudios han vinculado la autoestima y la depresión en adolescentes (Burwell y Shirk, 2006; Schöne, Tandler, y Stiensmeier-Pelster, 2015) y en estudiantes universitarios (Sargent, Crocker, y Luhtanen, 2006). En esta última población, se investigó la relación entre la “autoestima contingente” y la vulnerabilidad de los síntomas depresivos en una muestra longitudinal de 629 estudiantes universitarios de primer año. Los resultados arrojaron que los niveles más altos de contingencias externas de la autoestima, entendida esta como una medida compuesta de cuatro variables (aprobación de los otros, apariencia, competencia y factores académicos), predijeron un aumento en los síntomas depresivos durante el primer semestre de

universidad, incluso controlando el nivel inicial de síntomas depresivos, la deseabilidad social, el género y la raza (Sargent et al., 2006).

Con respeto al género, aunque se han reportado diferencias entre sexos en cuanto a la autoestima en algunos dominios específicos, en la mayoría de estudios no se han encontrado diferencias significativas en la medida global de la autoestima entre hombres y mujeres (Gentile et al., 2009; Lin, 2015; Rieger et al., 2016; Sowislo y Orth, 2013). Por ejemplo, en el estudio de Lin (2015) no se hallaron diferencias de género estadísticamente significativas en el nivel de autoestima, el bienestar psicológico y la depresión, en estudiantes universitarios chinos.

El instrumento de evaluación más utilizado para evaluar la autoestima de forma global es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR, 1965). Este instrumento se ha utilizado en investigaciones con variedad de muestras tanto con población general, clínica y con estudiantes. A continuación, se citan algunos de los resultados más relevantes de algunos de estos estudios, con la finalidad de poder comparar más adelante con los resultados de esta investigación.

Vázquez et al.(2004) realizaron un estudio de validación con una muestra clínica, donde se reportó una media de 25.71 ( $DE = 5.57$ ), siendo mayor el puntaje de los hombres ( $M = 26.43$ ,  $DE = 5.51$ ) en comparación al de las mujeres ( $M = 25.27$ ,  $DE = 5.57$ ). La puntuación media obtenida es inferior a la informada en otros estudios realizados en población no clínica:  $M = 30.4$  (Baños y Guillén, 2000),  $M = 38.7$  (Pullmann y Allik, 2000).

En el estudio de validación de la EAR con población de estudiantes universitarios españoles, donde participó una muestra representativa de 420 estudiantes de la Universidad de la Palmas de Gran Canarias, entre los 17 y los 58 años de edad ( $M = 21.29$ ,  $DE = 4.96$ ), los resultados muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres en la puntuación media de algunos ítems específicos, así como en la puntuación total, con un tamaño del efecto

pequeño ( $d = 0.33$ ). La puntuación media fue inferior en las mujeres ( $M = 31.14$ ,  $DE = 4.55$ ), comparada con los hombres ( $M = 32.53$ ,  $DE = 4.55$ ) (Martín-Albo et al., 2007).

Gómez-Lugo et al. (2016) realizaron recientemente un estudio de validación en población comunitaria en el que participaron 506 españoles y 633 colombianos, en el cual se encontraron puntuaciones bastante cercanas en estas dos muestras (colombianos  $M = 34.20$ ,  $DE = 4.52$ ; españoles:  $M = 32.21$ ,  $DE = 5.39$ ). En esta investigación se presentan las diferencias por género divididas por rango de edad. Cabe destacar que en la muestra española de sujetos entre los 18 y los 30 años, al igual que el estudio citado anteriormente, las puntuaciones encontradas fueron inferiores en las mujeres que en los hombres (mujeres:  $M = 31.09$ ,  $DE = 5.57$ ; hombres:  $M = 32.75$ ,  $DE = 5.74$ ). Sin embargo, no se encontraron estas diferencias en la muestra colombiana de la misma edad.

Por su parte, varios estudios han analizado la validez de constructo de la EAR. Por ejemplo, Laporta-Herrero, Jáuregui-Lobera, Barajas-Iglesias y Santed-Germán (2016) hallaron una correlación sustancial y negativa con la puntuación total en SCL-90-R ( $r = -.61$ ), así como con las distintas dimensiones de esta escala. Destacan las puntuaciones observadas en las dimensiones de sensibilidad interpersonal y depresión, con correlaciones superiores a .60.

Los estudiantes universitarios se ven enfrentados a diversos factores estresantes relacionados tanto con aspectos académicos (frecuentes evaluaciones, presión por el volumen de trabajos y tareas diarias), personales y sociales, incluyendo dificultades económicas, problemas familiares o en las relaciones interpersonales (p. ej., Fuente de la et al., 2014; Martín- Albo et al., 2007), una autoestima elevada puede ser un factor protector ayudando a reducir los posibles efectos negativos que puedan tener dichos estresores.

De esta manera, teniendo en cuenta que no se tiene claridad en cuanto a la existencia de diferencias en la presencia de síntomas depresivos y el nivel de autoestima según el género



en muestras de estudiantes, esta investigación pretende explorar más a fondo este aspecto, así como la relación entre la depresión, la autoestima, las medidas cognitivas y las que indican malestar psicológico, ya esta relación ha sido poco investigada en los estudiantes. Debido a que se ha encontrado relación entre estas variables en muestras clínicas y comunitarias, esta investigación pretende indagar si este mismo patrón se da en los estudiantes.

### **Teoría de los constructos personales**

Esta investigación se realizó desde una perspectiva constructivista, desde la que se considera que la realidad no es algo que se nos manifieste directamente sino que la debemos interpretar, y plantea que cualquier actividad del sujeto está mediada por su propia construcción (Feixas y Villegas, 2000). El constructivismo es una posición epistemológica en la que han confluído investigadores de disciplinas tan diversas como la Física o la Filosofía de la Ciencia. En Psicología fueron pocos los que basaron sus aportaciones en esta posición epistemológica. Entre ellos destacamos a George Kelly con su Teoría de los Constructos Personales (TCP) a mitad del siglo XX (Kelly, 1955).

La TCP se centra en estudiar la forma en que los individuos construyen y reconstruyen los significados de sus vidas. Subraya que el cambio forma parte del proceso continuo de construcción y reconstrucción de la experiencia en el que se contrasta la validez de las construcciones personales, y se van revisando para incrementar la capacidad predictiva del sistema. Pero al mismo tiempo se reconoce la necesidad de proteger de invalidación los constructos nucleares que definen la identidad, los aspectos más superordinados que definen quienes somos. Mientras que algunos cambios pueden ser acordes con los procesos de construcción actuales y, por lo tanto, resultan fáciles de aceptar, otros pueden requerir una modificación profunda de nuestra percepción de la realidad y, en consecuencia, ponen a prueba la noción de uno mismo. En algunos casos, el bienestar psicológico puede permanecer

temporalmente amenazado debido a la falta de flexibilidad en los procesos de construcción de significados. La entrada a la universidad, precisamente, puede ser una oportunidad para poner a prueba si los límites del sistema son lo suficientemente flexibles o pueden comprometer el proceso de adaptación y dar paso a una invalidación sustancial del sistema que se podría asociar a las múltiples problemáticas psicológicas relacionadas con las exigencias que comprende esta etapa (Fernandes et al., 2005).

El modelo constructivista concibe la evaluación del individuo de forma compleja, interesándose por los sistemas de constructos o las narrativas personales más allá de las creencias aisladas que se valoran en otros enfoques de la evaluación psicológica (Botella y Feixas, 1998/2008). Es por esto que el abordaje de esta problemática a partir del modelo constructivista puede aportar información más concreta sobre estas estructuras subyacentes.

El interés de la TCP (Kelly, 1955/1991, 2001; Botella y Feixas, 1998/2008) radica en la importancia central que concede a los significados subjetivos que los individuos se otorgan a sí mismos, a los demás y a las experiencias con las que se encuentran. Según la TCP, los individuos interpretan continuamente sus experiencias y las revisan en términos de su sistema cognitivo, el cual está formado por un conjunto de constructos personales (Feixas et al., 2007).

Según Kelly (1955), un constructo personal es la captación de una diferencia, de esta manera:

“Dos cosas se parecen entre sí en la medida que se diferencian de una tercera; por ello, un constructo constituye una dimensión bipolar de significado. A lo largo de la vida, cada persona elabora su propio sistema de constructos que le ayuda a dar significado a la experiencia y anticipar los acontecimientos a los que se va enfrentando. Este sistema de constructos personales permite integrar los nuevos acontecimientos en su red de significados

para darles así un sentido, al igual que le sirve para definirse a sí mismo o a otras personas” (Saúl, López-González, Feixas, Rubio-Garay y Domínguez-Simón, 2014, p. 344).

Los constructos personales son discriminaciones bipolares, como por ejemplo "cariñoso-frío" o "feliz-triste", que están interconectadas y forman un complejo sistema de significados organizados como una red jerárquica. Por tanto, existen constructos en un orden jerárquico superior (superordinados) que forman el sistema central de la persona, son aquellos que definen su sentido de identidad personal y, por lo tanto, su sentido de continuidad en el mundo, los cuales, por ende, son más resistentes al cambio. Por otro lado, también existen constructos de un orden jerárquico inferior (periféricos) que son más simples, modificables y suponen menor compromiso personal.

El núcleo básico de la TCP de Kelly está constituido principalmente por un postulado general y once corolarios adicionales. El postulado principal, tal y como se presenta en Kelly (2001), expresa lo siguiente: “Los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la forma en que anticipa los acontecimientos” (p. 261), los postulados que lo complementan se especifican a continuación (Kelly (2001, p. 265-275).

1. Corolario de construcción: la persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas.
2. Corolario de individualidad: las personas difieren unas de otras en su construcción de los acontecimientos.
3. Corolario de organización: cada persona desarrolla, según su conveniencia para anticipar los acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos.
4. Corolario de dicotomía: el sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos.

5. Corolario de elección: la persona escoge para sí misma aquella alternativa de un constructo dicotómico mediante la que anticipa una mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema.
6. Corolario de ámbito: un constructo solo es conveniente para la anticipación de un número limitado de acontecimientos.
7. Corolario de experiencia: el sistema de construcción de una persona varía a medida que construye sucesivamente réplicas de los acontecimientos.
8. Corolario de modulación: la variación del sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos dentro de cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variantes. A más permeabilidad, más facilidad para incorporar cambios.
9. Corolario de fragmentación: una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí.
10. Corolario de comunalidad: los procesos psicológicos de dos personas serán similares en la medida en que empleen una construcción similar de la experiencia.
11. Corolario de sociabilidad: una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquella.

En concordancia con sus postulados, Kelly (1955/1991) planteó la metáfora del hombre como científico, dotando a las personas de la capacidad de ser agentes activos en la creación de sus significados y su revisión a lo largo del tiempo. Como científico, el individuo formula hipótesis y teorías acerca de sí mismo y del mundo que le rodea. Estas hipótesis, basadas en los propios constructos personales, son vistas como una guía práctica de acción y tienen la función de dar sentido a su realidad y anticipar eventos.

Según la TCP, el funcionamiento óptimo del sistema de construcción de significados se caracteriza por la revisión de las hipótesis y predicciones que realiza constantemente el individuo. Este proceso surge del ciclo de la experiencia que se vivencia cuando se hace frente a un evento o situación (Paz, 2016). En la Figura 1 se presenta un gráfico de este ciclo.

La persona comienza este ciclo por una fase de anticipación que, como su nombre lo indica, tiene como función principal anticipar la realidad, de esta manera se plantea una hipótesis sobre el curso probable de un acontecimiento (de forma automática y continua, pocas veces consciente). Esta hipótesis se basa en las construcciones personales de la persona, validadas en ciclos de experiencia anteriores. Recordemos que el postulado básico de la TCP indica que esta anticipación es el mecanismo básico del sistema de construcción. La segunda fase es la de implicación en el resultado, donde el sujeto valora el grado de importancia de la anticipación y reacciona de acuerdo a ella, de esta manera las consecuencias del ciclo de la experiencia serán más profundas cuanto mayor sea la implicación de la persona. En la tercera fase, se da el encuentro con el acontecimiento, el cual implica la disposición para contrastar la hipótesis con la realidad teniendo en cuenta su valor predictivo. El resultado de este contraste lleva a la siguiente fase, donde se da la confirmación o desconfirmación de la anticipación o hipótesis. En caso de confirmarse, la anticipación se valida, lo que se acompaña de emociones agradables, y será más probable que la persona la aplique en futuras situaciones similares, mientras que si se invalida, es posible que aparezcan emociones desagradables que se mantienen hasta que la persona es capaz de revisar su sistema de constructos personales, que sería la última fase del ciclo. La última fase del ciclo se da al incorporar los resultados de la revisión constructiva del sistema a las hipótesis o anticipaciones futuras (Feixas y Villegas, 2000).

La sucesión de tales ciclos puede considerarse como la esencia del funcionamiento óptimo desde la TCP, y su bloqueo como indicio de trastornos psicológicos (Neimeyer, 1987;

Winter, 1992). De esta manera, el sufrimiento humano, o en este caso, el malestar psicológico, se da cuando se interrumpe el flujo en alguna fase del ciclo de la experiencia y los constructos del individuo no son adecuados para anticipar la realidad, haciéndose necesario modificarlos por otros más útiles, con mayor capacidad de predicción (Saúl, 2005).

Por ejemplo, un estudiante que ha tenido un mal desempeño en años anteriores y ha sufrido un episodio depresivo, tiene que presentarse a un examen que definirá si pasa al siguiente curso. Teniendo en cuenta sus experiencias anteriores anticipa que su resultado en el examen será deficiente, por tanto suspenderá la asignatura y repetirá curso. De esta manera, se puede ver como un estudiante con sintomatología depresiva, que tiene una percepción negativa de sí mismo, valora como negativos sus resultados académicos. Sin embargo, de acuerdo a su deseo de pasar al siguiente curso, se implica en gran medida con su desempeño en el examen, estudiando muchas horas durante los días previos e involucrando una gran carga emocional. A pesar de esto, cuando llega el momento de enfrentarse al examen, el alumno siente una gran ansiedad, piensa que no va a poder con ello, se bloquea y se queda en blanco, lo que valida su hipótesis inicial de fracaso. De esta manera, su revisión del proceso consistirá en creer que, como es un mal estudiante y ha suspendido anteriormente, fracasará también en esta oportunidad. En este caso, el cambio en su sistema de construcción podría bloquearse porque puede implicar invalidaciones masivas en el sistema e incluso la renuncia a construcciones sobre el sí mismo que son nucleares para su identidad.

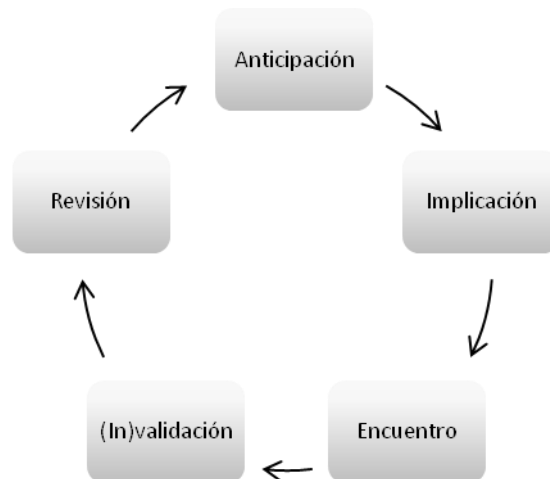


Figura 1. Ciclo de experiencia

### La técnica de la rejilla interpersonal

Teniendo en cuenta que los sistemas de construcción personal son idiosincrásicos desde la perspectiva constructivista, Kelly (1955) diseñó un método de evaluación denominado la técnica de rejilla interpersonal (TRI). Con esta técnica se evalúan las dimensiones y la estructura del significado personal mediante la explicitación de los constructos con los que la persona organiza su mundo (Feixas y Cornejo, 1996). La TRI consiste en una entrevista semiestructurada que evalúa la manera en que la persona interpreta la realidad, y la valoración que hace de sí mismo y de los otros (Feixas, 2003; Feixas y Cornejo, 1996; Fransella, Bell, y Bannister, 2004). La TRI consiste en una matriz de doble entrada en la que se anotan en las columnas los elementos (personas significativas del entorno del sujeto, e.g., padre, madre, hermanos, pareja, amigos, persona no grata), además del “yo actual” (modo en que la persona se ve en la actualidad), y el “yo ideal” (como le gustaría ser). En las filas se anotan los constructos personales, los cuales se obtienen a partir de buscar similitudes y diferencias entre los elementos que ha elegido el entrevistador. Al finalizar, se

asignan puntuaciones a los elementos en cada uno de los constructos utilizando una escala Likert.

Una vez terminado el proceso de puntuación, se procede con el análisis de la matriz de datos resultante. Inicialmente se puede realizar una primera aproximación de tipo cualitativo y explorar las características generales de la rejilla obtenida. Posteriormente, mediante un programa de procesamiento de datos (RECORD 5.0; Feixas, Cornejo y Laso, 2012a) es posible obtener diferentes medidas de construcción del sí mismo y los otros, índices de estructura cognitiva, así como la presencia y el número de conflictos cognitivos (Feixas y Cornejo, 1996; Varlotta, 2006).

Debido a su flexibilidad, la TRI se adapta a multiplicidad de contextos y propósitos de investigación. Su carácter sistemático y el riguroso análisis matemático al que se someten los datos permiten estudiar científicamente los significados personales en diversas áreas. De ahí que sea la técnica más utilizada e investigada de todos los métodos de evaluación constructivista.

A continuación se describen brevemente los índices derivados de la TRI que fueron utilizados en esta investigación, teniendo en cuenta su significancia psicológica y su utilidad en la práctica clínica y en investigación. Más adelante en el apartado empírico, se explica el proceso de cálculo e interpretación.

**Índices de construcción del sí mismo.** Para la TCP, nuestro sentido del sí mismo se construye a partir de las redes de constructos implicadas en nuestras experiencias del mundo interpersonal (Bannister, 1962).

Mediante la TRI es posible analizar aquellas construcciones relacionadas con el sí mismo, como la autodefinición, el aislamiento autopercibido y la adecuación percibida en otros. De esta manera, el elemento “yo actual” juega un papel central, pues a partir de la



similitud o diferencia entre este elemento y lo que se considera deseable (“yo ideal”) es posible obtener un indicador del propio valor autopercebido (Dada, 2014). Así mismo, es posible analizar la relación entre el “yo actual”, el “yo ideal” y los demás elementos significativos incluidos en el proceso de elicitación, mediante la construcción de un elemento artificial llamado “otros”, que se computa como promedio de los elementos no relacionados con el “yo”. Por tanto, con la TRI es posible identificar tres índices relacionados con la construcción del sí mismo: la discrepancia yo-ideal, la discrepancia yo-otros y la discrepancia ideal-otros.

***Discrepancia yo-ideal.*** Este índice tradicionalmente se ha considerado como una medida de autoestima. Incluye una apreciación cuantitativa de cómo se valora la persona en sus propios términos con respecto a lo que consideraría ideal, lo cual es una diferencia importante en comparación con otras medidas convencionales de evaluación de la autoestima en las que se suele presentar una serie de afirmaciones preestablecidas por el investigador sobre la conceptualización del autor sin tener en cuenta el punto de vista del sujeto evaluado (Feixas y Cornejo, 1996).

Este índice consiste en analizar aquellas diferencias sustanciales entre las construcciones que tienen las personas sobre sí mismas en el momento de la evaluación (“yo actual”) y aquellas que serían deseables (“yo ideal”) (Dada, 2014).

En investigaciones anteriores (Dada, 2008), se encontró un alto valor predictivo de las autovaloraciones, los factores cognitivos y los rasgos de personalidad en la presencia de sintomatología alimentaria en estudiantes universitarias, reportando una correlación (negativa) alta y significativa entre la discrepancia yo-ideal y la escala de autoestima Rosenberg (1965, traducción al español de Martín-Albo et al., 2007).

**Discrepancia yo-otros.** Teniendo en cuenta que para la TCP la construcción del sí mismo se encuentra estrechamente relacionada con la construcción de los otros, es importante incluir un índice que evalúe la distancia entre la definición sí mismo (“yo actual”) y las construcciones aplicadas sobre el resto de elementos incluidos en la rejilla por medio del elemento agrupado “otros”. Esta diferencia cuando es grande es considerada un indicador de aislamiento social autopercebido y cuando es pequeña se toma como indicador de la identificación con los otros (Feixas y Cornejo, 1996).

**Discrepancia ideal-otros.** Un tercer elemento relevante para evaluar las construcciones sobre el sí mismo es la diferencia o similitud percibida entre los elementos del mundo interpersonal incluidos en la rejilla, agrupados bajo el elemento “otros”, y la visión deseable del sí mismo “yo ideal”. Los resultados encontrados al analizar la relación entre estos dos elementos se interpretan como un indicador de la adecuación percibida en otros (Feixas y Cornejo, 1996; Trujillo, 2016).

Se cuenta con estudios donde se han comparado las discrepancias entre muestras clínicas y comunitarias, por ejemplo, en el estudio Compañ et al. (2011), Feixas et al. (2008a), y Feixas et al. (2010) la muestra control presentaba puntuaciones medias en las correlaciones de Pearson más altas en los tres índices (menor discrepancia), en comparación con el grupo clínico, todas las correlaciones se ubicaban en el rango de moderadas a fuertes, excepto en el caso de Compañ et al (2010) donde no se encontraron diferencias en la discrepancia yo-otros.

**Índices de estructura cognitiva.** A través de la TRI también se pueden obtener una serie de índices que describen algunas características relacionadas con la estructura del sistema o el peso de un constructo determinado dentro del mismo (Feixas y Cornejo, 1996). A continuación se describen los índices de estructura cognitiva explorados en la presente investigación:

**Diferenciación cognitiva.** Se refiere al número de dimensiones disponibles en el sujeto para construir eventos (Saúl, 2005). En la literatura existe una variedad de índices para medir la diferenciación cognitiva, entre ellos el índice de Bieri y el índice de intensidad de Bannister (1962). El primero mide “el número relativo de dimensiones de valoración que emplea una persona” (Bieri, 1955, p. 122) y el segundo fue utilizado como una medida de laxitud o rigidez del sistema de constructos basada en la fuerza de las correlaciones entre los constructos. Posteriormente, con el incremento del uso de análisis factorial para el análisis de los datos de la TRI, se comenzó a utilizar otro índice denominado el porcentaje de varianza explicada por el primer factor (PVEPF). Este último permite identificar la magnitud de la dimensión principal de significado dentro de la red de constructos elicitados mediante la TRI (Dada, 2014). Se considera una medida de complejidad cognitiva que se puede interpretar de diversas maneras. Puntuaciones altas sugieren una mayor unidimensionalidad en el sistema de constructos de la persona, lo cual se relaciona con una menor complejidad pero también puede implicar una mayor integración (Feixas, Lopez Moliner, Navarro Montes, Tudela Mari y Neimeyer; 1992; Feixas y Cornejo, 1996), mientras que las puntuaciones bajas se relacionan con una mayor diferenciación y en consecuencia, con la existencia de múltiples dimensiones de significado. En algunos casos aislados, también puede relacionarse con cierta fragmentación del sistema (Bannister, 1960; Gallifa y Botella, 2000; Smith, 2000).

En el estudio de Saúl et al. (2014) donde participó una muestra comunitaria, el PVEPF fue de 45.18 ( $DE = 10.40$ ,  $n = 74$ ) para las personas que no presentaban DIs, y de 38.00 ( $DE = 9.61$ ,  $n = 41$ ) para las personas que si presentaban DIs. En estudios anteriores se habían encontrado puntuaciones un poco más bajas como en Feixas et al. (2004), donde este valor fue de 43.24 ( $DE = 10.61$ ), en Feixas et al. (2008a) el grupo control tuvo un PVEPF de 42.81 ( $DE = 9.91$ ) y en Soldevilla, Feixas, Varlotta y Cirici (2014) fue de 43.07 ( $DE = 11.94$ ).

**Polarización.** La polarización se mide según el número de puntuaciones extremas utilizadas para valorar un constructo (Bonarius, 1977, Botella y Feixas, 1998/2008). Algunas investigaciones relacionan el índice de polarización con la gravedad de los síntomas depresivos (Neimeyer, 1985). Así mismo, elevados valores en este índice se relacionan con pensamientos de tipo dicotómico y distinciones extremas del tipo «todo o nada» (Dada 2014; Varlotta, 2006, Trujillo, 2016).

Desde la perspectiva de la TCP la utilización de puntuaciones extremas se ha relacionado con el grado de significación de un constructo o elemento (Bonarius, 1977). Sin embargo, la construcción polarizada también se puede considerar como una forma de rigidez cognitiva, cuando es interpretada como medida general. En el caso de presentar valores muy altos (teniendo en cuenta que la probabilidad teórica calculada para la escala Likert de 7 puntos es 28.57 %), incluso puede dar indicios de disfunción en el sistema de construcción (Feixas y Cornejo, 1996; Neimeyer y Feixas, 1992).

Se cuenta con algunas investigaciones donde se han comparado muestras clínica y muestras control, como el estudio de Feixas et al. (2004) sobre diferenciación cognitiva donde la muestra control presentó una media de 24.30% ( $DE = 3.70$ ) y la muestra clínica de 28.63% ( $DE = 4.40$ ), y los publicados en Feixas et al. (2008a) sobre depresión unipolar, donde el grupo control presentó un porcentaje de polarización de 25.11 % ( $DE = 13.33$ ) y el porcentaje de la muestra clínica estuvo ligeramente por debajo ( $M = 25.08$ ,  $DE = 14.09$ ). Así mismo, en una investigación sobre bulimia nerviosa (Feixas et al., 2010), el porcentaje de polarización para la muestra no clínica fue de 25.55 % ( $DE = 14.21$ ) y para la muestra clínica de 27.93% ( $DE = 13.98$ ).

**Indefinición.** Este índice puede interpretarse como el grado en el que una persona renuncia a posicionarse por uno u otro polo de los constructos de la rejilla al intentar situar un

elemento. De esta manera, evita definir ese elemento y lo ubica en el punto medio (Varlotta, 2006). La interpretación de estas puntuaciones también puede indicar falta de implicación en la tarea, el desconocimiento con respecto al elemento que se puntúa o bien la característica “no aplicable” de un constructo a un elemento en particular (Hasenyager (1975). Teniendo en cuenta que la probabilidad teórica calculada para la puntuación media de 4 puntos es 14.28 %, las puntuaciones altas en este índice pueden indicar una dificultad operativa del sistema de construcción que no permite dar sentido a los elementos de una forma significativa (Feixas y Cornejo, 1996).

Debido a que no se cuenta con estudios publicados que comparen las medidas de construcción de sí mismo y los índices de estructura y conflicto cognitivo en diversas poblaciones, el presente estudio pretende aportar información al respecto, esperando encontrar medidas similares entre los estudiantes y la muestra comunitaria y significativamente mayores en la muestra clínica.

**Índices de conflicto cognitivo.** Los conflictos cognitivos representan una problemática interna en un individuo. Se han conceptualizado desde diferentes perspectivas psicológicas a lo largo de la historia. Desde el constructivismo se plantea que los conflictos cognitivos aparecen cuando la persona no sabe qué alternativa escoger en un constructo determinado, o bien cuando un cambio deseado en una característica del individuo llevaría a un cambio no deseado en otro aspecto del individuo (Feixas, Saúl y Ávila, 2009). En el contexto psicoterapéutico, el conflicto cognitivo es aquel que mantiene al paciente anclado en el síntoma como una forma de mantener la coherencia de su propio sistema de significados.

El concepto de conflicto cognitivo se basa en el corolario de organización y de elección expuesto por Kelly (1955/1991). El corolario de organización plantea la existencia de constructos nucleares y periféricos. El sistema de constructos se organiza para proteger los primeros de la invalidación, debido a la importancia que tienen al dar sentido a la identidad,

cuya función principal es aportar continuidad al sistema. El corolario de elección asume que una persona elige aquellas alternativas que son más significativas y coherentes con su sistema de constructos, es decir, aquellas que le aportan mayor poder predictivo. De esta manera, se puede comprender como, aunque la invalidación de los constructos más periféricos puede implicar la existencia de síntomas o sufrimiento, la persona elige esta opción con tal de proteger aquellos constructos nucleares, esenciales para mantener la capacidad predictiva del sistema (Feixas, 2016). Esta visión constructivista está en contraste con una visión hedonista (ver Winter, 1985), que sugiere que la gente organiza sus conductas con el objetivo de encontrar placer y evitar el sufrimiento (Saúl, 2005).

Existen dos tipos de conflicto cognitivo: los dilemas implicativos (DIs; más relacionados con la noción de conflicto expuesta en los párrafos anteriores) y los constructos dilemáticos (CDs), los cuales se describen a continuación.

**Constructos dilemáticos.** Según Kelly, los constructos personales son ejes de significado con una estructura bipolar. De esta manera, siguiendo el corolario de elección, la persona opta por el polo que supone una mayor elaboración y permite mejor anticipación de los acontecimientos. Sin embargo, cuando ambos polos son valorados como inapropiados para el “yo ideal”, surge un conflicto debido a que este constructo no proporciona un curso claro de acción (Feixas y Saúl, 2004). Esta situación genera ambivalencia, ya que situarse en alguno de los polos implicaría a la vez ventajas y desventajas y, por tanto, un cierto grado de invalidación. Consecuentemente, la persona opta por situarse en un punto medio, indicando que ninguna de las dos alternativas le resulta deseable.

Aunque resulta común tener alguno, cuando una persona presenta un número alto de CDs puede interpretarse como que en su sistema faltan construcciones viables de significado, lo cual puede llevar al bloqueo y la dificultad de pasar a la acción. El evitar decidirse por uno

de los polos del constructo puede verse como un intento de prescindir de las desventajas percibidas en ambas alternativas (Dada, 2014; Saúl, 2005; Trujillo, 2016).

En estudios realizados con muestras clínicas y control, se han encontrado algunas diferencias en la presencia de CD, sin que éstas alcanzaran la significación estadística, por ejemplo, Saúl (2005; ver también Feixas et al., 2009b), identificó la presencia de CD en el 66 % del grupo control, en comparación con en el 73% de la población clínica.

Otra forma de medir los tipos de conflicto cognitivo es utilizando medidas de proporción de CD, para que esta medida sea equivalente al porcentaje de CD que es la medida que se utilizó en este estudio se multiplicó por 100. En el estudio de Feixas et al. (2009b) entre los participantes de la muestra no clínica que presentaban CD, el porcentaje fue de 19 y para la muestra clínica fue de 17. Mientras que en el estudio de Dada et al. (2012) el porcentaje de CD encontrado fue inferior, con un valor cercano a nueve ( $DE = 8.40, n = 50$ ).

**Dilemas implicativos.** Los dilemas implicativos se explican a partir de la relación ambigua entre dos tipos de constructos personales a los que los autores denominan *constructo congruente* y *constructo discrepante* (Feixas, Saúl, Ávila-Espada y Sánchez, 2001). Los primeros se presentan cuando el “yo actual” y el “yo ideal” se posicionan en el mismo polo del constructo (distancia  $\leq 1$  punto en la escala de siete puntos utilizada en la rejilla); esta situación indicaría que el sujeto se define a gusto consigo mismo. Los segundos se presentan cuando el “yo actual” y el “yo ideal” son puntuados en posiciones opuestas del constructo (distancia  $\geq 4$  puntos en una escala de siete puntos). Estos últimos pueden indicar malestar psicológico o insatisfacción entre lo visión de sí mismo (“yo actual”) y lo que le gustaría ser (“yo ideal”) (Saúl et al, 2014).

De la relación entre estos dos tipos de constructos puede surgir un DI, entendido como:

“una estructura cognitiva (o esquema) en el que el polo no deseable de un *constructo discrepante*, se asocia con aspectos positivos que en muchos casos tienen que ver con características que definen la identidad del sujeto (Feixas et al., 2001; Feixas y Saúl, 2004). De esta forma, el sujeto se encuentra (no siempre conscientemente) ante un conflicto cognitivo o dilema. Por un lado, en el constructo discrepante, el individuo desea cambiar, pasar al polo deseado, pero, por otro lado, ese cambio se encuentra relacionado con aspectos negativos y no deseados, opuestos a la definición de identidad (polo no deseado del constructo congruente) (Saúl et al, 2014, p.346).

A nivel de investigación, Feixas y colaboradores han establecido una correlación igual o superior a .35 entre los constructos congruentes y los discrepantes para suponer la existencia de un DI (Feixas y Saúl, 2004).

En la figura 2, se presenta un ejemplo de un dilema implicativo, en este caso un estudiante que se percibe a sí mismo como “responsable”, sintiéndose a gusto en este polo del constructo (constructo congruente). Por otra parte, se considera un estudiante “estresado” pero le gustaría ser más tranquilo (constructo discrepante). Si este estudiante cambiase de posición en el constructo discrepante, moviéndose del polo actual al polo deseado (“tranquilo”), este cambio implicaría un cambio similar en el constructo congruente con el que presenta una fuerte asociación. De esta manera, se sitúa ante un dilema por las implicaciones que supondría alcanzar su deseo de cambio. Para evitar un cambio al polo no deseado del constructo congruente (“irresponsable”), la persona puede evitar también el cambio deseado (convertirse en “tranquilo”).



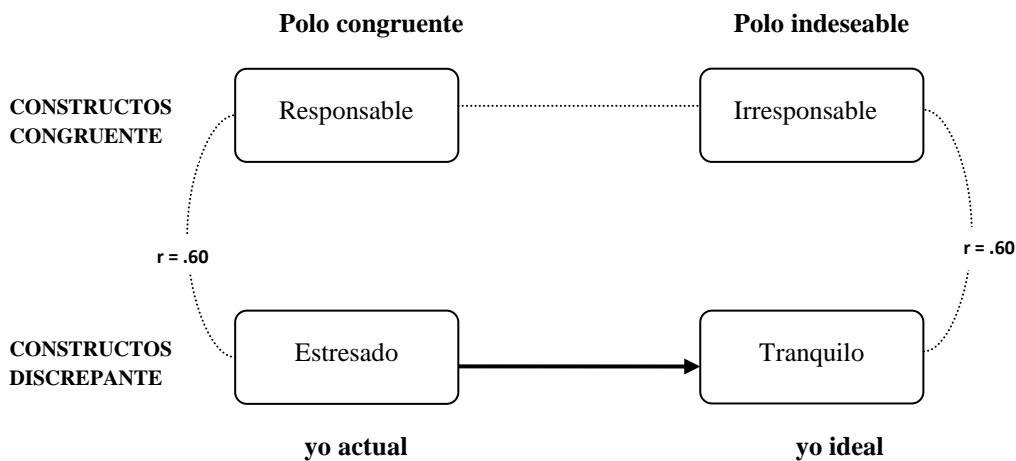


Figura 2. Ejemplo de dilema implicativo

En conclusión, estos dilemas son un tipo de conflicto cognitivo, en el cual diferentes aspectos del yo son contrarrestados de tal manera que un cambio deseado en una dimensión personal (por ejemplo, llegar a ser “tranquilo”) puede verse obstaculizado por la necesidad de coherencia personal en otra dimensión (p. ej., “responsable”) (Montesano, López-González, Saúl y Feixas, 2015).

Los conflictos cognitivos, estudiados a partir de los dilemas implicativos, se relacionan con mayor severidad sintomatológica. Esta relación ha sido estudiada por varios autores (p. ej., Montesano et al., 2015; Saúl et al. 2014). Desde el *Proyecto Multicéntrico Dilema* (PMD; para mayor información ver Feixas y Saúl, 2004) se ha investigado el papel de los conflictos cognitivos en diversas patologías tales como: fobia social (Díaz, Feixas, Pellungrini, y Saúl, 2001); síndrome del intestino irritable (Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl, y Laso, 2004); bulimia nervosa (Feixas, Montebruno, Dada, Del Castillo y Compañ, 2010); somatización (Feixas, Cipriano y Varlotta, 2007); fibromialgia (Compañ, et al., 2011); trastornos de ansiedad. (Melis, et al., 2011) depresión mayor (Feixas, y Saúl, 2004; Feixas, et al., 2012c; Feixas, Hermosilla, Compañ y Dada, 2009a; Feixas, Montesano, Compañ et al.,

2014; Feixas et al., 2014) y distimia (Montesano et al., 2014). También se han investigado las implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos (Feixas et al, 2016; Feixas et al., 2001; Feixas, Saúl, Winter y Watson, 2008b) y recientemente Dada, Izu, Montebruno, Grau y Feixas (2017) investigaron el contenido de los constructos en pacientes con bulimia nerviosa, donde se utilizó una muestra control de estudiantes universitarias, encontrando que las mujeres con esta problemática utilizaban significativamente más constructos relacionados con el cuerpo, mientras que en el grupo control los constructos estaban más relacionados con el área personal.

Aunque los resultados de dichos estudios muestran que se ha encontrado un mayor número de DIs en las personas con las problemáticas analizadas, también se ha constatado la presencia de dilemas como estructuras cognitivas relativamente frecuentes en un tercio (34%) de los participantes de la muestra no clínica, en contraste con un 53% de la población clínica que presento algún DI. La presencia de los mismos se asoció a mayor gravedad de los síntomas (Feixas, et al, 2009b). Además, en este mismo estudio (más extenso en Saúl, 2005), se incluye la exploración de otras variables asociadas como la edad y el sexo. Los resultados indican que no es posible relacionar estas variables con la presencia de conflictos cognitivos para la población no clínica, aspecto que se confirma en el estudio de Trujillo (2016). Sin embargo, para la población clínica se encontraron diferencias en la variable sexo, hallando un mayor porcentaje de mujeres que presentaban DIs. De esta forma, el presente estudio pretende explorar la relación entre la edad y las diferencias según el género en la muestra de estudiantes de psicología.

Los resultados anteriores se corroboran con los obtenidos recientemente por Montesano et al. (2015), quienes realizaron un estudio con un enfoque meta-analítico (donde se analizaron los hallazgos de 9 investigaciones) con el objetivo de resumir las evidencias relacionadas con la presencia y el nivel de dilemas implicativos, así como su relación con el

bienestar, en varias muestras clínicas. Los resultados evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas entre el estado clínico y la presencia de dilemas en varias condiciones clínicas. Del mismo modo, el nivel de conflicto se asoció con la gravedad de los síntomas. Los resultados de este estudio destacan la relevancia clínica y la naturaleza transdiagnóstica de los dilemas implicativos.

Así mismo, se han realizado estudios con muestras comunitarias con el objetivo de analizar la construcción del sí mismo, la estructura cognitiva y el malestar psicológico en personas con y sin DIs, donde se confirma la presencia de DIs en el 35% de la muestra. Se revelaron correlaciones positivas en los tres índices de construcción del sí mismo, lo que supone que una persona con una alta autoestima también tenderá a verse similar a los demás y percibirlos como adecuados (y a la inversa), aunque al comparar los grupos con y sin DI, se observaron correlaciones más bajas en las personas con dilemas. En cuanto a la complejidad cognitiva, las personas con dilemas mostraron una estructura cognitiva más diferenciada. En relación con el malestar psicológico percibido, los dos grupos presentaron puntuaciones dentro del rango de la normalidad aunque las personas sin DI se percibieron en mayor sintonía consigo mismas y con los demás, en comparación con las personas con dilemas que presentaron puntuaciones superiores en casi todas las dimensiones, con diferencias significativas en depresión y ansiedad del SCL-90-R, y en las medidas globales del CORE-OM, aunque con un tamaño del efecto pequeño (Saúl et al., 2014).

Desde una perspectiva constructivista (Feixas y Villegas, 2000; Neimeyer y Mahoney, 1995), se considera que la transición a la universidad implica la experiencia de nuevos roles que pueden constituir una oportunidad para la diferenciación y desarrollo del sistema de significados personales y para la apropiación de las nuevas experiencias de vida, lo que implica la posibilidad de auto-reconstrucción hacia una mayor complejidad.

Sin embargo, la confirmación de expectativas y la percepción de discrepancia entre el “yo actual” y el “yo ideal” puede ser vista como factores de invalidación personal, que pueden poner en peligro el proceso de construcción de significados de la experiencia, aunque sea sólo temporalmente. En esta situación, si los estudiantes perciben que se invalidan aspectos centrales de su identidad personal, podrían sufrir fuertes trastornos emocionales y comenzar un ciclo recursivo de auto-invalidación (Gardner, Mancini, y Semerari, 1988), lo que permitiría explicar lo que comúnmente llamamos como trastorno mental.

Según esta perspectiva, la demanda de cambio que conlleva el ingreso a la universidad no sólo puede poner de relieve la discrepancia yo-ideal, disminuyendo la autoestima, sino también, en un nivel más profundo, generar conflicto en términos de autodefinición. Por una parte, el estudiante tiene que responder a las demandas y expectativas por sus logros; por el otro, existe una necesidad de continuidad en el proceso de construcción de significado a fin de preservar el sentido de identidad. Este conflicto puede ser reflejado en la TRI como un DI.

Hemos visto que los resultados de los estudios mencionados más arriba realizados comparando población clínica y no clínica sugieren una relación entre la presencia de DIs y la manifestación de sufrimiento psicológico. Se encontraron pocos estudios que relacionen la presencia de conflictos cognitivos y el malestar psicológico en estudiantes universitarios. Teniendo en cuenta que los estudiantes se integran en una población no clínica, se ha demostrado que el porcentaje de individuos que tienen dilemas es bastante alto en comparación con lo esperado, lo que sugiere que la transición a la enseñanza superior puede representar una fase de crisis en los recursos personales de los estudiantes, importantes en el mantenimiento de su bienestar psicológico. De esta manera, se puede ver cómo al presentar dilemas implicativos, el cambio, por otra parte necesario en cualquier adaptación psicológica, está relacionado con la amenaza a la coherencia y la continuidad de la experiencia de la definición de uno mismo. Además de la presencia de dilemas e indicadores de amenazas

psicológicas, es importante destacar que un gran porcentaje de los estudiantes de la muestra del estudio de Feixas y Saúl (2001) manifestaron sintomatología severa, por encima del valor de corte y otro porcentaje alto presentó dificultades para resolver problemas de la vida en general. Esto revela otro indicador del malestar psicológico, posiblemente asociado con la naturaleza estresante y las dificultades de los nuevos requerimientos personales, sociales y académicos con los que se enfrentan los estudiantes universitarios.

En referencia a las diferencias de género, en el estudio de Feixas y Saúl (2001) se encontró que las mujeres presentan mayor porcentaje de dilemas implicativos, mayor gravedad de los síntomas y más dificultades para resolver problemas. Este resultado sugiere que las mujeres representan un grupo de mayor vulnerabilidad a los problemas y demandas experimentadas en la transición a la educación superior. Algunos autores (Almeida et al 2003; Soares y Almeida, 2002) han demostrado que el género femenino es el que presenta expectativas más altas para las diferentes dimensiones académicas, personales y sociales asociadas a la educación superior. Las altas expectativas asociadas con la falta de recursos para la solución de problemas de la vida pueden ser en parte responsables de una mayor experiencia de amenaza personal, angustia psicológica y la desilusión experimentada a menudo durante el primer año.

Así mismo en el estudio de Fernandes, et al. (2005), se reportan que un alto porcentaje de estudiantes de primer año de universidad presentaban dilemas (69%), dificultades en la resolución de problemas (70%) y un porcentaje significativo presentaba niveles de severidad sintomática global (44%). La presencia de dilemas se relacionó positivamente con la manifestación de psicopatología y negativamente con las habilidades de resolución de problemas, aunque esta relación no fue significativa en ninguno de los dos casos. Con respecto a las diferencias de género, se halló mayor presencia de dilemas, sintomatología psicopatológica y dificultades en la resolución de problemas en las mujeres con respecto a los

hombres. En otro estudio realizado por Ribeiro, Feixas, Maia, Serna y Dada (2012) con la finalidad de evaluar la adaptación psicológica en el primer año de universidad por medio de una evaluación al comenzar el primer año y otra al finalizar. Los resultados mostraron una mejora en los síntomas psicopatológicos, discrepancia yo-ideal y un aumento en la diferenciación cognitiva. Se encontraron uno o varios dilemas implicativos en más de la mitad de la muestra en la evaluación inicial y sólo en una tercera parte en la evaluación final, aunque esta diferencia no fue significativa.

De esta forma, el presente estudio pretende confirmar si las diferencias en la presencia de DIs y en las demás medidas cognitivas según el género reportadas en algunos estudios mencionados anteriormente, así como su relación con otras variables que miden malestar psicológico, depresión y autoestima, se encuentran reflejadas en una muestra de estudiantes de psicología.

Teniendo en cuenta que de los datos obtenidos a través de la TRI es posible realizar un análisis cualitativo de la estructura cognitiva y del sistema de construcción de una persona, también es importante mencionar que esta técnica permite realizar un análisis de tipo cuantitativo. Una de las ventajas de este tipo de procedimientos de evaluación es que permite el estudio de propiedades psicométricas como la fiabilidad y la validez.

## **Fiabilidad**

Desde la teoría clásica de los test, “la fiabilidad está relacionada con los errores de medida aleatorios presentes en las puntuaciones obtenidas a partir de su aplicación” (Meneses et al., 2014). De esta manera, la fiabilidad es considerada como la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento en distintas ocasiones. Esta será mayor cuanto menos errores de medida contengan las puntuaciones obtenidas por los sujetos a los que se les aplica.

Existen tres formas para medir la fiabilidad: la consistencia interna del test (grado de concordancia entre cada una de las partes del test), la fiabilidad intra-interobservadores y la estabilidad temporal (coeficiente de fiabilidad test-retest). En concordancia con los objetivos de esta investigación se hará referencia únicamente a la fiabilidad test-retest, la cual se obtiene de la aplicación del test a una misma muestra de sujetos en dos momentos diferentes. Se calcula a partir del valor del coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de los sujetos en los dos momentos de aplicación. Para saber si un test presenta una fiabilidad adecuada los valores de la correlación deberían ser cercanos a 1. Algunos autores sugieren que coeficientes de fiabilidad que oscilan entre .70 y .80 son suficientemente buenos para la mayoría de las ocasiones en las que los tests se utilizan para fines de investigación (Kaplan y Saccuzo, 2009).

Fransella et al. (2004) refieren que la fiabilidad es un aspecto más de la validez y que al evaluar la estabilidad de las puntuaciones de la TRI en diversas aplicaciones, el objetivo no debería ser obtener una réplica exacta de los resultados, sino identificar adecuadamente los cambios producidos en las puntuaciones y ser capaz de explicar los cambios importantes.

Feixas y Cornejo (1996) plantean algunos aspectos que deben considerarse respecto a la fiabilidad de la TRI, relacionados con cada uno de sus componentes. De esta forma, al considerar esta estrategia de evaluación, es necesario distinguir entre la fiabilidad de: los elementos, los constructos, las puntuaciones y los índices de medida derivados de la misma (para mayor información ver Trujillo, 2016). En el apartado metodológico se presenta la descripción de la TRI como instrumento y los índices empleados en esta tesis, y se aportarán los datos disponibles sobre la fiabilidad de cada uno. Teniendo en cuenta que en la literatura revisada sobre los estudios de fiabilidad de la TRI no se cuenta con datos específicos en muestras de estudiantes, la presente investigación pretende aportar información al respecto.

## Validez

Según la última edición de los *Standards for educational and psychological testing* (AERA, APA y NCME, 2014), se defiende que la validez hace referencia al “grado en el que la evidencia empírica y la teoría apoyan la interpretación de las puntuaciones de los tests relacionadas con un uso específico”. La validez de un test se puede comprobar a través de cuatro fuentes: su contenido, el proceso de respuesta, su estructura interna, las consecuencias de su aplicación y la relación con otras variables.

Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación se definirá únicamente la validez basada en la relación con otras variables, la cual también es conocida como validez convergente. Ésta se mide a partir de la correlación entre las puntuaciones del test con otras medidas del mismo constructo obtenidas a partir de diferentes técnicas o indicadores (Meneses et al., 2014). A partir de este tipo de validez, se pretende determinar si las relaciones observadas entre las variables son congruentes con lo establecido en el modelo teórico de referencia, de esta manera se obtienen evidencias favorables. Mientras que si las relaciones no son las esperadas se tendría que cuestionar la adecuación del test, la adecuación de las otras medidas o incluso el modelo teórico de referencia.

De esta forma, es posible diferenciar entre las evidencias para establecer la relación entre la TRI y sus índices con otros constructos, ya sean similares (evidencia convergente) o diferentes (evidencia discriminante). Por ejemplo, se podría pensar que las puntuaciones de la discrepancia “yo-ideal” se relacionan con las puntuaciones en la escala de autoestima Rosenberg. Así mismo, se puede establecer la relación entre la TRI con algún criterio en particular (evidencia concurrente y predictiva). La validez predictiva hace referencia a la relación entre el test y un criterio, cuando el criterio ha sido medido posteriormente. En la validez concurrente, las medidas del test y el criterio se han obtenido en el mismo momento (Abad, Olea, Ponsoda y García, 2011).



A partir de la estructura y de los diversos índices de la TRI es posible evaluar tanto las relaciones existentes en el interior de las medidas que la componen como las posibles asociaciones con otros constructos que proceden de posturas teóricas y epistemológicas diferentes, teniendo en cuenta que, tal y como explican Feixas y Cornejo (1996), «lo que se pretende evaluar mediante la TRI (la estructura del significado personal) no parece ser evaluado por ninguna otra prueba sistemática» (Trujillo, 2016).

Es importante mencionar que teniendo en cuenta la multiplicidad de diseños, contextos y formas de aplicación de la TRI, no es posible hacer referencia a la fiabilidad o la validez de este instrumento de evaluación como un concepto generalizado. Por lo tanto, se debe especificar el tipo de diseño utilizado, el contexto y las condiciones de aplicación, así como los procedimientos empleados para el análisis de los datos. De esta forma, se podrá hacer alusión a las propiedades psicométricas de ese modelo de rejilla en particular (Feixas y Cornejo, 1996; Fransella et al., 2004). Por ejemplo, cuando se detecta que una rejilla no tiene valor predictivo y no es flexible respecto a la información que proporciona, lo que se busca son las fallas de ese formato de rejilla en particular, más que hacer generalizaciones sobre la validez de todas las variantes que puede tomar la TRI (Fransella et al., 2004).

## **Capítulo 2. Justificación, objetivos e hipótesis**



## **Justificación**

En los últimos años se ha presentado un incremento notable en la prevalencia de los trastornos mentales en los jóvenes, lo que se puede contrastar con el aumento de la demanda de atención en los servicios de orientación y atención psicológica de las universidades. Esto puede estar asociado a las exigencias que genera el proceso de adaptación al ingreso a la universidad y los cambios propios de la etapa de adultez temprana, lo que puede ocasionar alteración en el estado de ánimo, niveles de estrés elevados, problemas de autoestima y la manifestación de otros síntomas que pueden afectar notablemente el bienestar psicológico y el desempeño en diversas áreas de funcionamiento.

Se han realizado diversos estudios sobre el malestar psicológico en población general, clínica y con estudiantes universitarios, pero existen pocas investigaciones que comparen los hallazgos en estas tres poblaciones. Teniendo en cuenta que los resultados de los estudios realizados hasta el momento sobre la salud mental en los estudiantes universitarios son contradictorios, así como las implicaciones personales, sociales y económicas de la cuestión, se hace necesario estudiar más a fondo este tema.

Por otro lado, a pesar de que se ha encontrado relación entre los conflictos cognitivos y el malestar psicológico, los aspectos cognitivos incluidos en esta investigación han sido muy poco estudiados en este tipo de muestra. No se hallaron estudios sobre las estructuras cognitivas subyacentes a esta asociación en población de estudiantes. Por esta razón, es importante estudiar la relación que pueda existir entre las diversas variables cognitivas (medidas de construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos), el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima en los jóvenes universitarios.

Adicionalmente, este proyecto espera aportar información que puede ser útil para los servicios de orientación y atención psicológica de las universidades, así como para proponer programas de prevención y promoción de la salud mental en este tipo de población.

De esta manera, la presente tesis doctoral pretende identificar las características de las medidas de malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología en comparación con los resultados ya disponibles de una muestra de población comunitaria y otra clínica. Así mismo, se pretende explorar las diferencias según el género y el nivel de estudios y evaluar la estabilidad de las medidas derivadas de la TRI. Igualmente, se busca explorar la relación entre las medidas cognitivas evaluadas, el nivel de autoestima, los síntomas depresivos y las medidas que indican malestar psicológico.

## Objetivos e hipótesis

### Objetivo general

Identificar las características del malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos, en una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona*. Así mismo, comparar los hallazgos con los resultados ya disponibles de una muestra de población comunitaria y otra clínica.

### Objetivos específicos

**Objetivo 1.** Identificar las características en las medidas de construcción del sí mismo, la estructura y los conflictos cognitivos, en una muestra de estudiantes de Psicología y compararlas con los datos ya disponibles de una muestra de población comunitaria y otra clínica.

**Hipótesis 1.1.** Se espera que las medidas de construcción del sí mismo en los estudiantes de psicología sean equivalentes a las obtenidas en la muestra comunitaria y con menos discrepancias entre los elementos “yo actual”, “yo ideal” y los otros que en la muestra clínica.

**Hipótesis 1.2.** Se espera que la diferenciación cognitiva en los estudiantes de psicología sea equivalente a la obtenida en la muestra comunitaria y más diferenciada que en la muestra clínica.

**Hipótesis 1.3.** Se espera que la polarización en los estudiantes de psicología sea equivalente a la de la muestra comunitaria y menor que en la muestra clínica.

**Hipótesis 1.4.** Se espera que la indefinición de los estudiantes de psicología sea equivalente a la obtenida en la muestra comunitaria y menor que en la muestra clínica.

**Hipótesis 1.5.** Se espera que los porcentajes de conflicto cognitivo (PCD y PDI) en los estudiantes de psicología sean equivalentes a los obtenidos en la muestra comunitaria y menores que en la muestra clínica.

**Hipótesis 1.6.** Se espera que la presencia de conflictos cognitivos (CD y DI) en los estudiantes sea equivalente en la muestra comunitaria y menor que en la muestra clínica.

**Objetivo 2.** Establecer las diferencias que existen en las medidas que evalúan el malestar psicológico (síntomatología psicopatológica y funcionamiento general), los síntomas depresivos y el nivel de autoestima de una muestra de estudiantes y los datos ya disponibles de una muestra de población comunitaria y otra clínica.

**Hipótesis 2.1.** Se espera que las puntuaciones en las dimensiones psicopatológicas evaluadas por el SCL-90-R y el índice sintomático general (GSI) en los estudiantes sean equivalentes a las de la muestra comunitaria y menores que las de la muestra clínica.

**Hipótesis 2.2.** Se espera que el funcionamiento general evaluado con el CORE-OM sea similar en los estudiantes y en la muestra comunitaria.

**Hipótesis 2.3.** Se espera que el nivel de síntomas depresivos evaluado a través del BDI-II sea equivalente entre los estudiantes y la muestra comunitaria, y mayor en la muestra clínica.

**Hipótesis 2.4.** Se espera que el nivel de autoestima evaluado a través de la Escala Rosenberg sea similar en los estudiantes y en la muestra comunitaria.

**Objetivo 3.** Explorar la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en las medidas cognitivas evaluadas, el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima en la muestra de estudiantes.

**Objetivo 4.** Explorar las relaciones existentes entre la edad y las medidas de construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en la muestra de estudiantes.

**Objetivo 5.** Establecer la relación que existe entre las medidas cognitivas estudiadas y las que evalúan el malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) en la muestra de estudiantes, para tener mayor conocimiento sobre el significado de estas variables.

**Hipótesis 5.1.** Se espera que elevadas puntuaciones en las escalas que miden malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM), se relacionen con mayor discrepancia (yo-ideal, yo-otros e ideal- otros)

**Hipótesis 5.2.** Se espera que a mayor diferenciación cognitiva se presente menor malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM).

**Hipótesis 5.3.** Se espera que a mayor polarización se presente mayor malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM).

**Hipótesis 5.4.** Se espera que a mayor indefinición se presente mayor malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM).

**Hipótesis 5.5.** Se espera que a mayor porcentaje de conflicto cognitivo (PCD y PDI) exista mayor malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM).

**Hipótesis 5.6.** Se espera que la presencia de conflictos cognitivos (CD y DI) se relacione con mayor malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM).

**Objetivo 6.** Confirmar las relaciones teóricamente previsibles entre los síntomas depresivos, las medidas cognitivas evaluadas por TRI, las medidas que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) y el nivel de autoestima en una muestra de estudiantes de psicología.

**Hipótesis 6.1.** Se espera encontrar una relación directa entre los síntomas depresivos y las medidas cognitivas evaluadas por la TRI.



**Hipótesis 6.2.** Se espera encontrar una relación directa entre los síntomas depresivos y las medidas que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM).

**Hipótesis 6.3.** Se espera encontrar una relación negativa entre los síntomas depresivos y el nivel de autoestima.

**Objetivo 7.** Confirmar las relaciones teóricamente previsibles entre el nivel de autoestima, las medidas cognitivas evaluadas por TRI y las medidas que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) en una muestra de estudiantes de psicología.

**Hipótesis 7.1.** Se espera encontrar una relación negativa entre la discrepancia yo actual-yo ideal y el niveles de autoestima.

**Hipótesis 7.2.** Se espera encontrar una relación negativa entre las variables que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) y el nivel de autoestima.

**Objetivo 8.** Explorar las diferencias en las medidas cognitivas, el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestimas entre las sub-muestras de estudiantes de grado y de postgrado.

**Objetivo 9:** Medir la estabilidad de las medidas de construcción de sí mismo, la estructura y los conflictos cognitivos en una muestra de estudiantes de psicología.

**Hipótesis 9.1.** Se espera que las medidas de construcción del sí mismo (disimilaridad yo-ideal, yo-otros e ideal-otros) en los estudiantes de psicología sean estables a corto plazo.

**Hipótesis 9.2.** Se espera que las medidas de estructura cognitiva (diferenciación, polarización e indefinición) en los estudiantes de psicología sean estables a corto plazo.

**Hipótesis 9.3.** Se espera que el porcentaje de conflictos cognitivos (PCD y PDI) en los estudiantes de psicología sean estables a corto plazo.

**Hipótesis 9.4.** Se espera que la presencia de conflictos cognitivos (CD y DI) en los estudiantes de psicología sean estables a corto plazo.

## **Capítulo 3. Método**



## Diseño

Se realizó un estudio descriptivo correlacional para establecer múltiples asociaciones y relaciones entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

## Participantes

En el estudio participó una muestra incidental de 431 sujetos, distribuidos en tres grupos diferentes: 183 estudiantes de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona*, 117 voluntarios de una muestra comunitaria y 131 participantes de una muestra clínica. La muestra comunitaria fue tomada del estudio *Técnica de la Rejilla Interpersonal: un estudio de validación en población comunitaria* (Trujillo, 2016) y la clínica del estudio de *psicoterapia breve con un enfoque cognitivo-constructivista en la atención primaria: cambios sintomáticos y cognitivos* (Pucurull, 2015).

En la tabla 1 se presenta la distribución por género y rangos de edad de cada muestra. Como se puede observar el mayor porcentaje de la muestra son mujeres (72.4). La edad media del total de la población es de 38.79. El cuanto al estado civil, se encontró que el 90% de los estudiantes son solteros y únicamente un 10% están casados. En la muestra comunitaria el 57% están casados, el 25% solteros, el 11% divorciados y el 7% viudos. De la muestra clínica no se registraron datos acerca del estado civil.

Tabla 1

### *Género y edad de los tres grupos de participantes*

	Estudiantes (n = 183)	Comunitaria (n = 117)	Clínica (n = 131)	Total (N = 431)
<b>Sexo</b>				
Hombres (%)	36 (19.7)	47 (40.2)	36 (27.5)	119 (27.6)
Mujeres (%)	147 (80.3)	70 (59.8)	95 (72.5)	312 (72.4)
<b>Edad</b>				
Media (DE)	25.85(6.47)	48.39 (15.36)	38.50 (12.18)	38.79 (14.6)
Rango	19-59	21-76	18-72	18-76

### *Criterios de inclusión y exclusión*

Los estudiantes incluidos en la muestra debían estar matriculados en estudios de grado o de postgrado en la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona* con edades comprendidas entre 19 y 45 años para los estudiantes de grado y entre 21 y 59 años para los estudiantes de postgrado. Se selecciono únicamente estudiantes de la *Facultad de Psicología* debido al interés de ampliar información sobre las características psicológicas de este colectivo en particular, ya que en los pocos estudios encontrados sobre malestar psicológico en estudiantes universitarios no se describen específicamente las características de esta población en particular.

En el estudio de Trujillo (2016) con una muestra comunitaria los participantes incluidos fueron hombres y mujeres mayores de edad (entre los 21 y los 76 años) que dieran respuesta negativa a la pregunta de si estaban recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de la entrevista. Los participantes fueron convocados a través de tres fuentes: 1) Familiares o conocidos de estudiantes y colaboradores de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona*; 2) *Universitat de l'Experiència*: personas que asistían al programa de formación ofrecido por la *Universitat de Barcelona*, programa destinado a mayores de 55 años; y 3) *Fundació Ajuda i Esperança*: voluntarios que participaban en la atención de llamadas en el Teléfono de la Esperanza de Barcelona.

En la muestra clínica se incluyeron los pacientes que realizaron un proceso psicoterapéutico en el CAP Manso de Barcelona en el periodo de Febrero de 2002 a Diciembre de 2014. Estos participantes del estudio de Pucurull (2015) fueron visitados por psicólogos, alumnos del Máster en Terapia Cognitivo Social de la *Universitat de Barcelona*. Se incluyeron hombres y mujeres, mayores de 18 años, que en su mayoría presentaron problemas de depresión y ansiedad aunque no todos cumplieron los criterios para un diagnóstico psiquiátrico. Los pacientes con patología severas como trastorno de personalidad

del clúster A o B, sintomatología psicótica, abuso o dependencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas, historia conocida de intento de suicidio, ideación suicida grave o retraso mental, fueron derivados a otros servicios más adecuados a sus necesidades, y por tanto se excluyeron de este estudio, al igual que los participantes que no tenían un nivel de competencia suficiente para comunicarse en castellano o catalán, y los que presentaban déficits visuales, auditivos o cognitivos substanciales.

Esta muestra clínica comprende pacientes con múltiples diagnósticos, teniendo en cuenta los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000), los diagnósticos realizados con más frecuencia por los terapeutas en el eje I fueron: trastornos de ansiedad (31.8%), del estado de ánimo (27.3%) y adaptativos (16.7%) por este orden. Un 11.4% de la muestra no cumplía criterios para ningún trastorno del eje I. Las cinco restantes categorías diagnósticas utilizadas presentaron frecuencias bastante más bajas: los trastornos somatomorfos (4.5%), los trastornos del sueño (2.3%), los trastornos de la conducta alimentaria (1.5%), los trastornos del control de los impulsos (0.8%) y otros problemas objeto de atención clínica (3.8%).

Presentaron un diagnóstico secundario del eje I el 11.4% de la muestra, de los que el 3.8% cumplían criterios de trastornos de ansiedad, 3.8% de trastorno del estado de ánimo, 1.5% trastorno adaptativos y 1.5% otros problemas de atención clínica. A pesar del cribado realizado, se identificó en un 12.9% de la muestra un trastorno de personalidad una vez iniciada la terapia. Los trastornos de personalidad más frecuentes fueron el límite (3.8%), obsesivo-compulsivo (3%) y narcisista (2.3%). En el eje III, 22 pacientes presentaron una condición médica y dos de ellos padecían de una condición médica secundaria. En el eje IV, un 53% presentó algún problema psicosocial o ambiental; los más frecuentes fueron los relacionados con el grupo primario de apoyo (28%), laborales (15.2%) y los de ambiente social (6.1%) (Pucurull, 2015, p. 93).

## Instrumentos

**Cuestionario de variables sociodemográficas.** Se diseñó un cuestionario *ad hoc* para recoger los datos sociodemográficos de los participantes (edad, género, estado civil, nivel de estudios, entre otras) (ver anexo1).

**Técnica de la rejilla interpersonal.** (TRI; Kelly, 1955; Feixas y Cornejo, 1996). Es un instrumento que se construye durante una entrevista semiestructurada orientada a explicitar los constructos con los que la persona estructura su significado personal, su visión de sí mismo y de los demás (Feixas y Cornejo, 1996; 2002; Fransella et al, 2004). Esta entrevista se desarrolla en dos fases: En la primera fase, se obtienen los elementos (personas del entorno del sujeto), además de ciertos representantes fijos como el “yo actual”, o modo en que la persona se ve en la actualidad, y el “yo ideal”, o como le gustaría ser. En la segunda fase, se elicitan los constructos, definidos como dimensiones bipolares subjetivas delimitadas por dos polos opuestos a los que se les asignan etiquetas verbales. El método de elicitación que se utilizó es el diádico, en el que se proponen parejas de elementos y se pregunta por adjetivos o frases que reflejen semejanzas y diferencias. Una vez obtenida la etiqueta para el primero de los polos, se pregunta por la del polo opuesto. La finalización de esta fase se da cuando se llega al punto de saturación que es la sensación subjetiva por parte del entrevistador o de la persona entrevistada de que ya no pueden elicitar constructos nuevos. Finalmente, se asignan puntuaciones a los elementos en cada uno de los constructos, utilizando una escala de tipo Likert con 7 puntos: las puntuaciones de 1 a 3 corresponden al polo izquierdo, la de 4 al punto medio y las de 5 a 7 al polo derecho (el protocolo de aplicación se puede consultar en el anexo 2).

De la TRI se pueden derivar una variedad de medidas de construcción del sí mismo y los otros, índices de estructura cognitiva, así como la presencia y número de conflictos

cognitivos (Feixas y Cornejo, 1996; Varlotta, 2006). A continuación se describen los índices que se incluyeron en el estudio:

**Índices de construcción del sí mismo.** En esta investigación la medida que se utilizó para este índice fueron las distancias o disimilaridades entre las parejas de elementos que definen la construcción del sí mismo (“yo actual”, “yo ideal” y los otros tomados como una entidad). En estudios anteriores se han utilizado otras medidas para analizar los índices de construcción del sí mismo (por ejemplo, correlaciones de Pearson producto-momento y distancias  $X^2$ ). En este estudio se utilizó la distancia euclidiana acotada (entre 0 y 1) con la que se superan las limitaciones del uso de las correlaciones. Las distancias euclidianas tiene propiedades conmutativas y según el estudio de Corella (2012) muestran mejores resultados para el cálculo de los índices de construcción del sí mismo.

Teniendo en cuenta que la distancia euclidiana varía en función del número de constructos y que haría imposible la comparación entre varias rejillas, se utiliza la distancia euclidiana estandarizada obtenida al dividir el resultado entre el valor máximo que toma la fórmula (Corella, 2012). Así se obtiene un índice que varía entre 0 y 1. La distancia euclidiana estandarizada ( $D$ ) se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$D = \frac{\sqrt{\sum_{i=0}^c (Y - I)^2}}{6\sqrt{C}}$$

$Y$  se refiere a, por ej., el “yo actual” e  $I$  al “yo ideal” y  $C$  al número de constructos. El número 6 indica el valor máximo que puede tomar la formula, es decir la distancia máxima entre los dos elementos. Es así que valores cercanos a 0 indican poca discrepancia entre el “yo actual” y el “yo ideal” y distancias cercanas a 1 indican que el “yo actual” es muy diferente al “yo ideal” (Corella, 2012).

Los índices analizados en la construcción del sí mismo son:



*Discrepancia yo-ideal.* Se refiere a la distancia que existe entre “yo actual” y “yo ideal”, es un indicador de la amplitud de la autodefinición y se puede considerar una medida de autoestima. Una alta distancia euclidiana entre estos elementos se interpreta como una discrepancia alta entre la visión actual del sí mismo y lo que le gustaría ser.

Este índice mantiene adecuadas medidas de fiabilidad, en el estudio de Feixas et al. (1992) se identificó una  $r = .92$  ( $n = 82$ ). Caputi y Keynes (2001) confirman este resultado en dos aplicaciones, tras una y dos semanas, con correlaciones entre  $r = .61$  y  $.81$  ( $n = 85$ ). Los resultados del último estudio (Trujillo, 2016) reportan una fiabilidad test-retest de  $.57$ .

*Discrepancia yo-otros.* Esta medida requiere de la construcción de un elemento artificial denominado “otros”, que resulta del cálculo del promedio de las puntuaciones de todos los elementos con excepción del “yo” y el “ideal”. Una alta discrepancia puede considerarse como un indicador de aislamiento social auto-percibido, es decir el sujeto se construye a sí mismo como distinto, en cierta medida, de los demás. En cambio una baja discrepancia puede considerarse como un indicador de identificación con los otros.

Este índice mantiene adecuadas medidas de fiabilidad. En el estudio de Adams-Webber (1989) los resultados sobre la fiabilidad test-retest se ubicaron entre  $.86$  y  $.95$ , y en el de Feixas et al. (1992) la estabilidad estuvo entre  $.85$  y  $.94$ . Los resultados del último estudio reportan una fiabilidad test-retest de  $.61$  (Trujillo, 2016).

*Discrepancia ideal-otros.* Esta medida permite explorar si la persona tiene una visión de los otros como adecuados, en términos de lo que considera deseable o ideal; puesto que se comparan las puntuaciones del elemento “yo ideal” y el elemento promedio “otros”. Una discrepancia alta puede indicar insatisfacción del sujeto con las personas que lo rodean, mientras que una puntuación baja sugiere una visión positiva de los otros.

Este índice fue creado por nuestro grupo (Feixas y Cornejo, 1996) y ha sido menos estudiado pero en el estudio de Trujillo (2016) arrojó una fiabilidad test-retest de .70, muy aceptable.

*Índices de estructura cognitiva.* Incluyen aquellas medidas que describen las características estructurales del sistema. Los índices analizados en la exploración de la estructura cognitiva son:

*Diferenciación cognitiva:* El índice utilizado en esta investigación para medir la diferenciación cognitiva fue el porcentaje de varianza explicado por el primer factor (PVEPF). Es una medida factorial basada en el análisis de correspondencias de la matriz de datos de la rejilla. Hace referencia al poder explicativo del primer eje o factor. Se considera un indicador de la diferenciación cognitiva. Si el PVEPF es alto, se infiere cierta unidimensionalidad por parte del sujeto al construir su mundo interpersonal. En cambio, si el primer factor explica un porcentaje reducido de varianza, el peso de las otras dimensiones se encuentra repartido, desempeñando también éstas un papel en los procesos de construcción del sujeto (Feixas y Cornejo, 1996). Pese a no haber baremación para esta medida, estudios previos presentan valores más altos en la muestra clínica ( $n = 422$ ,  $M = 45.62$ ;  $DE = 0.51$ ) que en la no-clínica ( $n = 304$ ,  $M = 43.24$ ;  $DE = 0.61$ ) (Feixas, Bach y Laso, 2004).

En relación a la fiabilidad de este índice Feixas et al. (1992), después de pasar la rejilla en tres intervalos (una hora, una semana y un mes), reportaron una correlación media de .67, un buen resultado que se confirma en el estudio de Caputi y Keynes (2001) en el que la estabilidad global fue de .88 y en los resultados del estudio de Trujillo (2016) donde se reporta una fiabilidad test-retest de .84.

*Polarización.* Se calcula mediante el porcentaje de puntuaciones directas extremas (1 o 7) respecto al total de las puntuaciones de la rejilla analizada. La probabilidad teórica de

puntuaciones extremas es de 28.57%; sin embargo, la aplicabilidad empírica de esta consideración no ha sido empíricamente validada (Feixas et al, 2010).

El uso de puntuaciones extremas en rejillas con constructos elicitados puede reflejar el grado de significación subjetiva de un constructo o elemento dado (Bonarius, 1977). De esta forma, un constructo muy polarizado, sugiere que se trata de un constructo muy significativo, ya que permite definir con sus valores máximos a la mayoría de los elementos. Por otra parte, cuando se toma en su valor global, puede indicar el grado de polarización o extremosidad del sistema, lo cual se ha asociado a rasgos de rigidez del evaluado (Neimeyer, 1985; Neimeyer y Feixas, 1992).

En relación a la fiabilidad de este índice, el estudio de Feixas et al. (1992) reporta una correlación global, en los diferentes intervalos empleados, de  $r = .81$ , muy similar a lo encontrado por Caputi y Keynes (2001), cuya media de correlaciones fue de .86 incluyendo los diferentes periodos en los que se realizó el retest. Los resultados del último estudio (Trujillo, 2016) dan también una fiabilidad test-retest de .81.

*Indefinición.* Para calcular este índice, se utiliza el porcentaje de puntuaciones directas intermedias (4) respecto a la escala de 1 a 7 empleada en esta rejilla. La probabilidad teórica de utilizar la puntuación media es de 14.28%. Porcentajes altos pueden indicar bloqueo, ambivalencia o poca disponibilidad a expresar los propios puntos de vista (Dada, 2014). En relación a la fiabilidad de este índice en el último estudio (Trujillo, 2016) se reporta una fiabilidad test-retest de .59.

*Índices de conflicto cognitivo.* Los dilemas o conflictos son considerados como “estructuras cognitivas (o esquemas) presentes en algunas personas, que pueden estar asociadas de alguna manera a su malestar, dificultades de funcionamiento, o síntomas en el caso de pacientes” (Saúl, 2005, p. 53).

Se identificaron dos tipos de conflicto cognitivo, los constructos dilemáticos y los dilemas implicativos. Se describen a continuación:

*Constructos dilemáticos (CD)*. Para calcular este índice se toma en cuenta la presencia o ausencia de constructos dilemáticos y el porcentaje de los mismos. La presencia o ausencia es una variable categórica que se puntúa en las categorías de 0 = ausencia y 1 = presencia. Se consideran CDs los que han sido puntuados con un 4 en el elemento “yo ideal”, lo que indica que ninguno de los dos polos del constructo se percibe como deseable y la persona se ubica en un punto medio. El porcentaje de constructos dilemáticos (PCD) se calcula al dividir el número de constructos dilemáticos presentes en la rejilla por el número total de constructos de la misma y multiplicarlo por cien (Dada, 2014).

$$PCD = \frac{n^{\circ} \text{ de } CD}{n^{\circ} \text{ de constructos}} \times 100$$

En relación a la fiabilidad test-retest de este índice del último estudio (Trujillo, 2016) fue de .29.

*Dilemas implicativos (DI)*. Para calcular este índice también se tiene en cuenta la presencia o ausencia de DIs y el porcentaje de los mismos. Un DI se define como la combinación de un constructo congruente y uno discrepante que correlacionan ( $r \geq .35$ ) de forma que el polo deseado del segundo se asocia al polo indeseable del primero. Mediante el cálculo del porcentaje de dilemas implicativos (PDI) se controla la variable relacionada con el tamaño de la rejilla, ya que entre más constructos se hayan elicitado mayores son las posibilidades de encontrar constructos discrepantes y congruentes, y por tanto, mayor posibilidades de identificar dilemas implicativos. Como el tamaño de la rejilla no se encuentra estandarizado, este índice permite la comparación de rejillas de forma fiable, lo que no sería posible si únicamente se analizara el número de dilemas en cada rejilla (Feixas y Saúl, 2004).

Para calcular el PDI se tiene en cuenta tanto el número de constructos de la rejilla como sus posibles combinaciones por parejas, ya que la identificación de los dilemas en la rejilla requiere la evaluación de todas las combinaciones posibles de constructos de dos en dos; por tanto, el PDI es el número de dilemas implicativos presentes en la rejilla, dividido por el número total de combinaciones posibles entre constructos congruentes y discrepantes, todo ello multiplicado por cien (Dada, 2014).

$$PDI = \frac{d}{c!/2[(c-2)!]} \times 100$$

Donde:

d: número de dilemas presentes

n: número de constructos de la rejilla

Como en el caso anterior, no hay más que un estudio sobre la fiabilidad test-retest de este índice (Trujillo, 2016) y se reporta una fiabilidad de .38.

*Combinaciones de los dos tipos de conflicto cognitivo:* esta medida permite analizar las diferentes combinaciones entre la presencia o ausencia de CD y DI. Existen cuatro tipos: 1) ausencia de CD y de DI ( No CD-No DI), 2) presencia de CD y ausencia de DI (Si CD-No DI), 3) ausencia de CD y presencia de DI (No CD-Si DI) y 4) presencia de CD y presencia de DI (SI CD- Si DI), esta última indica el nivel de conflictividad general.

***Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)*** (Evans, Connell, Barkham, Margison, McGrath, Mellor-Clark, y Audin, 2002). Es un cuestionario de auto-informe que contiene 34 ítems que evalúan el estado de la persona a partir de cuatro dimensiones definidas como (Evans et al., 2002; Lyne, Barrett, Evans y Barkham, 2006):

1. Bienestar subjetivo (W), compuesta por 4 ítems que valoran sensación personal de bienestar o malestar (corregido de forma que a mayor puntuación más malestar).

2. Problemas/Síntomas (P), con 12 ítems que valoran ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos.
3. Funcionamiento general, que incluye 12 ítems que evalúan relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano; y
4. Riesgo, compuesta por 6 ítems que son utilizados como indicadores clínicos de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros.

El valor de cada ítem puede ubicarse entre 0 y 4, las puntuaciones altas indican que el malestar es mayor. El CORE-OM se califica sumando las puntuaciones de cada ítem y se divide por el número total de ítems. Además de la puntuación total, se obtiene puntuaciones medias para cada dimensión, dividiendo la puntuación total por el número de respuestas completadas según los ítems de cada dimensión. Se ha determinado una puntuación de 1.0 como punto de corte entre población clínica y no clínica. Dentro del rango de puntuaciones se han establecido cuatro categorías donde una puntuación de 1.0 se considera como el límite superior para el nivel *leve*, 1.5 para el nivel *medio*, 2.0 para el nivel *moderado* y 2.5 para un nivel de *moderado a severo*. Una puntuación por encima de 2.5 indicaría un nivel de *malestar severo* (Barkham, Mellor-Clark, Connell, y Cahill, 2006).

Este cuestionario ha obtenido buenos datos de validez y fiabilidad no sólo en inglés, sino también en otras lenguas. En el presente estudio se utilizó la versión en español de este instrumento (Feixas et al., 2012), la cual cuenta con un estudio de validez, donde se reporta un alfa de Cronbach entre .73 y .94 en todas las dimensiones y correlaciones test-retest altas (entre .76 y .87) para la muestra no clínica (Trujillo et al, 2016). El protocolo de este cuestionario se puede consultar en el anexo 3.

***Escala de autoestima Rosenberg (EAR)*** (Rosenberg, 1965). Es una escala que se utiliza para obtener una apreciación global de la autoestima. Está compuesta por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo. La

mitad de los ítems están enunciados positivamente (1, 3, 4, 7, 10) y la otra mitad negativamente (2, 5, 6, 8, 9).

La escala puede utilizarse sin cargo alguno para investigación clínica, pueden consultarse las condiciones en la siguiente página *web*:

[http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy\\_rosenberg.htm](http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy_rosenberg.htm).

Para el estudio se utilizó la traducción de la versión original americana (Rosenberg, 1965) realizada por Echeburúa (1995).

Se puntúa en una escala tipo Likert de 1 a 4. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40. Las puntuaciones mayores de 30 son indicadores de una autoestima adecuada, teniendo en cuenta que la media es de 32.53 ( $DE = 3.92$ ) para los hombres y de 31.14 ( $DE = 4.55$ ) para las mujeres, según el estudio de Martín Albo et al.(2007) realizado con una muestra de estudiantes universitarios. El uso de este instrumento es muy extendido y su validez y fiabilidad están bien establecidas. La versión en español presenta una elevada consistencia interna (alpha de Cronbach entre .80 y .87) y una fiabilidad test-retest de .72 (Echeburúa, 1995; Vázquez et al., 2004). Cuenta también con un estudio de validación en población universitaria, donde se reporta igualmente una elevada consistencia interna (alpha de Cronbach entre .85 y .88) y una fiabilidad test-retest de .84 (Martín-Albo et al., 2007). El protocolo de este cuestionario se puede consultar en el anexo 4.

***Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 1977).*** Es un inventario multidimensional auto-informado compuesto por 90 ítems que evalúan diversas manifestaciones psicopatológicas. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4 (0 = nada en absoluto, 1 = un poco, 2 = moderadamente, 3 = bastante, 4 = mucho o extremadamente), según se hayan experimentado cada uno de ellos durante la semana previa a la aplicación de la prueba. La versión utilizada en este estudio es la adaptación española realizada por González de Rivera et al. (2002).

El SCL-90-R evalúa nueve dimensiones sintomatológicas primarias: Somatización (SOM), Obsesividad/ compulsividad (OBS), Sensibilidad interpersonal (INT), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSI); aparte, incluye siete ítems adicionales (pérdida del apetito, aumento del apetito, insomnio de conciliación, alteraciones en el mantenimiento del sueño, despertar prematuro, sentimientos de culpa y pensamientos de muerte). Los resultados permiten obtener un perfil sintomatológico así como tres índices globales de malestar: índice general sintomático (GSI), índice de distrés de síntomas positivos (PSDI) y total de síntomas positivos (TPS). El GSI es el indicador más claro del nivel de malestar ya que combina información del número de síntomas y de la intensidad del malestar. El GSI es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global. Este índice es el cociente de la división entre el total de los valores asignados a los elementos y el número total de ítems. El valor de este índice oscila entre 0 y 4. Se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$GSI = \frac{\sum \text{de todos los ítems}}{90}$$

La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma está clasificado en una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima). Las puntuaciones directas se pueden transformar en puntuaciones *T* con una media de 50 y desviación típica 10.

A continuación se definen brevemente cada una de las dimensiones (tomado de González de Rivera, et al., 2002):

1. Somatización (12 ítems): Incluye síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal, alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular.



2. Obsesividad-compulsividad (10 ítems): Recoge conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.

3. Sensibilidad interpersonal (9 ítems): Los síntomas de esta dimensión se refieren a sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

4. Depresión (13 ítems): Recoge síntomas propios de los trastornos depresivos. Incluye vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.

5. Ansiedad (10 ítems): Los ítems de esta dimensión se refieren a las manifestaciones clínicas de la ansiedad (sudoración, nerviosismo, temblores, taquicardia, etc.), tanto generalizada como aguda. Incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicosomáticas.

6. Hostilidad (6 ítems): Valora pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

7. Ansiedad fóbica (7 ítems): Esta dimensión pretende valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida. Están más representados y tienen mayor peso en esta dimensión, los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que los típicos de la fobia simple.

8. Ideación paranoide (6 ítems): Esta dimensión recoge distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación.

Incluye características como suspicacia, centralismo auto-referencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

9. Psicoticismo (10 ítems): Los síntomas que componen esta dimensión configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidea y la esquizotipia leve hasta la psicosis florida. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

El SCL-90-R es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para medir la sintomatología psicopatológica en población clínica y general. Ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en varios estudios con diversas poblaciones y cuenta con adaptación española. Se reportan coeficientes de consistencia interna altos con valores entre .81 y .90 y una adecuada fiabilidad temporal con valores entre .78 y .90, con un intervalo test-retest de una semana (Derogatis, 1977; González de Rivera et al., 2002). También se cuenta con un estudio de validación realizado con estudiantes universitarios, donde se encontró una fiabilidad aceptable, con unos coeficientes de consistencia interna de las nueve dimensiones primarias y del GSI, que oscilaron entre .69 y .97 (Caparrós-Caparrós et al., 2007).

Los valores de referencia para cada una de las dimensiones correspondientes al estudio realizado por González de Rivera et al. (2002) y al estudio de Caparrós-Caparrós, et al. (2007) con estudiantes universitarios, se presentan a continuación:

Tabla 2

*Valores de referencia de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R según el tipo de población*

Dimensiones sintomáticas	Media Población general N = 530*	DE	Media Población Psiquiátrica N = 219*	DE	Media Población estudiantes N = 1277**	DE
SOM	0.55	0.55	1.67	1.03	0.65	0.56
OBS	0.60	0.51	1.42	0.99	1.05	0.65
INT	0.45	0.44	1.87	0.99	0.88	0.65
DEP	0.72	0.55	1.61	1.03	0.89	0.67

ANS	0.52	0.49	1.64	0.97	0.66	0.57
HOS	0.45	0.53	1.18	1.04	0.66	0.62
FOB	0.25	0.36	1.04	1.05	0.29	0.41
PAR	0.47	0.50	1.33	1.03	0.77	0.66
PSI	0.21	0.30	1.03	0.91	0.41	0.45
GSI	0.51	0.36	1.49	0.84	0.71	0.48

*Nota.* SOM: Somatización, OBS: Obsesividad-compulsividad, INT: Sensibilidad interpersonal, DEP: Depresión, ANS: Ansiedad, HOS: Hostilidad, FOB: Ansiedad fóbica, PAR: Ideación paranoide, PSI: Psicoticismo, GSI: índice de severidad global.

\*Adaptado de “SCL-90-R.Cuestionario de 90 Síntomas” por González de Rivera, J., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002), TEA Ediciones. Madrid.

\*\* Adaptado de “Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios” por Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., y Viñas-Poch, F. (2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), p. 786.

***Inventario para la depresión de Beck- BDI-II*** (Segunda Edición; Beck, Steer y Brown, 1996). Esta segunda versión del *Beck Depression Inventory* es el instrumento más utilizado internacionalmente tanto en la práctica profesional como en la investigación para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes (con una edad mínima de 13 años) en poblaciones normales y clínicas. Respecto a la versión inicial, ésta fue ajustada específicamente para cubrir todos los criterios diagnósticos de trastornos depresivos propuestos por el DSM-IV (APA, 1994). El BDI-II consta de 21 ítems, en cada uno de los cuales la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y posteriormente se suma la puntuación de cada ítem para obtener una puntuación total que oscila entre 0 a 63. En los casos en que la persona elige más de una alternativa en un ítem dado, se toma la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. El manual original del BDI-II (Beck et al., 1996) propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión *mínima*, 14-19 depresión *leve*, 20-28 depresión *moderada* y 29-63 depresión *severa*.

En este estudio se utilizó la adaptación española de la segunda edición BDI-II (Sanz y Vázquez, 2011). Este inventario presenta propiedades psicométricas adecuadas, así como validez convergente, discriminante y predictiva. Las investigaciones sobre la fiabilidad han demostrado que tiene una buena consistencia interna ( $0.87 < \alpha < 0.93$ ) y validez convergente (Dozois et al., 1998; Sanz y Vázquez, 2011). También cuenta con un estudio de validación con estudiantes universitarios (Sanz et al., 2003a).

## **Procedimiento**

Para seleccionar la muestra de estudiantes se asistió a diversas clases de la Facultad de Psicología para explicar el proyecto y solicitar la participación voluntaria de los estudiantes. Para reclutar los estudiantes de grado se acudió a varios de los grupos de alumnos matriculados en segundo y tercer año de carrera. Para captar los estudiantes de postgrado se difundió la información (tanto presencialmente como de forma virtual) dentro de los alumnos matriculados en cualquier año de Doctorado en la Facultad de Psicología y algunos máster tanto propios como oficiales (Máster en Terapia Cognitivo Social (MTCS), Máster Universitario en Psicología General Sanitaria y Máster de Actualización en Psicopatología Clínica).

Los estudiantes que aceptaron participar fueron citados a una entrevista individual de dos horas en la que se diligenció el consentimiento informado y se recogieron los datos sociodemográficos. Posteriormente se aplicó la TRI y luego los participantes respondieron el resto de cuestionarios de forma autónoma en presencia del investigador, quien se encontraba disponible para aclarar las dudas en caso de ser necesario. Cabe mencionar que en el momento de la evaluación tanto los estudiantes de grado como de postgrado no tenían conocimiento de la forma de aplicación de la técnica de la rejilla, en algunos grupos principalmente del postgrado en MTCS únicamente habían recibido conocimientos teóricos

sobre el modelo de constructos pero la metodología del instrumento no permite la manipulación debido a que se construye con el sujeto a través de una entrevista individual semiestructurada. Los demás instrumentos que fueron utilizados para evaluar el malestar pude que sean de conocimiento por la mayoría de los estudiantes debido a su amplia utilización, pero en este caso cuando se explicaron los objetivos del estudio y se firmo el consentimiento informado se hizo énfasis en la importancia de la sinceridad en el momento de contestar los cuestionarios.

Los participantes fueron evaluados entre 2012 y 2015 por estudiantes de grado de la Facultad de Psicología o del Máster en Terapia Cognitivo Social de la Universidad de Barcelona. Todos los evaluadores fueron entrenados previamente en la administración de la TRI.

### **Análisis de datos**

Para el análisis de los datos de la TRI se utilizó el programa RECORD en su versión 5.0 (Feixas et al., 2012 a) el cual proporciona los indicadores correspondientes para los índices de construcción de sí mismo y de estructura cognitiva. Así mismo, se utilizó el programa SPSS versión 21 para los análisis generales de los datos.

Aunque mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov se encontró que los datos no cumplen rigurosamente los criterios de normalidad en la mayoría de las variables, se aplicaron análisis paramétricos teniendo en cuenta que al trabajar con muestras relativamente grandes se mantiene la robustez de los estadísticos utilizados.

Con el objetivo de analizar las posibles diferencias en las medidas de malestar psicológico, construcción de sí mismo, estructura y conflictos cognitivos entre las tres muestras, se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes. Para cada grupo de análisis se realizaron comparaciones dos a dos, es decir, se compararon las medidas de los

estudiantes inicialmente con las de la muestra comunitaria y luego con las puntuaciones obtenidas por la muestra clínica. No se realizaron comparaciones entre la muestra comunitaria y la clínica debido a que no hace parte de los objetivos de este estudio, teniendo en cuenta que ya existen estudios previos donde se reporta información de estas dos poblaciones (Feixas et al., 2004; Feixas et al, 2009b; Pucurull, 2015; Trujillo, 2016 ).

Se utilizó también el estadístico *t* de Student para establecer diferencias entre las variables continuas según el género, el nivel de estudios y la presencia/ausencia de CD y DIs.

Con la finalidad de establecer las relaciones entre los índices de la rejilla y las puntuaciones de las diferentes escalas que evalúan malestar psicológico, se utilizó el coeficiente de correlación producto momento de Pearson, así como para establecer la relación entre la edad y los diversos índices derivados de la TRI.

También se exploraron las posibles asociaciones entre la presencia/ausencia de CD y DIs, las posibles combinaciones de conflictos cognitivos y el género de los participantes utilizando el estadístico Chi-cuadrado.

Para explorar el impacto de la edad sobre las posibles combinaciones de conflictos cognitivos se llevó a cabo un análisis ANOVA de un factor.

Adicionalmente, para medir la estabilidad de las medidas de la TRI, se utilizó el coeficiente de Spearman, estimando las asociaciones entre las puntuaciones del test y el retest.

En todas las pruebas estadísticas realizadas se estableció el nivel de confianza del 95% para rechazar la hipótesis nula; sin embargo, debido a que a lo largo de este estudio se realizaron múltiples comparaciones, se utilizó la corrección de Bonferroni para cada grupo de análisis realizados, informando en cada caso el valor corregido de alfa con el que se valoraron los resultados obtenidos. Sin embargo, al momento de evaluar las condiciones de aplicación

de las pruebas estadísticas, como por ejemplo en lo referido a la prueba de Levene se mantuvo la significación en  $p < .05$ .

Además de la significación estadística, se tuvo en cuenta el tamaño del efecto asociado en cada una de las pruebas realizadas, con los siguientes valores de referencia:

- Para los coeficientes de correlación (Pearson y Spearman) el tamaño del efecto se apreció por medio de la  $r^2$ . Los valores de referencia son: para .01 a .08, pequeño; .09 a .24, medio y para .25 o superior, grande (Cohen, 1988).
- Para las comparaciones bivariadas realizadas con la  $t$  de Student el tamaño del efecto se apreció por medio de la  $d$ , cuyos valores de referencia según Cohen (1988) son: para .20 a .49, efecto pequeño; para .50 a .79, medio y para .80 o superior, grande.
- Para Chi cuadrado el tamaño del efecto se apreció por medio de la  $V$  de Cramer. Los valores de referencia (para grados de libertad = 1) son: para .10 a .29, efecto pequeño; para .30 a .49 medio y para .50 o más, grande (Cohen, 1988).
- Para el ANOVA el tamaño del efecto se apreció por medio de la  $\eta^2$ . Los valores de referencia propuestos por Cohen (1988) son: para .01 a .05, efecto pequeño; para .06 a .13, medio y para .14 o superior, grande.

Para medir la magnitud de las correlaciones también se tuvieron en cuenta los criterios de (Cohen, 1988), considerando que: una correlación entre .10 y .30 es débil; una correlación entre .30 y .50 es moderada y una  $>.50$  es alta.

### **Consideraciones éticas**

Antes de iniciar el proyecto fue sometido a evaluación por parte de la Comisión de Bioética de la *Universitat de Barcelona*. (1R800003099) (ver anexo 5). Durante el desarrollo del mismo se siguieron los principios éticos generales de la práctica de investigación en psicología estipulados por el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos de

Cataluña (COPC, 1989) y las recomendaciones de Del Rio (2005). De esta manera, cada uno de los participantes firmó, después de recibir información exhaustiva del proyecto y aceptar participar, un consentimiento informado en el que se expresaba su participación voluntaria, así como el manejo y confidencialidad de la información (ver anexo 6). Así mismo, todos los investigadores o colaboradores que participaron en el proceso de recogida, custodia, almacenamiento y análisis de la información se comprometieron por escrito a no utilizar los datos de carácter personal a los que tenía acceso en el ejercicio de las funciones que les fueron asignadas, para cualquier otro fin ajeno al mismo, así como a no ceder ni revelar información a terceras personas. En cualquier caso, todos los integrantes de este proyecto se adecuaron a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, que desarrolla dicha Ley. (BOE, 1999).





## **Capítulo 4. Resultados**



A continuación se presentan los resultados del estudio, cada apartado corresponde con los objetivos y las hipótesis planteadas:

**1. Estadísticos descriptivos y comparaciones de las medidas de construcción del sí mismo, de estructura y conflictos cognitivos en una muestra de estudiantes, comunitaria y clínica**

A continuación se presentan los resultados descriptivos del estudio, incluyendo las puntuaciones encontradas en los diversos índices derivados de la TRI y las diferencias entre los estudiantes de psicología y los datos ya disponibles de una muestra comunitaria y otra clínica (tabla 3 y 4).

Para comparar las puntuaciones medias obtenidas por las tres muestras se utilizó el estadístico *t* de Student para muestras independientes realizando comparaciones dos a dos (estudiantes- comunitaria, estudiantes- clínica). Los resultados de la prueba de Levene, para comprobar la condición de homocedasticidad en las diferentes variables, permitieron la realización de los análisis correspondientes, con valores de  $p > .05$ . El valor del alfa corregido según el método de Bonferroni para este grupo de análisis fue .004 ( $\alpha = .05/11$ ).

Tabla 3

*Estadísticos descriptivos y comparación de los índices derivados de la TRI entre la muestra de estudiantes y la comunitaria*

	Estudiantes <i>n</i> = 183 Media (DE)	Comunitaria <i>n</i> = 117 Media (DE)	<i>gl</i>	<i>t</i>	(IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
Dis.Yo-Ideal	0.26(0.10)	0.23(0.09)	298	2.23	0.00, 0.05	.026	0.31
Dis.Yo-Otros	0.23(0.06)	0.21(0.06)	298	2.01	0.00, 0.03	.045	0.33
Dis.Ideal-Otros	0.24(0.06)	0.22(0.06)	298	2.23	0.00, 0.03	.027	0.33
PVEPF	41.91(10.74)	42.93(11.88)	298	-0.76	-3.99, 1.23	.444	-0.09
Polarización	26.51(11.92)	28.11(15.79)	298	-0.99	-3.90, 2.30	.318	-0.11
Indefinición	6.95(6.42)	7.97(6.95)	298	-1.29	-2.67, 0.42	.195	-0.15
PCD	7.16 (9.24)	6.86 (9.65)	298	0.27	-2.02, 2.38	.787	0.03
PDI	0.99 (1.71)	0.70 (1.78)	298	1.41	-0.21, 0.64	.158	0.16

*Nota.* DE: Desviación estándar, Dis.: Discrepancia, PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos, *gl*: Grados de

libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: Significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

Tabla 4

*Estadísticos descriptivos y comparación de los índices derivados de la TRI entre la muestra de estudiantes y la clínica*

	Estudiantes <i>n</i> =183 Media(DE)	Clínica <i>n</i> =131 Media (DE)	<i>gl</i>	<i>t</i>	(IC 95%)	<i>p</i>	<i>d</i>
Dis. Yo-Ideal	0.26(0.10)	0.37 (0.13)	312	-8.13	-0.13, -0.08	.000*	0.94
Dis. Yo- Otros	0.23(0.06)	0.26 (0.07)	312	-3.45	-0.04, -0.01	.001*	0.46
Dis. Ideal-Otros	0.24 (0.06)	0.26 (0.08)	312	-2.64	-0.03, -0.00	.009	0.28
PVEPF	41.91(10.74)	43.68 (11.48)	312	-1.39	-4.25, 0.73	.166	-0.15
Polarización	26.51(11.92)	27.38 (14.70)	312	-0.57	-3.82, 2.10	.568	-0.06
Indefinición	6.95(6.42)	12.78(8.11)	312	-7.09	-7.44, -4.21	.000*	-0.80
PCD	7.14 (9.24)	11.84(14.0)	312	-3.56	-7.28, -2.11	.000*	-0.39
PDI	0.99 (1.71)	1.47 (2.46)	312	-2.05	-0.94, -0.01	.044	-0.22

*Nota.* DE: Desviación estándar, Dis. : Discrepancia, PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos, *gl*: Grados de libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: Significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto. \* Valor con significancia estadística (alfa corregida: .004)

En las medidas de construcción de sí mismo, se observaron discrepancias algo superiores de los estudiantes con respecto a la muestra comunitaria, con un tamaño del efecto pequeño pero sin resultar estas diferencias estadísticamente significativas. Entre los estudiantes y la muestra clínica se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distancia yo-ideal [ $t(312) = -8.13, p = .000$ ], siendo mayor en la muestra clínica, con un tamaño del efecto grande ( $d = 0.94$ ). Así mismo, se encontró diferencia en la distancia yo-otros [ $t(312) = -3.45, p = .001$ ], aunque con un tamaño del efecto pequeño ( $d = 0.46$ ), siendo mayores en la muestra clínica.

En las medidas de estructura cognitiva, se encontraron puntuaciones similares en el PVEPF (cerca al 42%) y el índice de polarización (cerca al 27%) en las tres muestras. El porcentaje de puntuaciones intermedias conocido como índice de indefinición fue más bajo en los estudiantes y en la muestra comunitaria (sin presentarse diferencias estadísticamente significativas). Por su parte, en la muestra clínica el porcentaje fue más alto (cerca al 13%),

mostrando diferencias estadísticamente significativas con los estudiantes [ $t(312) = -7.02, p = .000$ ], con un tamaño del efecto grande ( $d = 0.80$ ).

El porcentaje de constructos dilemáticos fue cercano al 7% en los estudiantes y en la muestra comunitaria y un poco más elevado en la muestra clínica (12%), evidenciando diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes y la muestra clínica [ $t(312) = -3.56, p = .000$ ], aunque con un tamaño del efecto pequeño ( $d = 0.39$ ). Respecto al porcentaje de dilemas implicativos, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las tres muestras, encontrando un valor inferior en la muestra comunitaria (0.70%), en los estudiantes un 0.99 % y un porcentaje ligeramente más elevado en la muestra clínica, donde alcanzó un 1.47%.

Para complementar los análisis, se realizaron tablas de contingencia dos a dos y el cálculo del estadístico Chi-cuadrado para establecer las diferencias en la presencia de conflictos cognitivos. Aunque los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de constructos dilemáticos entre los estudiantes y la muestra clínica  $X^2(1, N = 314) = 4.971, p = .026, V$  de Cramer = .12, ni tampoco entre los estudiantes y la muestra comunitaria  $X^2(1, N = 300) = 0.000, p = .983, V$  de Cramer = .001, se encontró una tendencia a un mayor porcentaje (efecto pequeño) de participantes que presentaron CDs en la muestra clínica (69%), comparado con cerca de la mitad de los estudiantes y de la muestra comunitaria (56%) que presentaron CDs (ver figuras 3).

Con respecto a la presencia de dilemas implicativos tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiante y la muestra clínica  $X^2(1, N = 314) = .044, p = .834, V$  de Cramer = .12. Igualmente, al comparar el porcentajes de DI de la muestra de estudiantes con el de la comunitaria no se presentaron diferencias significativas  $X^2(1, N = 300) = 5.799, p = .016, V$  de Cramer = .13, con un tamaño del efecto pequeño. Se

identificó que cerca del 50% de la muestra clínica y de estudiantes presentaron DIs, siendo inferior este porcentaje en la muestra comunitaria (35%) (ver figura 4).

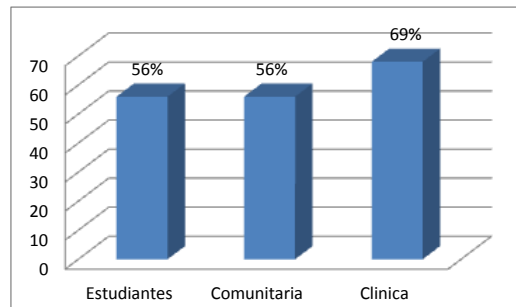


Figura 3. Presencia de CD en las tres muestras

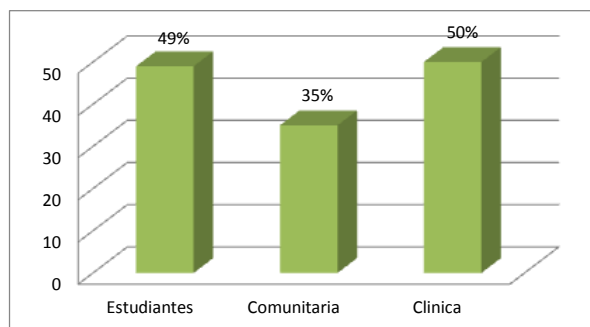


Figura 4. Presencia de DI en las tres muestras

Al analizar las diferencias en las combinaciones de conflicto cognitivo (ver figura 5) a través del estadístico Chi-cuadrado no se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes y la muestra clínica  $X^2(1, N = 314) = 5.128, p = .163, V$  de Cramer = .12. El pequeño tamaño del efecto de esta comparación podría indicar una tendencia a que haya menos estudiantes libres de conflicto y más con solo DIs. Al comparar la muestra de estudiantes con la comunitaria si se encontraron diferencias significativas  $X^2(1, N = 300) = 14.683, p = .002, V$  de Cramer = 0.22, aunque con un tamaño del efecto pequeño. El nivel de

conflictividad general (presencia de CD y presencia de DI) fue ligeramente más elevado en la muestra clínica (cerca del 33%) que en la muestra comunitaria y de estudiantes, donde se observaron porcentajes similares (cerca del 26%). Así mismo, son menos los participantes de la muestra clínica libres de conflicto sobre todo en comparación a la muestra comunitaria. Aquí los estudiantes quedan en un nivel intermedio.

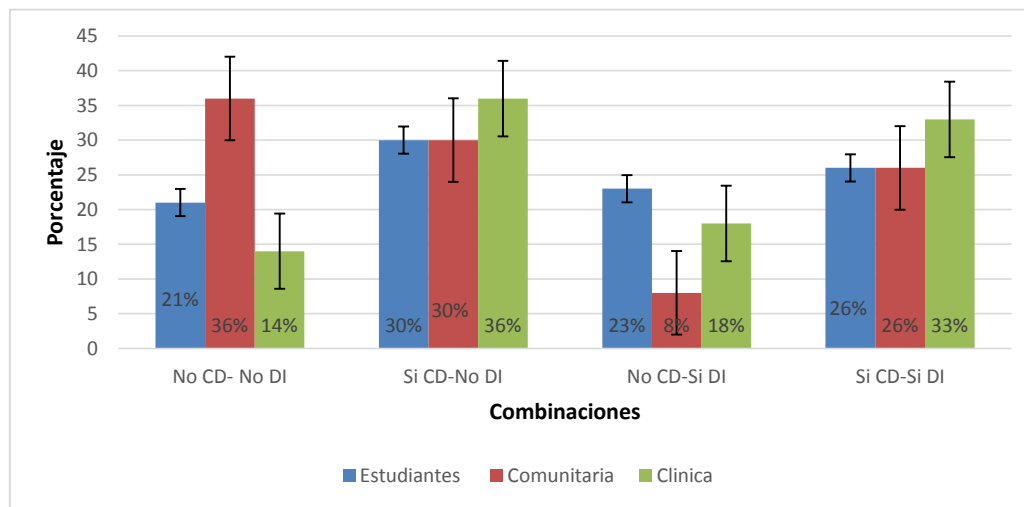


Figura 5. Combinación de conflictos cognitivos en las tres muestras

## 2. Estadísticos descriptivos y diferencias en las medidas de malestar psicológico (SCL-90-R y CORE- OM), los síntomas depresivos y el nivel de autoestima en las tres muestras

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de los cuestionarios que se emplearon para medir el malestar psicológico (SCL-90-R y CORE- OM), los síntomas depresivos y el nivel de autoestima y se analizan las diferencias entre los tres grupos. Para este análisis se realizaron comparaciones dos a dos utilizando el estadístico *t* de Student para muestras independientes. En todas las variables fue posible asumir la igualdad de las



varianzas con un valor de  $p > .05$ . El valor del alfa corregido según el método de Bonferroni para este grupo de análisis fue de .002 ( $\alpha = .05/18$ ).

### **2.1. SCL-90-R**

Teniendo en cuenta que la escala no pretende ser un test diagnóstico, no se estableció un punto de corte discriminativo entre estados normales y patológicos. Para la interpretación de los resultados se utilizaron las puntuaciones de severidad en las diferentes dimensiones psicopatológicas reportada por los autores para cada una de las poblaciones correspondientes (González de Rivera et al., 2002; Caparrós, et. al, 2007). Las cuales pueden consultarse en la tabla 2 (p. 81).

Como se observa en figura 6, los estudiantes obtuvieron puntuaciones ligeramente superiores a la muestra comunitaria en la mayoría de las dimensiones psicopatológicas, aunque ninguno de los valores obtenidos superó los valores promedio descritos en el estudio de Caparrós-Caparrós et al. (2007). La muestra clínica obtuvo puntuaciones más elevadas en todas las escalas, aunque únicamente las dimensiones de OBS y DEP superan los valores promedio establecidos para población clínica planteados por Derogatis, 1994; adaptación española de González de Rivera et al. (2002).

Como se aprecia en la tabla 5, las puntuaciones más elevadas en la muestra clínica se observaron en las dimensiones de DEP ( $M = 1.80$ ), OBS ( $M = 1.58$ ) y ANS ( $M = 1.45$ ). En la muestra de estudiantes las puntuaciones mayores se encontraron igualmente en las dimensiones de DEP ( $M = 0.62$ ) y OBS ( $M = .59$ ) y adicionalmente también se presentan puntuaciones elevadas en las dimensiones INT ( $M = 0.56$ ), SOM ( $M = .47$ ) y ANS ( $M = 0.43$ ). Así mismo, en la muestra comunitaria la puntuación más elevada fue en la dimensión DEP ( $M = 0.49$ ), seguida de las dimensiones INT ( $M = 0.45$ ) y OBS ( $M = 0.43$ ).

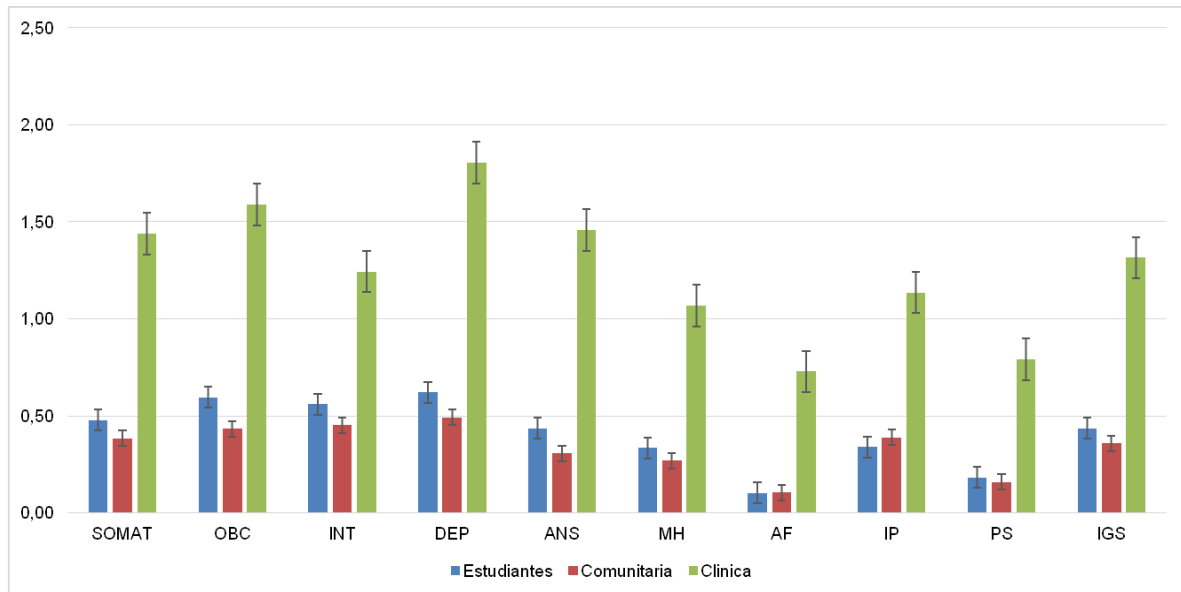


Figura 6. Puntuaciones medias en las dimensiones del SCL-90-R en las tres muestras.

Teniendo en cuenta que el valor del alfa corregido según el método de Bonferroni, fue .002, al comparar los resultados de los estudiantes y la muestra comunitaria, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones ni en el GSI. Sin embargo, cabe observar que en las escalas DEP, OBS y ANS las puntuaciones más elevadas de los estudiantes muestran un tamaño del efecto pequeño. En cambio, al comparar las puntuaciones entre la muestra de estudiantes y la clínica si se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones sintomáticas y en el GSI con valores de  $p = .000$  y tamaños del efecto grandes ( $d > .90$ ).

Tabla 5

*Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones del SCL-9-R entre las muestras comunitaria, clínica y de estudiantes*

Dimensiones sintomáticas	Estudiantes n = 176 Media (DE)	Comunitaria n = 114 Media (DE)	Clínica n = 123 Media (DE)	Estadísticos									
				comparación estudiantes-comunitaria					comparación estudiantes-clínica				
				gl	t	IC 95%	p	d	gl	t	IC 95%	p*	d
SOM	0.47 (0.46)	0.38 (0.35)	1.43 (0.91)	288	1.85	-0.00, 0.19	.065	0.22	297	-11.89	-1.11, -0.80	.000	-1.33
OBS	0.59 (0.53)	0.43 (0.36)	1.58 (1.25)	288	2.84	0.04, 0.27	.005	0.35	297	-9.40	-1.20, -0.78	.000	-1.03
INT	0.56 (0.50)	0.45 (0.37)	1.24 (0.82)	288	1.97	0.00, 0.21	.049	0.25	297	-8.85	-0.83, -0.53	.000	-1.00
DEP	0.62 (0.57)	0.49 (0.39)	1.80 (0.88)	288	2.08	0.03, 0.28	.038	0.26	297	-14.06	-1.35, -1.00	.000	-1.59
ANS	0.43 (0.42)	0.30 (0.30)	1.45 (0.86)	288	2.81	0.07, 0.25	.005	0.35	297	-13.59	-1.17, -0.87	.000	-1.50
HOS	0.33 (0.40)	0.26 (0.36)	1.06 (0.82)	288	1.44	-0.03, 0.21	.151	0.18	297	-10.16	-0.87, -0.59	.000	-1.13
FOB	0.10 (0.21)	0.10 (0.18)	0.72 (0.88)	288	-.03	-0.04, 0.04	.969	0.00	297	-9.01	-0.76, -0.48	.000	-0.96
PAR	0.33 (0.43)	0.38 (0.36)	1.13 (0.80)	288	-1.00	-0.14, 0.47	.318	-0.12	297	-11.04	-0.93, -0.65	.000	-1.24
PSI	0.18 (0.27)	0.15 (0.25)	0.79 (0.63)	288	0.70	-0.04, 0.08	.482	0.11	297	-11.35	-0.71, -0.50	.000	-1.25
GSI	0.43 (0.35)	0.35 (0.26)	1.31 (0.62)	288	1.95	-0.00, 0.15	.052	0.25	297	-15.54	-0.99, -0.76	.000	-1.74

*Nota.* DE: Desviación estándar, SOM: Somatización, OBS: Obsesividad-compulsividad, INT: Sensibilidad interpersonal, DEP: Depresión, ANS: Ansiedad, HOS: Hostilidad, FOB: Ansiedad fóbica, PAR: Ideación paranoide, PSI: Psicoticismo, GSI: Índice de severidad global, gl: Grados de libertad, t: Prueba t de Student, IC: Intervalo de confianza, p: Significancia, d: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.\* Valores con significancia estadística (alfa corregida: .002)

## 2.2. CORE-OM

La puntuación total del CORE-OM tanto en la muestra de estudiantes como en la comunitaria se ubicó por debajo del punto de corte sugerido para la población clínica (1.0) lo que indica un nivel de funcionamiento general entre saludable y leve (Evans et al, 2002). Esta misma interpretación se aplica para las dimensiones de problemas/síntomas y riesgo. Las dimensiones que superaron el punto de corte clínico tanto en los estudiantes como en la muestra comunitaria fueron; bienestar subjetivo, funcionamiento y la puntuación total sin tener en cuenta los ítems de riesgo.

Se obtuvieron puntuaciones medias ligeramente superiores en casi todas las dimensiones en la muestra de estudiantes (tabla 6). En la dimensión de problemas y síntomas la superioridad de los estudiantes alcanzó un efecto pequeño. En la dimensión de funcionamiento se presentaron puntuaciones ligeramente superiores en la muestra comunitaria. Sin embargo, teniendo en cuenta que el valor del alfa corregido según el método de Bonferroni fue .002, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones.

Tabla 6

*Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones del CORE-OM entre la muestra de estudiantes y la comunitaria*

Dimensión	Estudiantes (n = 159) Media (DE)	Comunitaria (n = 83) Media (DE)	gl	t	IC (95%)	p	d
Bienestar subjetivo	1.54(0.71)	1.46 (0.79)	240	0.75	-0.12, 0.27	.448	0.10
Problemas/ Síntomas	0.86(0.56)	0.70 (0.47)	240	2.13	0.01, 0.29	.034	0.30
Funcionamiento	1.15(0.71)	1.29 (0.84)	240	-1.35	-0.34, 0.06	.176	0.10
Riesgo	0.04(0.16)	0.04 (0.17)	240	-0.04	-0.04, 0.04	.964	0.00
Todos menos riesgo	1.08(0.52)	1.06 (0.51)	240	0.26	-0.12, 0.15	.789	0.03
Total	0.90(0.43)	0.88 (0.43)	240	0.28	-0.10, 0.13	.780	0.04

*Nota.* DE: Desviación estándar, gl: Grados de libertad, t: Prueba t de Student, IC: Intervalo de confianza, p: Significancia, d: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

No se reportan datos del funcionamiento general en la muestra clínica, ya que en el estudio de Pucurull (2015) no se incluyó este cuestionario dentro de las medidas de evaluación utilizadas.

## **2.2. BDI-II**

Los resultados indican que la puntuación media de los estudiantes ( $M = 6.64$ ;  $DE = 6.61$ ) y de la muestra comunitaria ( $M = 5.64$ ;  $DE = 4.45$ ) se ubicó en un rango de depresión mínima, con valores muy por debajo del punto de corte sugerido para este nivel. Por su parte, en la muestra clínica la media se encuentra en un rango de depresión moderada ( $M = 22.86$ ;  $DE = 11.89$ ), según los puntos de corte sugeridos por Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera (2014).

Se aplicó la prueba  $t$  de Student para establecer diferencias en el nivel de depresión entre los estudiantes y la muestra comunitaria, y entre éstos y la clínica. Teniendo en cuenta que el valor corregido del alfa fue .002, al comparar las puntuaciones de la muestra de estudiantes y la comunitaria no se encontraron diferencias significativas con valores de [ $t(290) = 1.43$ ,  $p = .153$ ], IC al 95% de [-0.37, 2.38] y  $d = 0.17$ . Entre las puntuaciones de la muestra de estudiantes y la clínica se encontraron diferencias estadísticamente significativas [ $t(305) = -15.21$ ,  $p = .000$ ] con un IC al 95% de [-18.31, -14.12], con un tamaño del efecto grande ( $d = -1.68$ ).

## **2.4. EAR**

En la escala de autoestima las puntuaciones de los estudiantes ( $M = 32.97$ ;  $DE = 4.87$ ) y de la muestra comunitaria ( $M = 32.41$ ;  $DE = 7.51$ ) se ubicaron en un rango de autoestima adecuada, teniendo en cuenta que la media establecida es de 32.53 ( $DE = 3.92$ ) para los

hombres y de 31.14 ( $DE = 4.55$ ) para las mujeres, según el estudio con muestra de estudiantes realizado por Martín-Albo et al. (2007).

Al utilizar la prueba  $t$  de Student no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes y la muestra comunitaria con un valor de [ $t(289) = 0.40, p = .690$ ], IC al 95% de [-1.08, 1.63],  $d = 0.08$ .

No se reportan datos del nivel de autoestima en la muestra clínica ya que en el estudio de Pucurull (2015) no se incluyó este cuestionario dentro de las medidas de evaluación utilizadas.

### **3. Diferencias entre hombres y mujeres en las medidas cognitivas, el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima en la muestra de estudiantes**

Para comparar las diferencias en las puntuaciones medias obtenidas por hombres y mujeres en cada uno de los índices de la TRI y en las diferentes medidas de malestar psicológico en la muestra de estudiantes, se realizaron contrastes a través del estadístico  $t$  de Student para muestras independientes. En todas las variables fue posible asumir la igualdad de las varianzas con un valor de  $p > .05$ . El valor del alfa corregido según el método de Bonferroni para este grupo de análisis fue .004 ( $\alpha = .05/11$ ).

Los resultados indican que las puntuaciones de los estudiantes en los índices derivados de la TRI son similares entre hombres y mujeres, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ningún índice (ver tabla 7). En todos los casos la diferencia fue mínima, ubicando el valor de cero dentro de los intervalos de confianza calculados. El estadístico de contraste fue superior al valor crítico ( $p > .004$ ), por lo que no es posible rechazar la hipótesis nula. Sin embargo, se observa que las mujeres presentan una leve tendencia hacia una mayor polarización, aunque con un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 7

*Estadísticos descriptivos y comparación en los índices cognitivos derivados de la TRI entre hombres y mujeres en la muestra de estudiantes*

Medidas	Hombres (n = 36) Media (DE)	Mujeres (n = 147) Media (DE)	gl	t	IC 95%	p	d
Dis. Yo-ideal	0.26 (0.10)	0.26(0.09)	181	-0.14	-0.03, 0.03	.888	0.00
Dis. Yo-Otros	0.23(0.06)	0.23(0.06)	181	-0.27	-0.02, 0.01	.782	0.00
Dis. Ideal-Otros	0.25(0.05)	0.24(0.06)	181	1.27	-0.00, 0.03	.206	0.18
PVEPF	40.93(7.76)	42.16(11.35)	181	-0.61	1.99, -5.18	.539	-0.13
Polarización	22.24(10.40)	27.56(12.07)	181	-2.43	-9.63, -1.00	.016	-0.47
Indefinición	8.47(6.34)	6.59(6.40)	181	1.58	-0.46, 4.23	.114	0.29
PCD	9.30(9.42)	6.61(9.16)	181	1.57	-0.68, 6.07	.117	0.29
PDI	1.34(2.26)	0.91(1.55)	181	1.37	-0.19, 1.06	.171	0.22

*Nota.* DE: Desviación estándar, Dis: discrepancia, PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos. Dif: diferencia, IC: Intervalo de confianza, t: prueba t de Student, gl: grados de libertad, p: significancia, d: estadístico para la estimación del tamaño del efecto.\* Valor con significancia estadística (alfa corregida: .004)

Posteriormente, se realizó una tabla de contingencias y el cálculo del estadístico Chi-cuadrado para establecer si existían diferencias entre hombre y mujeres en la presencia de conflictos cognitivos en la muestra de estudiantes. Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de CDs, con valor de  $X^2(1, N=181) = 4.627, p = .031, V$  de Cramer = 0.15. Sin embargo, se observa que los hombres son los que presentan un mayor porcentaje de constructos dilemáticos (72%), aunque el tamaño del efecto fue pequeño. Con relación a la presencia de DI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres [ $X^2(1, N=181) = 0.069, p = .793, V$  de Cramer = 0.02] (ver figura 7).

Igualmente, se analizó la posible relación entre el género y las diferentes combinaciones en la presencia de conflictos cognitivos, aunque el nivel de conflictividad general (presencia tanto de CD y DI) es ligeramente mayor en los hombres (30%) con respecto a las mujeres (25%) y hay menos hombres sin conflicto cognitivo (11%) que mujeres

(23%), con un tamaño del efecto pequeño, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre géneros [ $\chi^2(1, N = 181) = 5.113, p = .164, V$  de Cramer = 0.17] (figura 8).

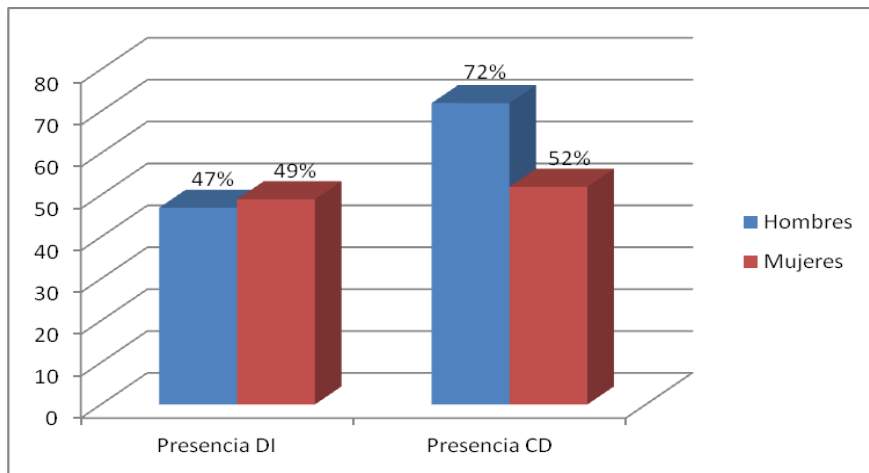


Figura 7. Presencia de conflictos cognitivos en hombres y mujeres

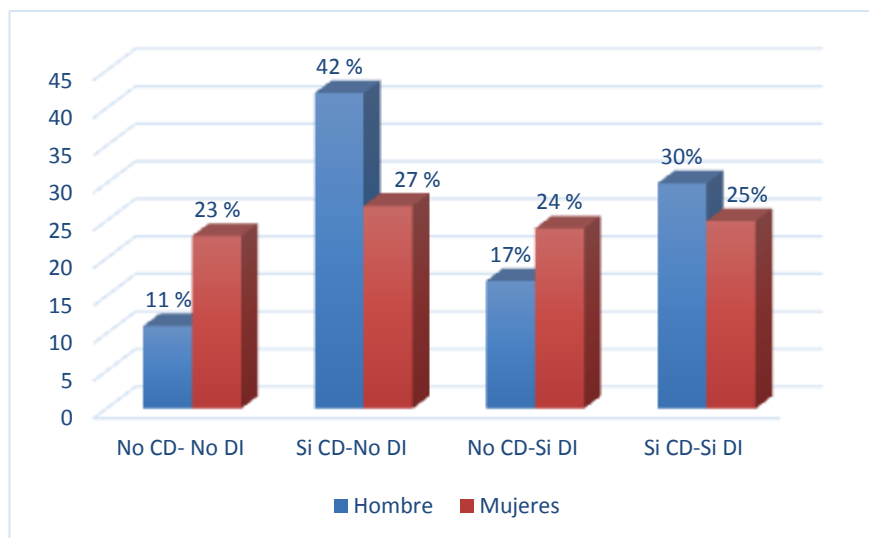


Figura 8. Combinación de conflictos cognitivos en hombres y mujeres

Finalmente, se realizaron contrastes con el estadístico  $t$  de Student para determinar si existían diferencias entre hombres y mujeres en las variables que indican malestar psicológico (sintomatología psicopatológica, funcionamiento general), los síntomas depresivos y el nivel de autoestima. Como se observa en las tablas 8, 9, 10 y 11, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las variables, con



valores de  $p > .004$ . Sin embargo, las mujeres presentaron puntuaciones levemente superiores a los hombres en el funcionamiento general, el nivel de depresión, el GSI y en la mayoría de las dimensiones que miden síntomas psicopatológicos, alcanzando un tamaño del efecto medio en la escala SOM. Por otro lado, en el nivel de autoestima se encontraron puntuaciones levemente superiores en los hombres.

Las tres dimensiones psicopatológicas del SCL-90-R que presentaron mayor puntuación en las mujeres fueron: DEP ( $M = 0.64$ ), OBS ( $M = 0.59$ ) y SOM ( $M = 0.52$ ), mientras que en los hombre fueron: OBS ( $M = 0,60$ ), DEP ( $M = 0.54$ ), y INT ( $M = 0.51$ ).

A continuación se presentan las tablas con las diferencias entre hombre y mujeres en las diversas medidas de malestar psicológico:

Tabla 8

*Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R entre hombres y mujeres en estudiantes*

Dimensiones sintomáticas	Hombres $n = 34$ Media (DE)	Mujeres $n = 142$ Media (DE)	*Población Estudiantes $N = 1277$ Media (DE)	$gl$	$t$	IC 95%	$p$	$d$
SOM	0.31 (0.32)	0.52 (0.49)	0.65 (0.57)	174	-2.41	-0.38;-0.03	.017	0.50
OBS	0.60 (0.62)	0.59 (0.51)	1.05 (0.65)	174	0.13	-0.18; 0.21	.893	0.01
INT	0.51 (0.54)	0.57 (0.50)	0.88 (0.65)	174	-0.62	-0.25; 0.12	.530	0.11
DEP	0.54 (0.62)	0.64 (0.57)	0.89 (0.67)	174	-0.87	-0.31; 0.12	.383	0.17
ANS	0.40 (0.39)	0.44 (0.43)	0.66 (0.57)	174	-0.54	-0.20; 0.11	.584	0.09
HOS	0.32 (0.43)	0.34 (0.40)	0.66 (0.62)	174	-0.26	-0.17; 0.13	.788	0.04
FOB	0.10 (0.18)	0.10 (0.22)	0.29 (0.41)	174	0.06	-0.07; 0.08	.952	0.00
PAR	0.36 (0.42)	0.33 (0.43)	0.77 (0.66)	174	0.27	-0.14; 0.18	.786	0.07
PSI	0.19 (0.33)	0.18 (0.26)	0.41 (0.45)	174	0.30	-0.08; 0.12	.765	0.03
GSI	0.39 (0.37)	0.44 (0.35)	0.71 (0.48)	174	-0.76	-0.18; 0.08	.448	0.14

*Nota.* DE: Desviación estándar, SOM: Somatización, OBS: Obsesividad-compulsividad, INT: Sensibilidad interpersonal, DEP: Depresión, ANS: Ansiedad, HOS: Hostilidad, FOB: Ansiedad fóbica, PAR: Ideación paranoide, PSI: Psicoticismo, GSI: Índice de severidad global,  $gl$ : Grados de libertad,  $t$ : Prueba  $t$  de Student, IC: Intervalo de confianza,  $p$ : Significancia,  $d$ : Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

\*Adaptado de “Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios” por Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., y Viñas-Poch, F. (2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), p. 786.

Tabla 9

*Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones del CORE-OM entre hombres y mujeres en estudiantes*

Dimensión	Hombres (n = 30) Media (DE)	Mujeres (n = 129) Media (DE)	gl	t	IC 95%	p	d
Bienestar subjetivo	1.38 (0.68)	1.58 (0.73)	157	-1.33	-0.48; 0.09	.184	0.28
Problemas/Síntomas	0.79 (0.56)	0.88 (0.57)	157	-0.79	-0.31; 0.13	.426	0.15
Funcionamiento	1.12 (0.65)	1.16 (0.73)	157	-0.28	-0.32; 0.24	.777	0.05
Riesgo	0.02 (0.05)	0.05 (0.18)	157	-1.13	-0.10; 0.02	.260	0.23
Todos menos riesgo	1.02 (0.45)	1.10 (0.54)	157	-0.80	-0.29; 0.12	.423	0.16
Total	0.84 (0.36)	0.92 (0.45)	157	-0.86	-0.25; 0.09	.393	0.20

*Nota.* DE: Desviación estándar, *gl*: Grados de libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

Tabla 10

*Estadísticos descriptivos y comparación las puntuaciones en el BDI-II entre hombres y mujeres en estudiantes*

	Hombres (n = 34) Media (DE)	Mujeres (n = 142) Media (DE)	gl	t	IC 95%	p	d
BDI-II	6.29 (7.62)	6.73 (6.38)	174	-0.34	-2.93, 2.06	.734	0.06

*Nota.* DE: Desviación estándar, *gl*: Grados de libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

Tabla 11

*Estadísticos descriptivos y comparación en la Escala de Autoestima Rosenberg (EAR) entre hombres y mujeres en estudiantes*

	Hombres (n = 33) Media (DE)	Mujeres (n = 142) Media (DE)	gl	t	IC 95%	p	d
EAR	33.58 (5.18)	32.82 (4.80)	173	0.79	-1.10, 2.61	.426	0.15

*Nota.* DE: Desviación estándar, *gl*: Grados de libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

#### 4. Relación entre la edad y las medidas de construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en la muestra de estudiantes

Para analizar la relación entre la edad y las medidas derivadas de la TRI se calcularon correlaciones producto-momento de Pearson (tabla 12). Considerando que el valor del alfa corregido según el método de Bonferroni fue .004 ( $\alpha = .05/11$ ), no se identificó ninguna correlación estadísticamente significativa entre la edad y las diferentes medidas derivadas de la TRI, además en todos los casos el tamaño del efecto fue pequeño ( $r^2 < .09$ ).

No se exploró la relación entre la edad y las medidas que evalúan el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima debido a que en la mayoría de los estudios previos revisados nos se reporta relación entre estas variables.

Tabla 12

*Correlación entre la edad y los índices de la Técnica de Rejilla Interpersonal (TRI)*

Medidas	Edad		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>
Discrepancia Yo-ideal	.02	.811	0.00
Discrepancia Yo-Otros	-.11	.153	0.01
Discrepancia Ideal-Otros	.08	.262	0.00
PVEPF	.12	.092	0.01
Polarización	.03	.634	0.00
Indefinición	.06	.434	0.00
PCD	-.07	.341	0.00
PDI	.13	.073	0.01

*Nota.* PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos, *r*: Correlación producto momento de Pearson, *p*: Significancia., *r*<sup>2</sup>: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

Adicionalmente, se analizó la diferencia entre la media de la edad entre las personas que presentaban y no presentaban alguno de los dos tipos de conflicto cognitivo (tabla 13). En este caso, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas con valores de *p*  $> .004$ .

Tabla 13

*Comparación por edad entre la presencia y ausencia de constructos dilemáticos (CD) y dilemas implicativos (DI)*

	Ausencia			Presencia			<i>gl</i>	<i>t</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	Media	DE	<i>n</i>	Media	DE					
CD	80	26.22	6.65	103	25.56	6.36	181	0.68	-1.24, 2.57	0.495	0.10
DI	93	25.20	5.71	90	26.52	7.15	181	-1.37	-3.20, 0.57	0.170	0.20

*Nota.* DE: Desviación estándar, CD: Constructos dilemáticos, DI: Dilemas Implicativos, *gl*: Grados de libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: Significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

Posteriormente, se realizó un análisis ANOVA de un factor para evaluar la relación entre la edad y las diferentes combinaciones de conflicto cognitivo. Los resultados de la prueba de Levene, para comprobar la condición de homocedasticidad en las diferentes combinaciones, permitieron la realización de este análisis ( $p = .362$ ). Considerando que el valor del alfa corregido fue .004, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las diversas combinaciones del conflicto según la edad  $F(1, 181) = 160.150, p = .284, \eta^2 = .02$ , con un tamaño del efecto pequeño. Teniendo en cuenta estos resultados se podría concluir que no existe relación entre la edad y las medidas derivadas de la TRI.

### **5. Relación entre las medidas cognitivas estudiadas y las que evalúan malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) en la muestra de estudiantes**

Se analizó la relación entre las medidas cognitivas derivadas de la TRI y las puntuaciones medias de los dos cuestionarios con los que se evaluó el malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM). Las relaciones se establecieron a través del coeficiente de correlación producto momento de Pearson. Adicionalmente, se aplicó el estadístico *t* de Student para analizar las diferencias en las dimensiones y en las puntuaciones globales

evaluadas por los instrumentos utilizados, según la presencia o ausencia de conflictos cognitivos (CD y DI). Para el contraste de estos datos se comprobó previamente la igualdad de varianzas en todas las variables y se corrigió el valor del alfa siguiendo el procedimiento de Bonferroni para cada grupo de variables.

Tabla 14

*Correlaciones entre los índices de la TRI y la puntuación total de las escalas que miden el malestar psicológico en la muestra de estudiantes*

		SCL-90-R (GSI) (n = 176)	CORE-OM Total (n = 159)
Dis. yo-ideal	Correlación de Pearson	.15	.04
	<i>p</i>	.014	.596
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0.02	0.00
Dis. yo-otros	Correlación de Pearson	.22*	.14
	<i>p</i>	.003	.062
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0.05	0.01
Dis. ideal-otros	Correlación de Pearson	.07	.07
	<i>p</i>	.295	.384
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0.00	0.00
PVEPF	Correlación de Pearson	-.01	.10
	<i>p</i>	.912	.172
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0.00	0.01
Polarización	Correlación de Pearson	.05	.01
	<i>p</i>	.443	.887
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0.00	0.00
Indefinición	Correlación de Pearson	.15	.06
	<i>p</i>	.039	.454
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0.02	0.00
PCD	Correlación de Pearson	.13	.04
	<i>p</i>	.071	.620
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0.01	0.00
PDI	Correlación de Pearson	.07	-.00
	<i>p</i>	.333	.973
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0.00	0.00

*Nota:* Dis: discrepancia., PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos. *p*: Significancia estadística, *r*<sup>2</sup>: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.\* Valor con significancia estadística (alfa corregida: .004).

### 5.1. Relación entre los índices de la TRI y las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R

Al explorar la relación entre las medidas derivadas de la TRI y el GSI del SCL-90-R, teniendo en cuenta que el valor del alfa corregido fue .005 ( $\alpha = .05/10$ ), únicamente se encontró una relación significativas y baja, entre el GSI y discrepancia yo-otros, con un tamaño del efecto muy pequeño, como se puede observar en la tabla 14.

Al analizar las diferencias entre el nivel de sintomatología psicopatológica general según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos (tabla 15 ), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en el caso de la presencia/ausencia de CDs, el tamaño del efecto pequeño encontrado en este contraste, sugiere una tendencia hacia mayores puntuaciones en el GSI cuando la persona presenta CDs.

Tabla 15

*Diferencias en la sintomatología psicopatológica(GSI) según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos*

	Ausencia			Presencia			<i>gl</i>	<i>t</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	Media	<i>DE</i>	<i>n</i>	Media	<i>DE</i>					
CD	76	0.36	0.26	100	0.48	0.40	174	-2.17	-0.22, 0.01	.031	0.33
DI	90	0.41	0.39	86	0.46	0.30	174	-0.92	-0.15, 0.05	.357	0.13

*Notas:* *DE:* Desviación estándar, *CD:* constructos dilemáticos, *DI:* Dilemas implicativos, *gl:* Grados de libertad, *t:* Prueba *t* de Student, *IC:* Intervalo de confianza, *p:* Significancia, *d:* Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

### 5.2. Relación entre los índices de la TRI y las dimensiones sintomáticas del CORE-OM

Al explorar la relación entre las medidas derivadas de la TRI y el CORE-OM, teniendo en cuenta que el valor del alfa corregido fue .005 ( $\alpha = .05/10$ ), no se encontraron relaciones significativas entre ninguna de las variables (ver tabla 14). Al analizar las

diferencias entre el nivel de funcionamiento general evaluado por el CORE-OM según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos (tabla 16), tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 16

*Diferencias en nivel de funcionamiento general (CORE-OM) según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos*

	Ausencia			Presencia			<i>gl</i>	<i>t</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	Media	<i>DE</i>	<i>n</i>	Media	<i>DE</i>					
CD	82	0.88	0.42	77	0.91	0.45	157	-0.43	-0.16, 0.10	.662	0.06
DI	82	0.91	0.44	77	0.88	0.43	157	0.44	-0.10, 0.16	.654	0.07

*Nota.* *DE:* Desviación estándar, *CD:* Constructos Dilemáticos, *DI:* Dilemas implicativos, *gl:* Grados de libertad, *t:* Prueba *t* de Student, *IC:* Intervalo de confianza, *p:* Significancia, *d:* Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

**6. Relación entre los síntomas depresivos, las medidas cognitivas evaluadas por TRI, las medidas que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) y el nivel de autoestima en una muestra de estudiantes de psicología.**

Para evaluar la relación entre los síntomas depresivos (BDI-II), los índices derivados de la TRI, las variables que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) y el nivel de autoestima (EAR), se estableció un valor de alfa corregido según el método de Bonferroni de .003 ( $\alpha = .05/14$ ). Las relaciones significativas que se describen a continuación y se pueden observar en la tabla 17.

Tabla 17

*Correlaciones entre los síntomas depresivos (BDI-II), los índices de la TRI y las medidas de malestar psicológico en la muestra de estudiantes*

	BDI-II Puntaje total	<i>p</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>
Discrepancia Yo-Ideal	.31*	.000	0.09
Discrepancia Yo-Otros	.30*	.000	0.09
Discrepancia Ideal-Otros	.09	.203	0.00
PVEPF	.02	.794	0.00
Polarización	.08	.250	0.00

Indefinición	-.01	.906	0.00
PCD	.07	.351	0.00
PDI	.15	.038	0.02
SCL-90-R (GSI)	.75*	.000	0.56
CORE-OM (Total)	.57*	.000	0.32
EAR	-.60*	.000	0.36

*Nota.* PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos. *p*: Significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto. \* Valor con significancia estadística. (alfa corregida: .003).

Al establecer las relaciones entre la puntuación media del inventario de depresión BDI-II y las medidas derivadas de la TRI, únicamente se encontraron relaciones significativas y moderadas, con un tamaño del efecto medio, entre la puntuación de esta escala y la distancia yo-ideal, así como la distancia yo-otros.

Para completar estos análisis se establecieron las diferencias entre los síntomas depresivos según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos. Como se observa en la tabla 18 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en el caso de la presencia/ausencia de DIs, el tamaño del efecto pequeño encontrado en este contraste, sugiere una tendencia hacia mayores puntuaciones en el BDI-II cuando la persona presenta DIs.

Tabla 18

*Diferencias en el BDI-II según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos*

	Ausencia			Presencia			<i>gl</i>	<i>t</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	Media	DE	<i>n</i>	Media	DE					
CD	76	5.95	5.92	100	7.17	7.08	174	-1.21	-3.20, 0.76	.226	0.18
DI	90	5.43	6.16	86	7.91	6.87	174	-2.51	-4.41, -0.53	.013	0.38

*Nota.* DE: Desviación estándar, CD: Constructos Dilemáticos, DI. Dilemas implicativos, *gl*: Grados de libertad, *t*: prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: Significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

Al explorar la relación entre el BDI-II y las escalas que evalúan malestar psicológico, se encontraron relaciones significativas y altas, con un tamaño del efecto grande, con el nivel de sintomatología psicopatológica evaluado por el GSI del SCL-90-R ( $r = .75$ ;  $p = .000$ ,  $r^2 =$



0.56) y el nivel de funcionamiento general medido por el CORE-OM ( $r = .57$ ;  $p = .000$ ,  $r^2 = 0.32$ ).

Al establecer la relación entre el BDI-II y el nivel de autoestima medido por la escala Rosenberg (EAR), se encontró una relación significativa, negativa y alta ( $r = -.60$ ;  $p = .000$ ), con un tamaño del efecto grande ( $r^2 = 0.36$ ).

### 7. Relación entre el nivel de autoestima, los índices derivados de la TRI y las medidas que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) en la muestra de estudiantes de psicología

Para evaluar la relación entre la escala de autoestima Rosenberg (EAR), los índices derivados de la TRI y las variables que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM), se estableció un valor de alfa corregido según el método de Bonferroni de .004 ( $\alpha = .05/12$ ). Las relaciones significativas que se describen a continuación se pueden observar en la tabla 19.

Tabla 19

*Correlaciones entre el nivel de autoestima (EAR), los índices de la TRI y las medidas de malestar psicológico en la muestra de estudiantes*

	EAR ( $n = 175$ )	$p$	$r^2$
Discrepancia Yo-Ideal	-.42*	.000	0.17
Discrepancia Yo-Otros	-.22*	.002	0.05
Discrepancia Ideal-Otros	-.02	.717	0.00
PVEPF	.05	.469	0.00
Polarización	.15	.043	0.02
Indefinición	.01	.904	0.00
PCD	-.01	.944	0.00
PDI	-.16	.032	0.02
SCL-90-R (GSI)	-.52*	.000	0.27
CORE-OM (Total)	-.37*	.000	0.14

*Nota.* PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos. \* Valor con significancia estadística (alfa corregido:.004).

Se encontró una relación negativa, significativa, moderada y con un tamaño del efecto medio, entre la puntuación total del EAR y la distancia yo-ideal. Así mismo, se encontró una relación significativa y negativa, aunque débil y con un tamaño del efecto pequeño, entre la puntuación de la EAR y la discrepancia yo-otros.

Al analizar las diferencias entre las puntuación de esta escala de autoestima según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos (ver tabla 20), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en el caso de la presencia/ausencia de DIs, el pequeño tamaño del efecto identificado en este contraste, sugiere una tendencia hacia menores puntuaciones en autoestima cuando la persona presenta DIs.

Tabla 20

*Diferencias en la autoestima (EAR) según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos*

	Ausencia			Presencia			<i>gl</i>	<i>t</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	Media	DE	<i>n</i>	Media	DE					
CD	76	33.00	5.06	99	32.94	4.74	173	0.08	-1.41, 1.53	.935	0.01
DI	89	33.88	4.58	86	32.02	5.00	173	2.55	0.42, 3.28	.011	0.38

*Nota.* DE: Desviación estándar, CD: Constructos Dilemáticos, DI. Dilemas implicativos, *gl*: Grados de libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: Significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

Al relacionar las puntuaciones de la escala de autoestima con las escalas que miden malestar psicológico se encontró una relación significativa, negativa y alta, con un tamaño del efecto grande, entre la EAR y el nivel de sintomatología psicopatológica medido por el SCL-90-R (GSI). Así mismo, se encontró una relación significativa, negativa y moderada ( $r = -.37$ ;  $p = .000$ ), con un tamaño del efecto medio ( $r^2 = 0.14$ ), entre la EAR y el funcionamiento general medido por el CORE-OM.

## 8. Diferencias en las medidas cognitivas, el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima entre las sub-muestras de estudiantes de grado y de postgrado

Para empezar se realizó un análisis descriptivo de algunas de las variables socio-demográficas de los estudiantes de grado y de postgrado como se observa en la tabla 21. Posteriormente se presentan los estadísticos descriptivos de los índices de la TRI y las diferencias entre estas dos sub-muestras. Seguidamente se reportan los estadísticos descriptivos de cada una de las medidas de malestar y las diferencias encontradas entre los estudiantes de grado y de postgrado.

Tabla 21

*Género y edad de la muestra de estudiantes según nivel de estudios*

	Grado <i>n</i> = 96 (52.5%)	Postgrado <i>n</i> = 87 (47.5%)	Total N = 183 (100%)
<b>Género</b>			
Hombres (%)	11 (11.5)	25 (28.7)	36 (19.6)
Mujeres (%)	85 (88.5)	62 (71.3)	147 (80.3)
<b>Edad</b>			
Media (DE)	22.61 (3.17)	29.43 (7.28)	25.85 (6.47)
Rango	19-45	21-59	19-59

*Nota. DE:* Desviación estándar.

Con respecto al estado civil de los participantes, el 95 % de los estudiantes de grado son solteros y el 5% casados, mientras que en los de postgrado el 83% son solteros, el 15% son casados y el 2% divorciados.

El valor de alfa corregido según el método de Bonferroni para este grupo de análisis se estableció para cada una de las variables medidas a través de los diferentes instrumentos de evaluación utilizados y se reporta en cada tabla.

Como se puede observar en la tabla 22, en la mayoría de medidas de la TRI no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los estudiantes de grado y postgrado, a excepción del PCD donde se observan medidas ligeramente superiores en los estudiantes de grado con un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 22

*Estadísticos descriptivos de los índices derivados de la TRI en estudiantes de grado y de postgrado*

Medidas	Grado (n = 96) Media (DE)	Postgrado (n = 87) Media (DE)	gl	t	IC 95%	p	d
Dis. Yo-ideal	0.26 (0.09)	0.26(0.10)	181	-0.55	-0.36, 0.02	.579	0.00
Dis. Yo-Otros	0.24(0.06)	0.23(0.06)	181	1.46	-0.00, 0.03	.144	0.16
Dis. Ideal-Otros	0.23(0.06)	0.25(0.49)	181	-1.79	-0.03, 0.00	.074	-0.05
PVEPF	41.67(11.00)	42.19(10.49)	181	-0.33	-3.67, 2.62	.741	-0.04
Polarización	27.41(11.75)	25.53(12.11)	181	1.06	-1.60, 5.36	.289	0.15
Indefinición	7.55(6.80)	6.31(5.93)	181	1.30	-0.63, 3.11	.192	0.19
PCD	9.00(10.09)	5.09(7.76)	181	2.88	1.27, 6.56	.004*	0.43
PDI	0.99(1.73)	0.99(1.70)	181	-0.03	-0.51, 0.49	.969	0.00

*Nota.* DE: Desviación estándar, Dis.: Discrepancia, PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos, gl: Grados de libertad, t: Prueba t de Student, IC: Intervalo de confianza, p: Significancia, d: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.\* Valor con significación estadística (alfa corregida: 0.05/11 =.004).

Posteriormente, se realizó una tabla de contingencias y el cálculo del estadístico Chi-cuadrado para establecer si existen diferencias entre los estudiantes de grado y de postgrado en la presencia de conflictos cognitivos. Como se observa en la figura 9, la presencia de CD es mayor en los estudiantes de grado (62%) en comparación con los de postgrado (50%), aunque considerando el valor del alfa corregido (.004), no es posible afirmar que esta diferencia sea estadísticamente significativa,  $\chi^2(1, N=181) = 2.646, p = .104, V$  de Cramer = 0.12. Respecto a la presencia de DI, tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas,  $\chi^2(1, N = 181) = 0.429, p = .512, V$  de Cramer = 0.48.

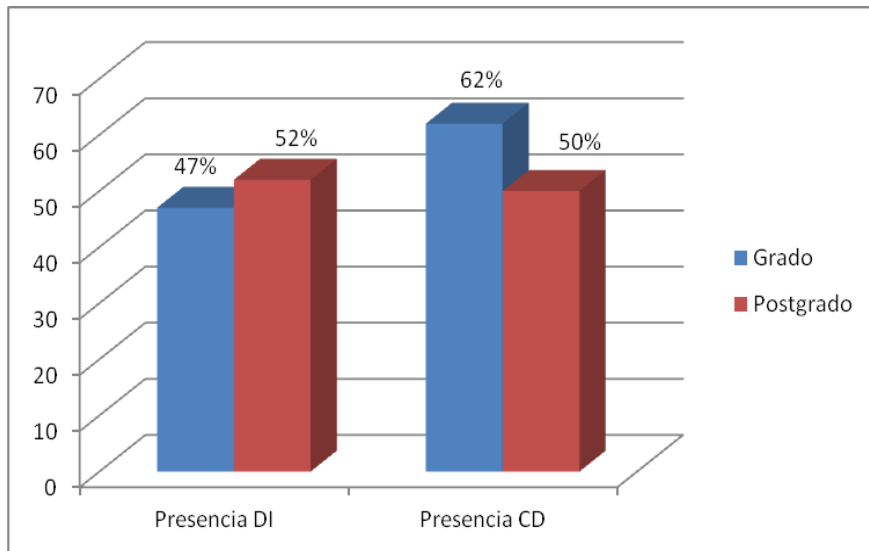


Figura 9. Presencia de CD y DI en estudiantes de grado y de postgrado

En referencia a las posibles combinaciones en la presencia de conflictos cognitivos (figura 10), tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de grado y de post grado,  $X^2(1, N = 181) = 8.953, p = .030, V$  de Cramer = .22, aunque con un efecto pequeño se evidencia que hay más estudiantes de postgrado con ausencia de conflictos y que los de grado destacan sobre todo por su mayor número de CDs.

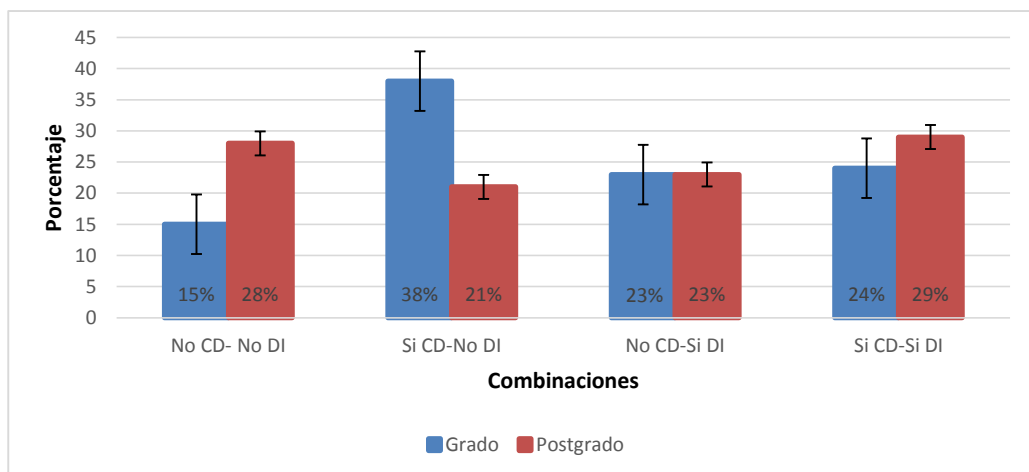


Figura 10. Posibles combinaciones de conflictos cognitivos en los estudiantes de grado y de postgrado

A continuación se presentan los resultados de las diferentes medidas de malestar psicológico en los estudiantes de grado y de postgrado y sus diferencias.

**SCL-90-R.** Como se observa en la tabla 23, las puntuaciones de los estudiantes tanto de grado como de postgrado en todas las dimensiones sintomáticas y en el GSI se encuentran por debajo del punto de corte para población de estudiantes universitarios, según lo reportado en el estudio de Caparrós et al. (2007). Teniendo en cuenta que el valor del alfa corregido según el método de Bonferroni fue .005 ( $\alpha = .05/10$ ), no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de grado y postgrado. Sin embargo, las puntuaciones de los estudiantes de grado en todas las dimensiones fueron ligeramente superiores, alcanzando un efecto pequeño en las dimensiones OBS, INT, ANS y en el GSI.

Tabla 23

*Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R entre los estudiantes de grado y de postgrado*

Dimensiones sintomáticas	Grado <i>n</i> = 93 Media (DE)	Postgrado <i>n</i> = 83 Media (DE)	<i>gl</i>	<i>t</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>d</i>
SOM	0.53 (0.50)	0.41 (0.41)	174	1.76	-0.01, 0.26	.080	0.26
OBS	0.67 (0.55)	0.49 (0.48)	174	2.27	0.02, 0.33	.024	0.34
INT	0.63 (0.49)	0.47 (0.50)	174	2.04	0.00, 0.30	.042	0.32
DEP	0.68 (0.58)	0.54 (0.55)	174	1.57	-0.03, 0.30	.118	0.24
ANS	0.50 (0.41)	0.36 (0.42)	174	2.19	0.01, 0.26	.030	0.33
HOS	0.37 (0.39)	0.28 (0.40)	174	1.42	-0.03, 0.20	.155	0.22
FOB	0.11 (0.20)	0.09 (0.21)	174	0.60	-0.04, 0.08	.548	0.09
PAR	0.38 (0.42)	0.29 (0.43)	174	1.43	-0.03, 0.22	.154	0.21
PSI	0.21 (0.29)	0.14 (0.25)	174	1.83	-0.00, 0.15	.068	0.25
GSI	0.49 (0.34)	0.37 (0.35)	174	2.27	0.01, 0.22	.024	0.34

*Nota.* DE: Desviación estándar, SOM: Somatización, OBS: Obsesividad-compulsividad, INT: Sensibilidad interpersonal, DEP: Depresión, ANS: Ansiedad, HOS: Hostilidad, FOB: Ansiedad fóbica, PAR: Ideación paranoide, PSI: Psicoticismo, GSI: Índice de severidad global, *gl*: Grados de libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: intervalo de confianza, *p*: Significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

**CORE-OM.** La mayoría de las dimensiones y los puntajes totales se ubicaron en un nivel entre *saludable* y *leve*, siendo ligeramente superiores los puntajes en los estudiantes de grado, como se observa en la tabla 24. En las dimensiones de bienestar subjetivo y funcionamiento las puntuaciones de los estudiantes tanto de grado como de postgrado superaron ligeramente el punto de corte para población clínica (1.0). Teniendo en cuenta que el valor del alfa corregido según el método de Bonferroni fue .008 ( $\alpha = .05/6$ ), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de grado y los de postgrado en las dimensiones de bienestar subjetivo,  $t(157) = 3.06, p = .003, d = .49$  y los puntajes totales de la escala,  $t(157) = 2.84, p = .005, d = .47$ , con tamaños del efecto pequeños. Lo anterior indica que los estudiantes de grado presentan peor funcionamiento general y mayor malestar general en comparación con los estudiantes de postgrado.

Tabla 24

*Estadísticos descriptivos y comparación en las dimensiones del CORE-OM entre los estudiantes de grado y de postgrado*

Dimensiones	Grado ( $n = 78$ ) Media (DE)	Postgrado ( $n = 81$ ) Media (DE)	<i>gl</i>	<i>t</i>	IC 95%	<i>p</i>	<i>d</i>
Bienestar subjetivo	1.71(0.65)	1.37 (0.73)	157	3.06	0.12, 0.56	.003*	0.49
Problemas/Síntomas	0.94 (0.57)	0.80 (0.59)	157	1.72	-0.02, 0.33	.087	0.24
Funcionamiento	1.29 (0.71)	1.01 (0.69)	157	2.49	0.05, 0.49	.014	0.39
Riesgo	0.05(0.20)	0.04 (0.11)	157	0.46	-0.03, 0.06	.643	0.06
Todos menos riesgo	1.20(0.49)	0.97 (0.52)	157	2.87	0.07, 0.39	.005*	0.45
Total	1.00(0.42)	0.80 (0.43)	157	2.84	0.05, 0.32	.005*	0.47

*Nota.* DE: Desviación estándar, *gl*: Grados de libertad, *t*: Prueba *t* de Student, IC: Intervalo de confianza, *p*: significancia, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.\* Valor con significancia estadística (alfa corregida: .008).

**BDI-II.** Los resultados indicaron que las medias de los estudiantes de grado ( $M = 7.71; DE = 7.31$ ) y de postgrado ( $M = 5.45; DE = 5.54$ ) se ubicaron en un rango de depresión mínima, con valores muy por debajo del punto de corte sugerido para este nivel. Teniendo en cuenta que el valor del alfa utilizado en esta caso fue de .05, se encontraron diferencias

estadísticamente significativas en las puntuaciones de los estudiantes de grado y de postgrado con un valor de  $t(174) = 2.29$ ,  $p = .023$ , *IC* al 95% [0.31-4.21], aunque con un tamaño del efecto pequeño ( $d = .35$ ).

**EAR.** En la escala de autoestima las puntuaciones de los estudiantes de grado ( $M = 32.39$ ;  $DE = 4.97$ ) y de postgrado ( $M = 33.62$ ;  $DE = 4.69$ ) indican un nivel de autoestima adecuado. Teniendo en cuenta que el valor del alfa utilizado en esta caso fue de .05, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes teniendo en cuenta el nivel de estudios,  $t(173) = -1.68$ ,  $p = .094$ , *IC* al 95% [-2.68-2.14]. Sin embargo, se observaron puntuaciones ligeramente inferiores en los estudiantes de grado con un tamaño del efecto pequeño ( $d = 0.25$ ).

En conclusión, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de grado y de postgrado, en el funcionamiento general y la presencia de síntomas depresivos, presentándose puntuaciones un poco más elevadas en los estudiantes de grado.

### 9. Fiabilidad de las puntuaciones obtenidas en la TRI mediante el método test-retest

Las características de género y edad de la muestra de estudiantes que participó en la evaluación test-retest se describen a continuación (tabla 25).

Tabla 25

*Género y edad de los participantes en el test-retest*

	Grado ( $n = 32$ )	Post Grado ( $n = 10$ )	Total ( $N = 42$ )
<b>Sexo</b>			
Hombres (%)	6 (2.52)	3 (1.26)	9 (3.78)
Mujeres (%)	26 (10.92)	7 (2.94)	33 (13.86)
<b>Edad</b>			
Media (DE)	22.42 (1.69)	27.58 (5.74)	23.74 (4.01)
Rango	20-26	21-43	20-43



Para explorar la estabilidad de las diversas medidas de la TRI se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, teniendo en cuenta que no fue posible asumir la normalidad en la distribución de las puntuaciones y que el tamaño de la muestra relativamente pequeño no permite mantener la robustez de los estadísticos paramétricos. Para este conjunto de comparaciones el alfa corregido según el método de Bonferroni fue de .005 ( $\alpha = .05/8$ ).

Como se observa en la tabla 26, las medidas de construcción del sí mismo evidencian una adecuada estabilidad temporal para sus tres índices ya que las correlaciones entre las puntuaciones del test y el retest fueron altas ( $.70 > \rho > .86$ ), significativas y con un tamaño del efecto grande en todos los casos ( $r^2 > .49$ ).

En las medidas de estructura cognitiva, igualmente se identificaron correlaciones entre el test y el retest altas ( $.87 > \rho > .66$ ), fueron significativas y con un tamaño del efecto grande ( $r^2 > .44$ ) en todos los índices de estructura cognitiva analizados.

En cuanto a los índices de conflicto cognitivo se encontró que la correlación entre test y el retest para el PCD fue alta, significativa y con un tamaño del efecto grande ( $r = .72$ ;  $p < .001$ ,  $r^2 > .52$ ), mientras que para el PDI la correlación fue moderada y no significativa ( $r = .31$ ;  $p = .005$ ); sin embargo, el tamaño del efecto fue mediano ( $r^2 = .10$ ), lo que podría sugerir también una tendencia hacia la estabilidad en esta medida.

Tabla 26

*Correlaciones entre las puntuaciones test y retest*

	Rho de Spearman	<i>p</i>	$r^2$
Dis.Yo-Ideal	.73*	.001	0.53
Dis.Yo-Otros	.70*	.001	0.49
Dis.Ideal-Otros	.86*	.001	0.74
PVEPF	.85*	.001	0.72
Polarización	.66*	.001	0.44
Indefinición	.87*	.001	0.76
PCD	.72*	.000	0.52
PDI	.31	.005	0.10

*Nota:* Dis: Disimilaridad, DE: Desviación estándar, PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos, *p*: Significancia, *r*<sup>2</sup>: estadístico para la estimación del tamaño del efecto \* Valor con significancia estadística (alfa corregida: .005).

Posteriormente se realizaron contrastes entre las puntuaciones medias del test y el retest en todos los índices analizados. Dada la ausencia de normalidad en la distribución de los datos y el reducido tamaño de la muestra, el estadístico para valorar estas diferencias fue la prueba de rangos de Wilcoxon y se utilizó la *r*<sup>2</sup> como estadístico para la estimación del tamaño del efecto. El alfa corregido según el método de Bonferroni fue de .006 ( $\alpha = .05/8$ ). Los resultados de dichas comparaciones se presentan en la tabla 27. Como se puede observar, no se evidencian diferencias significativas entre el test y el retest en ninguna de las medidas, lo cual nos señala la estabilidad a corto plazo de las mismas. Teniendo en cuenta un intervalo de tiempo entre una aplicación y otra de entre una semana y un mes.

Tabla 27

*Diferencias entre las puntuaciones medias del test y el retest*

	Media test	DE test	Media retest	DE retest	<i>z</i>	<i>p</i>	IC 95%	<i>d</i>
Dis. Yo-Ideal	.25	0.09	.26	0.13	-0.41	.677	0.07, 0.72	-0.08
Dis.Yo-Otros	.24	0.06	.25	0.08	-0.13	.898	0.10, 0.54	-0.14
Dis.Ideal-Otros	.23	0.07	.24	0.07	-1.40	.162	0.08, 0.40	-0.14
PVEPF	43.77	11.75	44.50	10.88	-0.71	.476	19.82, 70.76	-0.06
Polarización	26.65	11.10	24.92	12.28	-1.20	.230	0.28, 53.53	0.14
Indefinición	7.17	6.51	7.13	6.15	-0.42	.670	0.00, 25.00	0.00
PCD	8.87	9.92	7.80	8.96	-1.14	.253	0.00, 42.86	0.11
PDI	0.72	1.21	0.69	1.47	-0.62	.532	0.00, 6.22	0.02

*Nota:* Dis: Discrepancia, PVEPF: Porcentaje de varianza explicado por el primer factor, PCD: Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI: Porcentaje de dilemas implicativos, DE: Desviación estándar, *z*: Test de rangos de wilcoxon, *p*: Significancia, IC: Intervalo de confianza, *d*: Estadístico para la estimación del tamaño del efecto.

Para completar los análisis se examinó la estabilidad de la presencia de conflictos cognitivos. Mediante la construcción de tablas cruzadas y la utilización del estadístico Chi-cuadrado se analizaron las relaciones entre las frecuencias observadas y esperadas en ambos momentos de la aplicación de la TRI.

Al comparar los resultados del test y el retest respecto a la presencia de CD (tabla 28) se observa que un total de 34 personas (81%) mantuvieron estables sus puntuaciones en comparación con las 8 personas (19%) en las que se observó un cambio entre las dos aplicaciones. Entre las personas en las que se identificó estabilidad en la presencia de CD, el mayor porcentaje se encontró entre quienes sí los presentaban en la primera y segunda aplicación (50%) en comparación con quienes no los presentaban en ambas aplicaciones (30%). Entre quienes no se mantuvieron estables respecto a la presencia de CD, el mayor porcentaje estuvo entre quienes sí los presentaron en el test, pero no en el retest (11.9%) en contraste con quienes no los presentaron en el test, pero sí en el retest (7.1 %).

Tabla 28

*Frecuencias observadas en la presencia/ausencia de CD en el test y retest*

Frecuencia (%)	CD		Total
	Retest No	Retest Si	
Test No	13 (30.9)	3 (7.1)	16 (38)
Test Si	5 (11.9)	21 (50)	26 (61.9)

*Nota:* CD: constructos dilemáticos

Estos porcentajes sugieren estabilidad a corto plazo en la presencia de constructos dilemáticos, lo cual se confirma con los resultados de la prueba Chi-cuadrado, con corrección de continuidad de Yates,  $X^2(1, N = 42) = 15.55; p = .000$ ,  $V$  de Cramer = .609, indicando (con un tamaño del efecto grande) que el hecho de presentar o no CD inicialmente influye en el hecho de presentarlos en el retest.

Con respecto a la presencia de DI, como se observa en la tabla 29, 27 estudiantes (64.2%) fueron estables en el test y el retest, lo que representa un mayor porcentaje en

comparación con los 15 (35.7%) que cambiaron respecto a esta medida en los dos momentos de la aplicación. Entre las personas en las que se identificó estabilidad en la presencia de DI, el mayor porcentaje estuvo entre quienes no los presentaban ni en la primera ni en la segunda aplicación (45.2%), en comparación con quienes sí los presentaban en ambas aplicaciones (19%). Entre quienes no se mantuvieron estables respecto a la presencia de DI, el mayor porcentaje estuvo entre quienes sí los presentaron en el test, pero no en el retest (19%), en contraste con quienes no los presentaron en el test, pero sí en el retest (16%)

Tabla 29

*Frecuencias observadas en la presencia/ausencia de DI en el test y retest*

Frecuencia (%)	DI		Total
	Retest No	Retest Si	
Test No	19 (45.2)	7 (16.6)	26 (61.9)
Test Si	8 (19)	8 (19)	16 (30)

*Nota:* DI: Dilemas implicativo

Estos porcentajes sugieren poca estabilidad en esta medida, lo cual se confirma con los resultados de la prueba Chi-cuadrado, con corrección de continuidad de Yates,  $X^2(1, N = 42) = 2.297$ ;  $p = .130$ ,  $V$  de Cramer = .234, aunque permiten observar una cierta tendencia a la estabilidad, con un tamaño del efecto pequeño.



## **Capítulo 5. Discusión y conclusiones**



## Discusión

Existen varios estudios que comparan el malestar psicológico y los conflictos cognitivos en población comunitaria y en población clínica, pero se cuenta con muy poca información sobre la presencia y relación de estas variables en población de estudiantes universitarios. En correspondencia con los objetivos planteados en esta tesis doctoral, en primer lugar se revisan los resultados generales respecto a las medidas de construcción del sí mismo, la estructura y los conflictos cognitivos, en una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona* en comparación con los datos ya disponibles en una muestra de población comunitaria y otra clínica. Posteriormente, se presentan las diferencias en el nivel de malestar psicológico en estas tres poblaciones. Luego, se discute si se encontraron diferencias en las medidas cognitivas en la muestra de estudiantes en relación al género y la edad, así como la relación existente entre algunas variables que indican malestar psicológico, sintomatología depresiva, nivel de autoestima y las medidas cognitivas evaluadas a través de la técnica de la TRI. Así mismo, se discute si se encontraron diferencias en estas medidas en las sub-muestras de estudiantes de grado y de postgrado. Finalmente, se presentan datos sobre la estabilidad temporal de los diferentes índices de la TRI.

### **1. Comparaciones de las medidas de construcción del sí mismo, de estructura y conflictos cognitivos en una muestra de estudiantes, comunitaria y clínica**

En las medidas de construcción de sí mismo, en concordancia con la *hipótesis 1.1*, se observaron discrepancias algo superiores en los estudiantes con respecto a la muestra comunitaria, con un tamaño del efecto pequeño pero sin resultar estas diferencias estadísticamente significativas. Entre la muestra de estudiantes y la clínica, se encontraron mayores discrepancias yo-ideal y yo-otros entre estos elementos en la muestra clínica, con un



tamaño del efecto grande y pequeño respectivamente. Estos resultados no permiten confirmar la hipótesis 1.1 en su totalidad, ya que no se encontró mayor discrepancia ideal-otros en la muestra clínica.

Estos resultados son consistentes con los encontrados en estudios anteriores, por ejemplo, en el estudio Compañ et al. (2011), Feixas et al. (2008a), y Feixas et al. (2010) donde la muestra control presentaba puntuaciones medias en las correlaciones de Pearson más altas en los tres índices, en comparación con el grupo clínico, todas las correlaciones se ubicaban en el rango de moderadas a fuertes, resultados que podrían considerarse similares a los del presente estudio. A pesar de las diferencias en la metodología empleada para el cálculo de las discrepancias, distancias euclidianas en el presente estudio y correlaciones de Pearson producto-momento en estudios previos, la mayoría de los estudios mostraron diferencias en los índices de construcción del sí mismo entre las muestras clínicas y los controles. Aunque por ejemplo, en el estudio de Compañ (2010) no se encontraron diferencias en la discrepancia yo-otros, lo que difiere con los resultados de la presente investigación.

Se puede concluir que los participantes de la muestra de estudiantes y la comunitaria presentan una visión más positiva de sí mismos y se identifican más con los demás, en comparación con los participantes de la muestra clínica. Sin embargo, no se observan diferencias en la discrepancia ideal-otros entre las tres muestras, lo que podría indicar que en las tres poblaciones existe una visión relativamente positiva de los otros. Esto se podría explicar debido a que la percepción de los demás es un elemento que difiere menos según el tipo de población.

Respecto a la *hipótesis 1.2 y 1.3* no es posible confirmarlas, ya que los niveles de diferenciación cognitiva y el índice de polarización de los estudiantes, la muestra comunitaria y la muestra clínica son similares.

En este estudio el PVEPF fue similar en la muestra de estudiantes y en la comunitaria, y un poco más elevado en la muestra clínica. Los valores obtenidos fueron inferiores a los reportados en el estudio de Saúl et al. (2014) donde participó una muestra comunitaria. En comparación con estudios anteriores donde se reportan puntuaciones similares a las encontradas en este estudio como en Feixas et al. (2004), Feixas et al. (2008a) y en Soldevilla, et al. (2014).

Respecto a la polarización, el porcentaje obtenido en este estudio se aproxima a la probabilidad teórica calculada para una escala Likert de siete puntos. Estos resultados fueron superiores a los reportados en el estudio de Feixas et al. (2004) sobre diferenciación cognitiva donde la muestra control presentó una media más baja en comparación con la muestra clínica que presentó una media cercana a la encontrada por nosotros y a los publicados en Feixas et al. (2008a) sobre depresión unipolar, donde el grupo control y la muestra clínica presentaron un porcentaje de polarización cercano al 25 %. Este porcentaje es similar al reportado por Feixas et al. (2010) para la muestra no clínica, mientras que el valor obtenido en la muestra clínica fue cercano al encontrado en la presente investigación en este mismo tipo de muestra.

De esta manera, no se puede concluir que el nivel de diferenciación cognitiva y el índice de polarización presenten grandes variaciones según el tipo de muestra. Eso no excluye que si una persona evaluada aporta un valor del PVEPF cercano, por ejemplo, al 60%, ese grado de unidimensionalidad no resulte problemático. Igual podemos decir de porcentajes altos de polarización, o incluso de una persona que presenta una discrepancia ideal-otros muy elevada. Futuros estudios podrían abordar la cuestión con un enfoque que vaya más allá de la comparación de medias entre muestras, quizás identificando cuantos casos potencialmente problemáticos se dan en cada una.

Por otra parte, los resultados permiten confirmar la *hipótesis 1.4*, encontrando niveles de indefinición similares en la muestra de estudiantes y la comunitaria, y mayores en la muestra clínica, con un tamaño del efecto grande.

El porcentaje de indefinición fue cercano en la muestra de estudiantes y en la comunitaria y significativamente más alto en la muestra clínica. Sin embargo, los puntajes obtenidos siguen siendo bajos en compararlos con el valor teórico de probabilidad calculada para la puntuación media de cuatro puntos. Este bajo nivel de indefinición indica que la tendencia de las tres muestras fue situar los elementos en uno de los dos polos de los constructos elicitados en la rejilla. No hemos encontrado datos publicados que comparen este índice en diversas poblaciones en otros estudios.

Con respecto al porcentaje de conflicto cognitivo, se encontraron puntuaciones similares en el PDI en las tres muestras. Con relación al PCD, se encontraron porcentajes cercanos entre la muestra de estudiantes y la comunitaria, y un porcentaje más elevado en la muestra clínica, presentándose diferencias significativas con los estudiantes, aunque con un tamaño del efecto pequeño, resultados que permiten confirmar de forma parcial la *hipótesis 1.5*.

El porcentaje de DIs identificados en las dos muestras no clínicas fue bajo en comparación con otros estudios que incluyen muestras comunitarias o grupos control, por ejemplo, con el estudio de Saúl (2005); sin embargo, este porcentaje se explica por el hecho de que se tomó solo la muestra que presentaba al menos un DI. En el estudio de Dada et al. (2012) sobre desórdenes alimenticios en mujeres universitarias y en el de Soldevilla et al. (2014) se encontraron en el grupo control valores más cercanos a los obtenidos en el presente estudio. Por otra parte, el porcentaje de la muestra clínica aunque fue un poco más elevado, fue inferior al reportado en otras poblaciones, por ejemplo, en un grupo de mujeres maltratadas (Soldevilla, et al. 2014). Esta podría ser una razón por la que en este estudio la

diferencia con la muestra clínica no resulte significativa. Aunque si observamos las medias, vemos que los estudiantes puntuaron un poco por encima de la muestra comunitaria. También es importante resaltar las elevadas desviaciones estándar que arroja este índice que nos reflejan una gran variabilidad en todas las muestras. Ello nos sugiere que hay que atender a los DIs si se presentan con porcentajes notables, independientemente de la muestra en la que surjan, y sin que puedan considerarse marcadores de psicopatología.

El PCD identificado en la muestra de estudiantes y en la comunitaria fue cercano y un poco más elevado en la muestra clínica, aunque los porcentajes obtenidos son bajos en comparación con otros estudios que incluyeron muestras comunitarias o grupos control (en aquellos que informaban de la proporción de CD en lugar del porcentaje de CD se multiplicó por 100), por ejemplo, en el estudio de Feixas et al. (2009b). Sin embargo, en el estudio de Dada et al. (2012) el porcentaje reportado se aproxima más al obtenido por los estudiantes y la muestra comunitaria en el presente estudio y es inferior al obtenido por la muestra clínica.

De igual forma, no es posible confirmar la *hipótesis 1.6*, ya que por una parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de participantes que presentaban CDs en las comparaciones realizadas entre las muestras, aunque se encontró una tendencia a un mayor porcentaje en la muestra clínica. En efecto, un poco más de la mitad de los participantes de la muestra de estudiantes y de la comunitaria los presentan, y cerca del 70% de la muestra clínica, resultados que concuerdan con los reportados por Saúl (2005; ver también Feixas et al., 2009b), tampoco en ese caso las diferencias alcanzaron la significación estadística.

Con respecto a la presencia de dilemas implicativos, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los contrastes realizados entre las muestras. Se identificó que cerca de la mitad de la muestra clínica y de estudiantes presentaba al menos un DI, siendo inferior este porcentaje en la muestra comunitaria. Estos resultados son

consistentes con los reportado en otros estudios (Feixas y Saúl, 2004; Feixas, et al, 2009b; Saúl et al., 2014).

Es importante resaltar que el porcentaje de sujetos que presentan DIs en la muestra de estudiantes que participó en este estudio es equiparable al porcentaje reportado en la muestra clínica. Desde una perspectiva constructivista, la demanda de cambio que conlleva el ingreso a la universidad puede generar conflicto en términos de autodefinición, similares a los que puede presentar una persona que tiene un trastorno psicológico. Por una parte, el estudiante tiene que responder a las demandas y expectativas por sus logros; por el otro, existe una necesidad de continuidad en el proceso de construcción de significado a fin de preservar el sentido de identidad. Este conflicto puede ser reflejado en la TRI como un DI.

Cabe resaltar que los resultados de esta investigación muestran diferencias estadísticamente significativas en la combinación de conflictos cognitivos en los contrastes realizados entre la muestra de estudiantes y la comunitaria, no siendo así al comparar entre los estudiantes y la muestra clínica. La diferencia con respecto a la muestra comunitaria no se visualiza en los porcentajes de presencia de ambos tipos de conflicto (CD y DI) puesto que fue ligeramente más elevado en la muestra clínica. Pero donde se observaron porcentajes más elevados de la muestra comunitaria es en el porcentaje de participantes libres de conflicto. Es decir, esperábamos que los estudiantes siguieran un patrón similar a la muestra comunitaria pero lo que hemos encontrado es que su patrón de conflictos cognitivos se parece más a los porcentajes de la muestra clínica, de forma que los estudiantes que aparecen como libres de estos conflictos son menos de los que esperábamos.

No fue posible realizar otras comparaciones de los resultados encontrados debido a la ausencia de estudios que brinden información sobre las diferencias en los diversos índices derivados de la TRI entre los tres tipos de muestras.

## **2. Diferencias en las medidas de malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima en las tres muestras**

Con respecto al nivel de malestar psicológico evaluado a través del SCL-90-R, los resultados de este estudio indican que el nivel de sintomatología psicopatológica de los estudiantes es similar al encontrado en la muestra comunitaria. Aunque se hallaron puntuaciones ligeramente superiores en los estudiantes en el GSI y en la mayoría de las dimensiones sintomáticas, estas diferencias no llegan a ser significativas. Sin embargo, cabe resaltar que en las escalas DEP, OBS y ANS muestran un tamaño del efecto pequeño, lo que podría indicar una tendencia a la presencia de mayor sintomatología de este tipo en la muestra de estudiantes, aspectos que pueden estar asociados con las altas demandas a las que se enfrentan en el contexto universitario.

Estos resultados son consistentes con lo reportado por Caparrós-Caparrós et al. (2007) en una muestras de estudiantes universitarios de diferentes facultades, donde se encontraron puntuaciones medias más elevadas en todas la dimensiones y el GSI en la muestra de estudiantes, en comparación con la puntuaciones reportadas por González de Rivera et al. (2002) en una muestra comunitaria.

En concordancia con estos resultados, algunos estudios destacan niveles más elevados de malestar psicológico en estudiantes universitarios en comparación con la población general de edad equivalente (Stallman, 2008; Stallman y Shochet, 2009; Stallman 2010). Mientras que otros estudios refieren mayor prevalencia de problemas de salud mental en la población general (Berger, Franke, Hofmann, Sperth y Holm-Hadulla, 2015; Ellen, Norman, y Burrows, 1998).

Por ejemplo, Berger et al. (2015) investigaron la prevalencia del malestar psicológico en una muestra de estudiantes de la facultad de medicina y de psicología de una universidad alemana. Al comparar las puntuaciones en la escala SCL-90-R, los estudiantes obtuvieron un

nivel de malestar menor que la muestra de la población general en casi todas las dimensiones. Exceptuando la INT, OBS, DEP y el PSDI, donde se hallaron puntajes superiores en los estudiantes (encontrando diferencias significativas en las dos últimas).

Por otra parte, los resultados del presente estudio evidencian puntuaciones notablemente más elevadas en la muestra clínica, en comparación con la muestra de estudiantes, mostrando diferencias estadísticamente significativas en el GSI y en todas las dimensiones sintomáticas medidas a través del SCL-90-R, lo que permite confirmar la *hipótesis 2.1* debido a que se comprueba la presencia de mayor sintomatología psicopatológica en la muestra clínica.

Estos resultados son consistentes por lo reportado por González de Rivera et al. (2002) quienes encontraron puntuaciones medias más elevadas en la muestra clínica en todas las dimensiones y el GSI, en comparación con las puntuaciones reportadas por Caparrós-Caparrós et al. (2007) en una muestra de estudiantes universitarios de diferentes facultades.

Con respecto a las dimensiones que presentaron mayores puntuaciones, cabe resaltar que en los estudiantes, las puntuaciones más elevadas fueron en la dimensión de DEP, OBS e INT. Estos resultados son consistentes con los encontrados en el estudio de Villar et al. (2001), Soares et al., (2012) y Caparrós- Caparrós et al. (2007) donde estas tres dimensiones sintomáticas también mostraron mayor puntuación.

Resultados similares se encontraron en la muestra comunitaria donde las puntuaciones más elevadas fueron en la dimensión de DEP, seguida de las dimensiones de INT y OBS, hallazgos que son equivalentes a los planteados por González de Rivera et al. (2002), donde las dimensiones de DEP y OBS presentaron las mayores puntuaciones.

Sin embargo, es importante mencionar que las puntuaciones encontradas en la muestra de estudiantes y en la muestra comunitaria se encuentran dentro de los intervalos de normalidad y no superan los puntos de corte planteados para este tipo de poblaciones. En la

muestra clínica las puntuaciones más elevadas se observaron en las dimensiones de DEP, OBS y en tercer lugar en la dimensión de ANS, aunque únicamente las dos primeras superan los valores promedio establecidos por González de Rivera et al., (2002) para este tipo de población. Ello podría indicar que la muestra clínica que participó en este estudio (tomada de Pucurrull, 2015) presentaba niveles de DEP y de OBS superiores a la población clínica de referencia.

En conclusión, se puede evidenciar un predominio de sintomatología depresiva en las tres muestras, aunque únicamente en la muestra clínica supera el punto de corte.

Por otro lado, se encontró que el funcionamiento general de los estudiantes, evaluado a través del CORE-OM, fue similar al encontrado en la muestra comunitaria, debido a que no se encontraron diferencias significativas entre estas dos muestras, lo cual permite confirmar la *hipótesis 2.2*. Datos equivalentes se encontraron en el estudio de Connell et al. (2007), donde se reportó que los estudiantes que acuden a los servicios de consejería universitaria, presentan puntuaciones similares a los jóvenes que acuden a centros de atención primaria, concretamente, en el nivel de bienestar general, los síntomas depresivos, la ansiedad y los problemas físicos.

Sin embargo, es importante resaltar que en la presente investigación las puntuaciones medias de los estudiantes fueron ligeramente superiores a la muestra comunitaria en la mayoría de dimensiones del CORE-OM, con excepción de la dimensión de funcionamiento donde fueron ligeramente inferiores. Estos datos son consistentes con el estudio de Connell et al. (2007), donde también se encontraron puntuaciones más elevadas en esta dimensión en la muestra de los jóvenes que acuden a centros de atención primaria. Adicionalmente, el efecto pequeño encontrado, indica una tendencia de mayor presencia de problemas y síntomas en los estudiantes que participaron en la presente investigación.



Con respecto al nivel de depresión, los resultados de esta tesis doctoral permiten confirmar la *hipótesis 2.3* debido a que la puntuación media de la muestra clínica en el BDI-II fue significativamente superior y dentro del rango de depresión moderada en comparación con la obtenida en la muestra comunitaria y de estudiantes, entre las cuales se encontraron niveles de depresión similares y dentro del rango de depresión mínima.

La puntuación media encontrada en el presente estudio es consistente con la reportada en el estudio de Villar et al. (2001) y en Sanz y Vázquez (1998) donde se aplicó la versión española del BDI-II a 1393 estudiantes universitarios de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Aunque en la mayoría de los estudios realizados con el BDI-II en población universitaria que incluyen estudiantes de diferentes facultades, se reporta una puntuación media más elevada (Sanz et al. 2003a; Whisman y Richardson, 2015). Otros hallaron medias más alta, por ejemplo en el estudio realizado con estudiantes colombianos (Erazo y Jiménez, 2012) y en otro más reciente realizado en la Universidad de Oviedo, donde más de la mitad de los participantes pertenecían a la Facultad de Psicología (Ruiz y Odriozola-González, 2016), aunque en todos estos estudios el nivel de depresión se encontraba dentro del rango mínimo.

Por otro lado, se encontró que el nivel de autoestima en los estudiantes fue similar al de la muestra comunitaria, sin presentarse diferencias significativas en las puntuaciones medias de la EAR entre estas dos muestras, lo que permite confirmar la *hipótesis 2.4*. En efecto, la puntuación media obtenida por los estudiantes y la muestra comunitaria fue similar e indica un nivel de autoestima adecuado, teniendo en cuenta que se acerca al valor promedio reportado en otros estudios realizados con muestras de estudiantes universitarios y muestras comunitarias (Martín Albo et al. 2007; Gómez-Lugo et al., 2016).

### **3. Diferencias entre hombres y mujeres en las medidas de malestar psicológico, construcción de sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en la muestra de estudiantes:**

Los resultados indican que no existen diferencias significativas con respecto al género en ninguno de los índices derivados de la TRI. De esta manera, es posible afirmar que la estructura cognitiva y la forma en que los estudiantes universitarios se perciben a sí mismos y la relación con las personas significativas de su entorno es similar entre hombre y mujeres. Sin embargo, se observa que las mujeres presentan una leve tendencia hacia una mayor polarización, aunque con un tamaño del efecto pequeño.

Así mismo, no se hallaron diferencias significativas en la presencia de CDs entre hombre y mujeres. Sin embargo, se encontró un mayor porcentaje de hombres con al menos un constructo dilemático, aunque el tamaño del efecto fue pequeño. Esta tendencia es consistente con los datos reportados en el estudio de Trujillo (2016) con población comunitaria, aunque la presencia de CD fue menor en los hombres, mientras que en las mujeres fue similar.

Con relación a la presencia de DI, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el género y el porcentaje fue similar tanto en hombres como en mujeres. Estos datos difieren de lo reportado en el estudio de Fernandes et al. (2005) donde fue mayor la presencia de dilemas en las mujeres con respecto a los hombres. Igualmente, en el estudio de Feixas y Saúl (2001) se encontró que las mujeres presentaban mayor porcentaje de dilemas implicativos, mayor gravedad de los síntomas y más dificultades para resolver problemas. Este resultado sugiere, según los autores, que las mujeres representan un grupo de mayor vulnerabilidad a los problemas y demandas experimentadas en la transición a la educación superior. Sin embargo, en el estudio de Trujillo (2016) con una

muestra comunitaria se reportó mayor porcentaje de DI en los hombres con respecto a las mujeres.

En relación al nivel de conflictividad general, tampoco se encontraron diferencias según el género en las combinaciones de la presencia de conflictos cognitivos. Sin embargo, se observa una mayor tendencia en los hombres a presentar los dos tipos de conflicto (CD y DI), resultados que son consistentes con los datos reportados en el estudio de Trujillo (2016) con población comunitaria. Así mismo, se encontró que hay menos hombres sin conflicto cognitivo que mujeres, con un tamaño del efecto pequeño.

En referencia al malestar psicológico, tampoco se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en el nivel de sintomatología psicopatológica evaluada por el SCL-90-R. Sin embargo, las mujeres presentaron puntuaciones levemente superiores a los hombres en el GSI y en la mayoría de las dimensiones, alcanzando un tamaño del efecto medio en la escala SOM. También se encontró que las dos dimensiones que tanto los hombres como las mujeres presentaron mayor puntuación fueron la DEP y OBS.

Estos resultados son consistentes con el estudio de Delara y Woodgate (2015) realizado con estudiantes de ciencias médicas pertenecientes a una universidad Iraní, en el cual las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más altas en todas las dimensiones psicopatológicas evaluadas por el SCL-90-R y el GSI, aunque no se encontraron diferencias significativas con respecto a los hombres.

Estos resultados difieren con los encontrados en la mayoría de los estudios, donde se ha observado que las mujeres universitarias, en concordancia con la población general, reportaron significativamente mayor sintomatología que los hombres y obtienen puntuaciones más elevadas en niveles de malestar psicológico (Berger, et al. 2015; Delira y Wood ate, 2015; Gfellner y Córdona, 2011; McIntyre, Rowland, Choi, y Sarkin, 2014; Stallman, 2010).

Así mismo, en un estudio realizado en la *Universitat de Girona*, donde participaron estudiantes de diversas facultades (Caparrós-Caparrós et al., 2007) se reportan diferencias significativas entre las puntuaciones de hombres y mujeres en la mayoría de las dimensiones (con excepción de la PAR y el PSDI) y en el índice general sintomático (GSI). En las mujeres, se encontraron puntuaciones más altas en la dimensión de OBS, DEP, INT y ANS. En comparación con los hombres, que presentaron puntuaciones más altas en la dimensión de OBS, INT, PAR y DEP (Caparrós-Caparrós et al., 2007). Resultados similares se reportan en estudios anteriores donde participó una muestra de estudiantes de psicología (Villar, et al., 2001). En este estudio se hallaron diferencias significativas según el género, únicamente en las puntuaciones de las dimensiones de SOM y de HOS, y dichas puntuaciones fueron superiores en las mujeres.

En otro estudio realizado en la universidad de Madeira en Portugal (Soares et al., 2012) también se hallaron puntuaciones superiores en las mujeres con respecto a los hombres y se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de OBS, DEP, ANS y SOM.

Por otra parte, aunque no encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en el nivel de funcionamiento general, es importante mencionar que si encontramos puntuaciones levemente superiores en las mujeres en todas las dimensiones y el puntaje total del CORE-OM. El tamaño del efecto pequeño encontrado en este contraste indica una leve tendencia a presentar peor nivel de funcionamiento general en comparación con los hombres. Estos resultados son similares a los reportados por Connell et al. (2007), donde las mujeres también obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en todas las dimensiones, con excepción de la de riesgo.

En relación al nivel de autoestima, tampoco se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la muestra de estudiantes de psicología que participó en el presente estudio. Sin embargo, se evidencia una puntuación levemente inferior en las mujeres, con respecto a los

hombres, aunque esta diferencia no alcanzó ni siquiera una desviación estándar. Estos resultados son consistentes con los encontrados en los estudios de Gentile et al. (2009), Lin (2015), Rieger et al. (2016) y Sowislo y Orth (2013), donde tampoco se reportan diferencias significativas entre hombres y mujeres en la medida global de autoestima. En contraste con estos datos, en el estudio de Martín-Albo, et al. (2007) realizado con población de estudiantes universitarios de diferentes facultades se reportaron diferencias significativas entre hombres en comparación con las mujeres, aunque con un tamaño del efecto pequeño.

En relación a la presencia de sintomatología depresiva, tampoco se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, estos resultados son consistentes con la literatura consultada, ya que en la mayoría de las investigaciones realizadas con muestras de estudiantes universitarios, se confirma la ausencia de diferencias según el género (Aasen, 2001; Al-Musawi, 2001; Dozois et al., 1998; O'Hara et al., 1998; Schulenberg y Yutzenka, 2001; Sanz y Vázquez, 1998; Sanz et al., 2003a; Steer y Clark, 1997). Sin embargo, otros autores hallaron mayor frecuencia de sintomatología depresiva en las mujeres con respecto a los hombres (por ejemplo, Erazo y Jiménez, 2012; Vázquez y Blanco, 2008).

En conclusión, en concordancia con los hallazgos de Lin (2015) con estudiantes chinos, es posible afirmar que en la muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología que participó en este estudio no se encontraron variaciones significativas entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de autoestima, el malestar psicológico y la presencia de sintomatología depresiva. Este resultado se podría explicar debido a la homogeneidad de la muestra de estudiantes, en cuanto a la edad, el estado civil, la profesión y el nivel de estudios. Sin embargo, cabe destacar que las mujeres muestran una leve tendencia a presentar peor funcionamiento general, menor nivel de autoestima, mayor sintomatología depresiva y más sintomatología psicopatológica que los hombres. Esto es concordante con los hallazgos de

Fernandes et al. (2005) y Feixas y Saúl (2001), que reportan mayor presencia de sintomatología psicopatológica en las mujeres con respecto a los hombres.

#### **4. Relación entre la edad y las medidas de construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en la muestra de estudiantes**

No se identificaron relaciones significativas entre la edad y las medidas de construcción del sí mismo, la estructura y el porcentaje de conflictos cognitivos. Así mismo, tampoco se encontró relación entre la edad y la presencia/ausencia de conflictos cognitivos y/o dilemas implicativos. De esta manera, podemos concluir que en la muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología que participó en este estudio, no existen variaciones importantes según la edad en los índices derivados de la técnica de la rejilla interpersonal.

En concordancia con estos datos, en el estudio de Trujillo (2016) tampoco se encontraron relaciones entre la edad y las medidas evaluadas por la TRI en una muestra comunitaria, aunque se reporta una leve tendencia hacia la reducción de la complejidad cognitiva conforme avanza la edad.

#### **5. Relación entre las medidas cognitivas estudiadas y las de malestar psicológico en la muestra de estudiantes (SCL-90-R y el CORE –OM)**

Teniendo en cuenta los resultados encontrados no es posible aceptar la *hipótesis 5.1* en su totalidad, ya que al establecer la relación entre las medidas derivadas de la TRI y las puntuaciones de las escalas que miden malestar psicológico, únicamente se encontró una relación significativa y baja entre el GSI y la discrepancia yo-otros, aunque con un tamaño del efecto pequeño. Igualmente, no se encontraron relaciones entre los índices de la TRI y el nivel de funcionamiento general evaluado por el CORE-OM, resultados que son consistentes con lo reportado en este estudio de Trujillo (2016) realizado con población comunitaria.

Por otro lado, se rechazan las *hipótesis 5.2, 5.3 y 5.4* debido a que no se encontró relación entre las puntuaciones de las escalas que miden malestar psicológico y los niveles de diferenciación cognitiva, polarización ni indefinición, al igual que lo reportado en el estudio de Trujillo (2016).

De la misma forma, se rechaza la *hipótesis 5.5 y 5.6* debido a que no se encontraron relaciones entre el porcentaje de conflictos cognitivos y el malestar psicológico, ni se hallaron diferencias en las puntuaciones totales del SCL-90-R y el CORE-OM según la presencia/ausencia de constructos dilemáticos y de dilemas implicativos. Sin embargo, en el caso de la presencia/ausencia de CDs, el tamaño del efecto pequeño encontrado en este contraste, sugiere una tendencia hacia mayores puntuaciones en el GSI cuando la persona presenta CDs

La ausencia de relación encontrada entre el malestar psicológico y la presencia de DI es concordante con los hallazgos del estudio de Ribeiro et al (2012) realizado con estudiantes universitarios de diferentes facultades, donde tampoco se reportan diferencias significativas en los síntomas psicopatológicos en los estudiantes con o sin dilemas.

En contraste con estos resultados, en estudios previos realizados con población comunitaria (Saúl et al, 2014) se reporta que las personas con dilemas presentan puntuaciones más altas en todas las dimensiones del CORE-OM, aunque con un tamaño del efecto pequeño, esta misma tendencia se reportó en el estudio de Trujillo (2016).

Así mismo, en el estudio de Saúl (2005) se encontró una relación entre la presencia de dilemas implicativos y la severidad de la sintomatología, los participantes con dilemas mostraron mayores puntuaciones en la escala global GSI.

Igualmente, en el estudio de Feixas y Saúl (2001), además de la presencia de dilemas implicativos, un gran porcentaje de los estudiantes de la muestra manifestaron sintomatología severa, por encima del valor de corte y otro porcentaje alto presentó dificultades para resolver problemas de la vida en general. Esto revela según los autores, otro indicador del malestar

psicológico, posiblemente asociado con la naturaleza estresante y las dificultades de los nuevos requerimientos personales, sociales y académicos con los que se enfrentan los estudiantes universitarios.

#### **6. Relación entre los síntomas depresivos, los índices derivados de la TRI, las medidas que evalúan el malestar psicológico y el nivel de autoestima en una muestra de estudiantes de psicología**

Los resultados no permiten confirmar la *hipótesis 6.1* en su totalidad, ya que únicamente se encontraron relaciones significativas y moderadas, entre la puntuación media del BDI-II y las discrepancias yo-ideal y yo-otros, lo cual podría indicar que una mayor discrepancia en estas medidas se relaciona con mayores niveles de depresión, con tamaños del efecto medios. En el estudio de Trujillo (2016) también se encontró una relación significativa y moderada, con un tamaño del efecto medio, entre la discrepancia yo-ideal y la puntuación media del BDI-II. Así que en los estudiantes, el verse distinto de los demás se asocia a síntomas depresivos cosa que no parece ocurrir en la muestra comunitaria.

No se encontró relación entre los síntomas depresivos (BDI-II), las medidas de estructura cognitiva y porcentaje de conflictos cognitivos, al igual que en el estudio de Trujillo (2016).

Así mismo, no se encontraron diferencias significativas al analizar los síntomas depresivos según la presencia/ausencia de constructos dilemáticos y de dilemas implicativos. Sin embargo, en el caso de la presencia/ausencia de DIs, aunque el tamaño del efecto identificado en este contraste fue pequeño, se podría interpretar como una tendencia hacia mayores puntuaciones en el BDI-II cuando la persona presenta DIs, resultados que son consistentes con lo encontrado por Trujillo (2016) en la muestra de población comunitaria.



Por otro lado, se encontró una relación directa, significativa y alta, entre la puntuación media del BDI-II y la puntuación media total de las escalas con las que se evaluó el malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM). El tamaño del efecto grande encontrado en este contraste permite concluir que la presencia de mayor sintomatología depresiva se relaciona con un mayor nivel de malestar psicológico con lo cual es posible confirma la *hipótesis 6.2*.

No se encontró ningún estudio que relacione estas medidas en población de estudiantes, sin embargo en muestras clínicas, se ha encontrado una correlación alta entre el BDI-II, el CORE-OM y el SCL-90-R (Evans et al., 2002), al igual que en el estudio de Trujillo et. al. (2016) realizado con población comunitaria, donde se incluye una muestra de estudiantes.

Sin embargo, como lo reportan algunos autores, la etapa de transición a la universidad y los primeros años de vida universitaria representan un reto importante para las capacidades y las habilidades adquiridas asociada a una serie de demandas emocionales, sociales y académicas que pueden constituirse en una fuente de estrés y de malestar emocional (Dyson y Renk, 2006; Secuban, 2012; Sharma, 2012; Smith y Wertlieb, 2005), lo que puede llevar a un incremento en los niveles de malestar psicológico general y en la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa principalmente (Palmer y Puri, 2006).

Así mismo, se encontró una relación significativa, negativa y alta, con un tamaño del efecto grande, entre la puntuación media del BDI-II y la puntuación media de la escala Rosenberg, es decir que la presencia de mayor sintomatología depresiva se relaciona con un menor nivel de autoestima, con lo cual se confirma la *hipótesis 6.3*.

En concordancia con estos datos, en el estudio de Sargent et al. (2006) se encontró que niveles altos de contingencias externas de la autoestima, entendida esta como una medida compuesta de cuatro variables (aprobación de los otros, apariencia, competencia y factores

académicos), predijeron un aumento en los síntomas depresivos durante el primer semestre de universidad.

### **7. Relación entre el nivel de autoestima, las medidas que indican malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM) y los índices derivados de la TRI en estudiantes de psicología**

Se encontró una relación negativa, significativa y moderada y con un tamaño del efecto medio, entre la puntuación total de la escala de autoestima Rosenberg (EAR) y la discrepancia yo-ideal. Esto podría indicar que una mayor discrepancia en este índice se relaciona con un menor nivel de autoestima, de esta manera es posible confirmar la *hipótesis 7.1*. Este resultado es coherente con lo hallado por Dada (2008), quien identificó una correlación significativa y fuerte entre la puntuación de la EAR y la discrepancia yo-ideal en una muestra de mujeres universitarias.

Así mismo, se encontró una relación significativa y negativa, aunque débil y con un tamaño del efecto pequeño, entre la puntuación de la escala de autoestima y la discrepancia yo-otros, lo que podría indicar que una discrepancia entre la visión de uno mismo y la de los otros también se relaciona con un menor nivel de autoestima.

Adicionalmente, al analizar las puntuaciones en la escala de autoestima según la presencia/ausencia de conflictos cognitivos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en el caso de la presencia/ausencia de DIs, se encontró un tamaño del efecto pequeño, lo que sugiere una tendencia hacia menores puntuaciones en autoestima cuando la persona presenta DIs. Esta tendencia es divergente con lo encontrado en el estudio de Trujillo (2016), donde apareció una tendencia hacia menores puntuaciones en la EAR cuando la persona presenta CDs.

Al relacionar las puntuaciones de la EAR con las escalas que miden malestar psicológico, se encontraron relaciones significativas, negativas y altas (efecto grande) con el nivel de sintomatología psicopatológica (GSI). Así mismo, se encontró una relación significativa, negativa y moderada, con un tamaño del efecto medio, con el funcionamiento general medido por el CORE-OM. Estos resultados permiten verificar la *hipótesis 7.2*, lo que permite concluir que un mayor malestar psicológico (sintomatología psicopatológica y malestar general) se encuentra asociado a un menor nivel de autoestima en la muestra de estudiantes de psicología que participó en el estudio.

Estos resultados son consistentes con lo reportado por Vásquez et al. (2004), quienes encontraron una relación negativa y alta entre el SCL-90 R y la EAR en una muestra de población clínica. Así mismo, la relación entre la autoestima y el malestar psicológico o la presencia de psicopatología, ha sido estudiada por múltiples investigadores (Orth y Robins 2013; Orth, Robins y Roberts, 2008; Rieger, Göllner y Trautwein y Roberts, 2016; Sowislo y Orth, 2013; Zeigler-Hill, 2011). Según los resultados de estos estudios, una autoestima elevada parece actuar como un recurso que protege a las personas de estados psicológicos disfuncionales. En contraste, los que tienen baja autoestima, pueden ser más propensos a experimentar varias formas de psicopatología porque carecen de estos recursos (Orth et al., 2008).

## **8. Diferencias en las medidas cognitivas, el malestar psicológico, los síntomas depresivos y el nivel de autoestima entre las sub-muestras de estudiantes de grado y de postgrado**

Con respecto a las medidas cognitivas evaluadas con la TRI, únicamente se encontraron diferencias entre los estudiantes de grado y de postgrado en el porcentaje de

constructos dilemáticos, siendo mayor en los estudiantes de grado, aunque con un tamaño del efecto pequeño.

Con respecto a las medidas que evalúan malestar psicológico, no se encontraron diferencias significativas en las dimensiones sintomáticas ni en el GSI. Sin embargo, las puntuaciones de los estudiantes de grado en todas las dimensiones fueron ligeramente superiores, alcanzando un efecto pequeño en las dimensiones OBS, INT, ANS y en el GSI.

De la misma forma, las diferencias significativas encontradas en el CORE-OM, indican que los estudiantes de grado presentan peor funcionamiento general y mayor malestar general en comparación con los estudiantes de postgrado, aunque con tamaños del efecto pequeños. Igualmente, los resultados encontrados indican que los estudiantes de grado presentan mayor sintomatología depresiva. En efecto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media del BDI-II entre los estudiantes de grado y de postgrado, aunque con un tamaño del efecto pequeño.

Con respecto al nivel de autoestima, aunque no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la EAR, el tamaño del efecto pequeño encontrado en este contraste indica una tendencia de los estudiantes de grado a presentar menor nivel de autoestima.

De esta manera, se podría considerar que las altas demandas a las que se enfrentan los estudiantes de grado pueden generar conflicto en el sistema de significados personales y mayor nivel de malestar psicológico. Sin embargo, se encontraron pocos autores que hicieran referencia a la relación entre el nivel de estudios y el malestar psicológico. Por ejemplo, Lipson et al. (2016) encontraron mayor malestar en los estudiantes de grado con respecto a los de postgrado, resultados son consistentes con los encontrados en nuestro estudio. Por otro lado, Hyun et al. (2007) presentaron los resultados de una encuesta realizada a estudiantes de

postgrado de una universidad de Berkeley en la que el 44% reportó problemas emocionales o relacionados con el estrés que interfirieron significativamente en su desempeño académico o en el bienestar personal. O sea que también los estudiantes de posgrado se enfrentan a retos con los que lidiar y que los pueden afectar, pero nuestro estudio sugiere que pueden tener algunos recursos más para afrontarlos (p. ej., mayor autoestima).

### **9. Fiabilidad de las puntuaciones obtenidas en la TRI mediante el método test-retest en una muestra de estudiantes**

Teniendo en cuenta que la TRI permite elicitar características importantes del sistema de construcción de un individuo, dos rejillas puntuadas por el mismo sujeto en diferentes momentos deberían mostrar cierta estabilidad. De esta manera, se exploró la estabilidad temporal de los diferentes índices obtenidos a través de la TRI a través del método test-retest en una muestra de estudiantes.

Los resultados encontrados permiten aceptar la *hipótesis 9.1* y apoyan la estabilidad a corto plazo de las medidas de construcción del sí mismo, debido a que las correlaciones entre las puntuaciones del test y el retest fueron altas y con un tamaño del efecto grande en todos los casos, y no se presentaron diferencias significativas al comparar las puntuaciones medias obtenidas del test y en el retest.

Igualmente, es posible aceptar la *hipótesis 9.2* y confirmar la estabilidad a corto plazo en todos los índices de estructura cognitiva analizados, puesto que se identificaron correlaciones altas y con un tamaño del efecto grande entre las puntuaciones de estas medidas en las dos aplicaciones. Así mismo, no se encontraron diferencias significativas al comparar las puntuaciones medias obtenidas del test y en el retest.

Estos resultados son consistentes con los encontrados por Trujillo (2016) en una muestra de población comunitaria, donde también se reporta una adecuada estabilidad en la mayoría de los índices de construcción del sí mismo y de estructura cognitiva.

En cuanto a los porcentajes de conflictos cognitivos (PCD y PDI) no hay pruebas suficientes para confirmar la *hipótesis 9.3*. Por una parte, la correlación entre el test y el retest para el PCD fue alta y con un tamaño del efecto grande y, así mismo, no se presentaron diferencias significativas al comparar las puntuaciones medias obtenidas del test y en el retest, lo que confirma la estabilidad del PCD en las dos aplicaciones. Mientras que para el PDI, aunque tampoco se presentaron diferencias significativas al comparar las puntuaciones medias obtenidas en el test y el retest, las puntuaciones de las dos aplicaciones no correlacionaron de forma significativa, aunque el tamaño del efecto medio encontrado en estos análisis podría sugerir también una tendencia hacia la estabilidad temporal de esta medida.

Estos resultados son consistentes con lo encontrado en el estudio de Trujillo (2016) con población comunitaria, donde tampoco se encontraron diferencias significativas al comparar las puntuaciones medias del PCD y el PDI obtenidas del test y en el retest, ni se encontraron correlaciones altas en las dos aplicaciones, aunque también se reporta un tamaño del efecto medio en el contraste del PDI, lo que sugiere una tendencia a la estabilidad en esta medida.

Finalmente, los resultados de los análisis realizados no permiten confirmar la *hipótesis 9.4* en su totalidad. A favor de la hipótesis tenemos que el porcentaje de estudiantes que mantienen estables los CDs en las dos aplicaciones es alto y el tamaño del efecto es grande. Todo ello sugiere que el hecho de presentar o no CD inicialmente influye en el hecho de presentarlos en el retest.

Por otra parte, con respecto a la presencia de DIs, aunque el porcentaje de personas que los mantiene estables en las dos aplicaciones indica poca estabilidad en esta medida, y no se encontraron diferencias significativas entre el test y el retest, el tamaño del efecto pequeño encontrado sugiere cierta tendencia a la estabilidad. Por su parte, en el estudio de Trujillo (2016) se reporta una mayor estabilidad temporal en los indicadores del DIs en comparación con los de CDs.

En conclusión, los resultados obtenidos en este análisis permiten apoyar la estabilidad a corto plazo de la mayoría de los índices y las medidas derivadas de la TRI en la muestra de estudiantes. No es posible realizar comparaciones con otros estudios, puesto que los datos reportados sobre la estabilidad test-retest son los únicos disponibles en población de estudiantes.

### **Puntos fuertes**

- Los resultados de este estudio son un aporte respecto a la naturaleza de las medidas de construcción del sí mismo, la estructura y los conflictos cognitivos en los estudiantes de psicología. Del mismo modo, se obtienen datos importantes sobre las características y su relación con otras variables que miden malestar psicológico, sintomatología depresiva y nivel de autoestima.
- El principal aporte de este estudio es que compara los hallazgos encontrados en la muestra de estudiantes, con los ya obtenidos en una muestra de población comunitaria y una clínica. De esta manera, se convierte en un estudio de referencia ya que no se cuenta con estudios previos que incluyan la comparación del malestar psicológico y las medidas derivadas de la TRI entre estos tres grupos poblacionales. Así mismo, tampoco se cuenta con estudios que mencionen las diferencias entre estudiantes de grado y de postgrado en las variables mencionadas.
- Esta investigación ha confirmado resultados de estudios previos y ha aportado nuevos datos sobre algunos factores cognitivos poco estudiados en población de estudiantes universitarios, abriendo nuevos interrogantes para futuros estudios, particularmente en relación al rol que pueden cumplir los conflictos cognitivos, en el proceso de ajuste a la vida universitaria.
- Teniendo en cuenta que la administración de la TRI requiere del adecuado entrenamiento del evaluador y de la realización de una entrevista individual con cada uno de los participantes que puede durar entre una hora y dos horas, es importante resaltar que se logró evaluar un número considerable de estudiantes.
- Igualmente, este estudio aporta datos sobre la fiabilidad test-retest de los índices derivados de la TRI en una muestra de estudiantes universitarios, confirmando algunos de los



hallazgos encontrados en el estudio de Trujillo (2016) realizado con población comunitaria.

### **Limitaciones**

- Una de las limitaciones importantes es que la distribución de la edad de los participantes de la muestra comunitaria y de la muestra clínica con la que se compararon los datos, no es homogénea con la muestra de estudiantes.
- Otra de las limitaciones es que la muestra de estudiantes que participó en el estudio fue seleccionada de forma intencional, se difundió la información del estudio entre los grupos de estudiantes donde se tenía mayor accesibilidad, pero no se cuenta con una muestra aleatoria y representativa de estudiantes ni tan siquiera de los de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona*. Por esta razón los resultados deben ser tomados con precaución y no permiten realizar generalizaciones.
- Cabe mencionar que es posible que la mayoría de los participantes de la muestra de estudiantes tuvieran algún tipo de conocimiento sobre alguno de los cuestionarios utilizados para medir el malestar psicológico, aspecto que podría interferir en los resultados, aunque en el momento de la evaluación se enfatizó en la importancia de la sinceridad en el diligenciamiento de los mismos. En el caso del la TRI, podemos afirmar que la gran mayoría de los estudiantes (tanto de grado como de postgrado) no la conocían. Por otro lado, los constructos personales son elicitados en el momento para cada participante mediante una entrevista semiestructurada, y al tener dos polos siempre incluyen el lado positivo (si lo hubiera) y el negativo; además, los índices cognitivos derivados de la rejilla (p.ej., PVEPF) no son fácilmente manipulables.
- En la evaluación de la fiabilidad, un aspecto a considerar es que se incluyó una muestra que resulta pequeña en comparación con la muestra general utilizada en el estudio,

teniendo en cuenta que muchos de los estudiantes no entregaban las rejillas o fueron descartadas porque sobrepasaban el tiempo límite de devolución. Para futuras investigaciones sobre fiabilidad es recomendable ampliar el tamaño de la muestra.

### **Implicaciones prácticas y futuras líneas de investigación**

- La creciente demanda en los centros de orientación y asesoramiento psicológico a nivel mundial pone de manifiesto la necesidad de intervenciones tempranas para prevenir el desarrollo de enfermedades mentales graves en estudiantes universitarios. De esta manera, los resultados de este estudio aportan información que puede ser útil para proponer programas de prevención y promoción de la salud mental en estos centros en las universidades españolas.
- Teniendo en cuenta que en la mayoría de los estudios sobre el malestar psicológico los estudiantes han sido incluidos dentro de la muestra comunitaria, los resultados de la presente investigación pueden aportar datos importantes respecto a la diferencia de las puntuaciones encontradas entre estas dos poblaciones, ya que en el presente estudio los estudiantes han sido excluidos de la muestra comunitaria y han sido tratados como una población con características particulares.
- En investigaciones futuras sería necesario ampliar el tamaño de las muestras y utilizar un muestreo probabilístico que permitiera una mayor representatividad de la población de estudiantes. Así mismo, sería importante contar con la participación de estudiantes de otras facultades y de diversas universidades.
- De igual forma, sería interesante realizar un estudio que analice el contenido de la rejillas de la muestra de estudiantes y permita determinar si en esta población se presentan temáticas comunes, que difieren de las presentadas en población general y clínica.



## Conclusiones

Este estudio buscaba identificar las características y establecer las relaciones entre el malestar psicológico, los índices de construcción del sí mismo, la estructura y conflictos cognitivos derivados de la TRI en una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona*. Así mismo, comparar los hallazgos con los resultados ya disponibles de una muestra de población comunitaria y otra clínica. Teniendo en cuenta los resultados principales, y en concordancia con los objetivos planteados, se puede concluir lo siguiente:

1. En este estudio se encontraron puntuaciones similares entre la muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología y la comunitaria en las medidas de construcción del sí mismo como se esperaba. Mientras que entre los estudiantes y la muestra clínica, se encontraron diferencias significativas en la distancia yo-ideal y en la distancia yo-otros, encontrando mayor discrepancia en la muestra clínica.

En cambio, en las medidas de estructura cognitiva, la diferenciación cognitiva (PVEPF) y la polarización, fueron similares en las tres muestras a diferencia de lo que se esperaba, lo que permite concluir que en estas dos medidas no presentan variaciones significativas según el tipo de población. Mientras que, la indefinición fue similar en la muestra de estudiantes y en la comunitaria y mayor en la muestra clínica, mostrando diferencias significativas con los estudiantes como se esperaba, lo que indica que los participantes clínicos puede tener mayor dificultad para dar sentido a los elementos de la TRI.

Con respecto al porcentaje de constructos dilemáticos como se esperaba, éste fue similar en la muestra de estudiantes y en la comunitaria y un poco más elevado en la

muestra clínica, evidenciando diferencias estadísticamente significativas con los estudiantes. Respecto al porcentaje de dilemas implicativos, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las tres muestras, aunque se esperaba encontrar diferencia entre los estudiantes y la muestra clínica.

En cuanto al porcentaje de participantes con presencia de conflictos cognitivos, no se encontraron diferencias significativas entre las tres muestras. Cabe mencionar que se halló una tendencia a un mayor porcentaje de participantes que presentaron CDs en la muestra clínica, mientras que a diferencia de lo que se esperaba el porcentaje de personas que presentaron DIs fue casi igual en la muestra clínica y de estudiantes (cerca al 50%) y menor en la comunitaria (35%), lo que confirma lo encontrado en otros estudios previos donde también se había reportado esta misma tendencia en los participantes de las muestras no clínicas.

Pero quizás el hallazgo principal de este estudio, es el hecho de que tanto en los estudiantes como en la muestra clínica se encontró el mismo porcentaje en la presencia de DIs, lo que evidencia la importancia de este tipo de conflicto cognitivo en los estudiantes y la necesidad de continuar investigando su posible relación con el nivel de malestar psicológico asociado a las dificultades a las que se enfrenta este tipo de población durante su etapa de estudios universitarios.

Cabe resaltar que los resultados de esta investigación muestran diferencias estadísticamente significativas en la combinación de conflictos cognitivos en los contrastes realizados entre la muestra de estudiantes y la comunitaria, no siendo así al comparar entre los estudiantes y la muestra clínica. La diferencia más clara fue en el porcentaje de participantes libres de conflicto. Aquí estudiantes y participantes clínicos mostraron porcentajes similares pero menores que los de la muestra

comunitaria. Es decir, esperábamos que los estudiantes siguieran un patrón similar a la muestra comunitaria pero lo que hemos encontrado es que su patrón de conflictos cognitivos se parece más al de la muestra clínica, de forma que los estudiantes que aparecen como libres de estos conflictos son menos de los que esperábamos.

2. Con relación al malestar psicológico se confirma la presencia de puntuaciones similares entre la muestra de estudiantes y la comunitaria como se esperaba, aunque se encontraron valores ligeramente superiores en los estudiantes en la mayoría de las dimensiones sintomáticas evaluadas por el SCL-90-R y el nivel de funcionamiento general evaluado por el CORE-OM, estas diferencias no llegan a ser significativas.

Así mismo, se confirma la presencia de mayor sintomatología psicopatológica en la muestra clínica, puesto que se encontraron puntuaciones significativamente más elevadas en comparación con la muestra de estudiantes en todas las dimensiones sintomáticas medidas a través del SCL-90-R. La dimensión donde se presentaron mayores puntuaciones en las tres muestras fue la de depresión, lo que es consistente con los estudios de prevalencia revisados, donde se reporta que la depresión es uno de los problemas de salud mental más importantes en la población a nivel mundial.

Adicionalmente también se hallaron puntuaciones elevadas en las tres muestras en la dimensión de obsesividad-compulsividad, lo que evidencia el aumento de esta problemática. Además, en los estudiantes y en la muestra comunitaria también se hallaron puntuaciones elevadas en la dimensión de sensibilidad interpersonal, lo que podría indicar que en estas dos poblaciones existen síntomas de incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales. En la muestra clínica también se encontraron puntuaciones elevadas en la dimensión de ansiedad, lo que también es consistente con los altos índices de prevalencia de esta problemática en esta población,

aunque los valores promedio solo superan los puntos de corte en las dimensiones de DEP y OBS en la muestra clínica.

Con respecto al nivel de depresión, como se esperaba, la puntuación media de la muestra clínica en el BDI-II fue significativamente superior y dentro del rango de depresión moderada, en comparación con la obtenida en la muestra comunitaria y de estudiantes, entre quienes se encontraron niveles de depresión similares y dentro del rango de depresión mínima.

Igualmente, como se esperaba, se encontró que el nivel de autoestima en los estudiantes fue adecuado y similar al de la muestra comunitaria, sin presentarse diferencias significativas en las puntuaciones medias de la escala Rosenberg entre estas dos muestras.

3. Es posible concluir que la forma en que los estudiantes universitarios se perciben a sí mismos y la relación con las personas significativas de su entorno, así como, la complejidad cognitiva y la presencia de conflictos, es similar entre hombre y mujeres, debido a que no se encontraron diferencias significativas con respecto al género en ninguno de los índices derivados de la TRI. Sin embargo, se observa que las mujeres presentan una leve tendencia hacia una mayor polarización, mientras que en los hombres se observa una tendencia a mayor presencia de CDs.

En referencia al malestar psicológico, es posible afirmar que en la muestra de estudiantes de esta Facultad de Psicología, no existieron variaciones significativas entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de autoestima, el malestar psicológico y la presencia de sintomatología depresiva. Esto se podría explicar debido a la homogeneidad de la muestra de estudiantes, en cuanto a la edad, el estado civil, la profesión y el nivel de estudios. Sin embargo, cabe destacar que las mujeres muestran

una leve tendencia a presentar peor funcionamiento general, menor nivel de autoestima, más sintomatología psicopatológica y mayor sintomatología depresiva que los hombres, lo que es consistente con lo reportado en la mayoría de los estudios previos.

4. No se encontró relación entre la edad y las medidas cognitivas evaluadas debido a que no existen variaciones importantes según la edad en los índices derivados de la TRI en la muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología que participó en este estudio. Aspecto que confirma lo encontrado en la mayoría de los estudios previos realizados con población comunitaria.
5. Al establecer la relación entre las medidas derivadas de la TRI y las puntuaciones de las escalas que miden malestar psicológico (SCL-90 y el CORE –OM), únicamente se encontró una relación significativa y baja entre el GSI y la discrepancia yo-otros. Lo cual podría indicar evidencias de validez divergente entre estas escalas y los índices de la TRI. Al mismo tiempo nos indica la importancia que puede tener para los estudiantes el hecho de sentirse identificados con los demás.

Adicionalmente, como se esperaba, se encontró una tendencia hacia mayores puntuaciones en el GSI cuando la persona presentaba CDs. Ello sugiere que el hecho de tener al menos un CD puede ser un factor a considerar en futuros estudios sobre conflictos cognitivos y salud mental.

6. Como se esperaba, se encontró una relación directa, significativa y moderada, entre el BDI-II y las discrepancias yo-ideal y yo-otros, lo cual podría indicar que estas discrepancias se relacionen con mayores niveles de depresión.

Así mismo, se encontró una tendencia hacia mayores puntuaciones en el BDI-II cuando los estudiantes presentaban DIs.



De la misma forma, se encontró una relación directa, significativa y alta, entre la puntuación media del BDI-II y la puntuación media total de las escalas con las que se evaluó el malestar psicológico (SCL-90-R y CORE-OM). El tamaño del efecto encontrado en estos contrastes permite concluir que la presencia de mayor sintomatología depresiva está muy asociada con un mayor nivel de malestar como se esperaba, aspecto que confirma lo reportado en estudios previos.

Igualmente, se encontró una relación significativa, negativa y alta, entre la puntuación media del BDI-II y la puntuación media de la escala Rosenberg, es decir, que se confirma que la presencia de mayor sintomatología depresiva se relaciona con un menor nivel de autoestima. Resultados que son consistentes con los hallazgos de otros estudios.

7. Como se esperaba, se encontró una relación negativa, significativa y moderada, entre el nivel de autoestima y la discrepancia yo-ideal, aspecto que es consistente con los resultados de estudios previos. Lo que confirma que la diferencia entre la visión de uno mismo y lo que uno quisiera ser influye directamente en la percepción de nosotros mismo. Igualmente, se encontró una relación significativa y negativa, aunque débil, entre la puntuación de la escala de autoestima y la discrepancia yo-otros. Lo que podría indicar que el compararnos con las demás personas también afecta directamente el nivel de autoestima.

Adicionalmente, los resultados encontrados permiten concluir que existe una tendencia hacia menores puntuaciones en autoestima cuando los estudiantes presentaban DIs, de esta manera se confirma que este tipo de conflicto cognitivo que puede surgir en cerca del la mitad de la población de estudiantes al igual que en la muestra clínica, afecta directamente la percepción que tenemos de nosotros mismo.

Al relacionar las puntuaciones de la escala de autoestima con las escalas que miden malestar psicológico, como se esperaba, se encontró una relación negativa y significativa (con valores moderados y altos) entre el nivel de autoestima, la presencia de sintomatología psicopatológica (SCL-90-R) y el nivel de funcionamiento general (CORE-OM). Lo que confirma lo encontrado en algunos estudios previos que indican que un mayor malestar psicológico está asociado con un menor nivel de autoestima.

8. Según el nivel de estudios únicamente se encontraron diferencias entre los estudiantes de grado y de postgrado en el porcentaje de constructos dilemáticos, los síntomas depresivos y el malestar general, siendo mayores estas medidas en los estudiantes de grado, resultado que es consistente con lo reportado en algunos estudios.

Aunque no se hallaron diferencias en la presencia/ausencia de conflictos cognitivos, el tamaño del efecto encontrado en este contraste evidencia que hay una tendencia a más estudiantes de postgrado con ausencia de conflictos y que los de grado destacan sobre todo por su mayor número de CDs.

De esta manera, se podría pensar que las altas demandas a las que se enfrentan los estudiantes de grado, pueden generar conflicto en el sistema de significados personales y ocasionar mayor malestar psicológico.

9. Finalmente, es posible afirmar que el conjunto de índices de construcción del sí mismo y estructura cognitiva de la técnica de la rejilla interpersonal presentan una adecuada fiabilidad temporal, debido que se encontró una correlación alta y estabilidad en las medidas del test y del retest en estas medidas. Así mismo, se observa una tendencia a la estabilidad en las medidas de conflicto cognitivo.

Es importante resaltar que el presente estudio es el único que presenta datos de fiabilidad con muestra de estudiantes y que los resultados permiten confirmar lo

encontrado en estudios previos realizados con población comunitaria, permitiendo concluir de ésta manera que la TRI es un instrumento fiable para su uso en estas dos poblaciones.

## Referencias

- Aasen, H. (2001). *An empirical investigation of depression symptoms: norms, psychometric characteristics and factor structure of the Beck Depression Inventory-II*. Facultad de Psicología, Universidad de Bergen. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1956/1773>.
- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Adams-Webber, J. R. (1989). *Personal construct theory: Concepts and applications*. Nueva York: Wiley.
- Almeida, L. S., Gonçalves, A., Salgueira, A.P., Soares, A.P., Machado, C., Fernandes, E., Machado, J.C. e Vasconcelos, R. (2003). Expectativas de envolvimento académico à entrada na Universidade: Estudo com alunos da Universidade do Minho. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 3-15.
- Al-Musawi, N. M. M. (2001). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II with university students in Bahrain. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 568-579. doi: 10.1207/S15327752JPA7703\_13.
- American College Health Association (ACHA) (2014). *American College Health Association–National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2014*. Hanover, MD: Author.
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AERA Publications Sales.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *DSM-IV - Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. edition revised) (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (Traducción al castellano en Barcelona: Masson, 2002).
- American Psychiatric Association. (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (5ta ed.). Washington, D.C.: Author
- Andrews, B., Hejdenberg, J. y Wilding, J. (2006). Student anxiety and depression: Comparison of questionnaire and interview assessments. *Journal of Affective Disorders*, 95 (1), 29-34. doi: 10.1016/j.jad.2006.05.003

- Andrews, B., Wilding, J.M., (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95 (4), 509-521.doi: 10.1348/0007126042369802
- Anxiety and Depression Association of America, (ADAA, 2014). *Physical activity reduces stress. Understanding the Facts Reports*. Recuperado de <http://www.adaa.org/understanding-anxiety/related-illnesses/other-related-conditions/stress/physical-activity-reduces-st>
- Armstrong, L. L., y Young, K. (2015). Mind the gap: Person-centred delivery of mental health information to post-secondary students. *Psychosocial Intervention*, 24(2), 83-87. doi: 10.1016/j.psi.2015.05.002
- Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness* (2a ed.). New York: Routledge.
- Arrivillaga, M., Cortes, C., Goicochea, V. y Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 17-26.
- Aspinwall, L. G., y Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ... y Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308-316.doi: 10.1192/bjp.179.4.308
- Balanza, S., Morales, I., y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20 (2), 177-187.
- Ballesteros, B. P., Medina, A., y Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(2), 239-258.
- Bannister, D. (1960). Conceptual structure in thought-disordered schizophrenics. *Journal of Mental Science*, 106, 1230-1249.
- Bannister, D. (1962). The nature and measurement of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science*, 108, 825-842.
- Baños, R.M. y Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.

- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C. y Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry*, 186, 239-246.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. y Cahill, J. (2006). A core approach to practice based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6 (1) 3-15.
- Barra, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8 (1), 29-38.
- Barrantes-Brais, K., y Ureña-Bonilla, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 101-123.
- Barrera, T. L., y Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.011
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., y Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, inter-personal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44. doi:10.1111/1529-1006.01431
- Bayati, A., Beigi, M. y Salehi, M. (2009). Depression prevalence and related factors in Iranian students. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 12 (20), 1371- 5.
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R. y Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory - second edition (BDI-II)*. Texas: Psychological Corporation.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., y Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90-96. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.054

- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L.A. y Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 105-119.
- Berndt, E.R., Koran, L.M., Finkelstein, S.N., Gelenberg, A.J., Kornstein, S.G., Miller, I.M...Keller, M.B. (2000). Lost human capital from early onset chronic depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 940-947.
- Berger, H., Franke, G.H., Hofmann, F.-H., Sperth, M., Holm- Hadulla, R.M. (2015). Mental health of students and its development between 1994 and 2012. *Mental Health & Prevention*, 3, 48-56. doi: 10.1016/j.mhp.2015.01.001
- Bernhardsdóttir, J., y Vilhjálmsón, R. (2013). Psychological distress among university female students and their need for mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 672-678.doi:10.1111/jpm.12002
- Biasi, V., Patrizi, N., Mosca, M., y De Vincenzo, C. (2016). The effectiveness of university counselling for improving academic outcomes and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1-10. doi: 10.1080/03069885.2016.1263826
- Bieri, J. (1955). Cognitive complexity-simplicity and predictive behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 263–268.
- Bonarius, H. (1977). The interaction model of communication: Through experimental research towards existential relevance. In Landfield, A. W. y Cole, J. K (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation 1976: Personal Construct Psychology: Vol. 26*. Lincoln, EE.UU: University of Nebraska Press.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la Práctica Psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Botella, L., y Feixas, G. (2008). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Edición electrónica. Barcelona: Laertes
- Bricall, J. (2000). *Universidad 2000*. Madrid: CRUE.
- Burwell, R. A., y Shirk, S. R. (2006). Self processes in adolescent depression: The role of self-worth contingencies. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 479–490. doi:10.1111/j.1532-7795.2006.00503.x
- Cahill, J., Barkham, M., Stiles, W. B., Twigg, E., Hardy, G. E., Rees, A. y Evans, C. (2006). Convergent validity of the CORE measures with measures of depression for clients in cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 253–259 doi:10.1037/0022-0167.53.2.253

- Campoy, T. J. y Pantoja, A. (2000). La orientación en la Universidad de Jaén. *Revista de Orientación y Psicopedagogía*, 11, 77-106.
- Caparrós- Caparrós, B., Villar- Hoz, E., Juan- Ferrer, J., y Viñas- Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Caputi, P. y Keynes, N. (2001). A note on the stability of structural measures based on repertory grids. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(1), 51-55.
- Carrasco, M. A., Sánchez, V., Ciccotelli, H. y Del Barrio, V. (2003). Listado de Síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2 (2), 149-161.
- Castellano, F. (1995). *La orientación educativa en la Universidad de Granada*. Granada: Universidad de Granada.
- Castillo, L. G., y Schwartz, S. J. (2013). Introduction to the special issue on college student mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 69(4), 291-297. doi: 10.1002/jclp.21972
- Cava, M. J., Musitu, G., y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17(2), 151-161.
- Ceyhan, A., Ceyhan, E. y Kurty, Y. (2009). Investigation of university students' depression. *Eurasian Journal of Educational Research*, 36; 75-90.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª Ed.). Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta-Domínguez, N., Torres-Viñals, M., Aguilar-Alonso, Á., Dada, G., & Saúl, L. Á. (2011). Cognitive factors in fibromyalgia: The role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24(1), 56-77. doi:10.1080/10720537.2011.530492
- Connell, J., Barkham, M. y Mellor-Clark, J. (2007). CORE-OM mental health norms of students attending university counselling services benchmarked against an age-matched primary care sample. *British Journal of Guidance and Counselling*, 35, 41-56. doi:10.1080/03069880601106781
- Corella, A. (2012). *La utilització de similituds en l'anàlisi de dades de la Tècnica de Graella*. (Tesis de maestría inédita). Universitat de Barcelona. Barcelona.



- Cuevas de la, C., González de Rivera, J. L., Henry- Benítez, M., Monterrey, A., Rodríguez, F. y Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7, 27-30.
- Crocker, J., y Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392–414.
- Dada, G. (2008). *Autovaloración, factores cognitivos y de personalidad en la predicción de sintomatología alimentaria en mujeres universitarias*. Diploma de Estudios Avanzados no publicado. Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Barcelona, España.
- Dada, G. (2014). *Los conflictos cognitivos y la construcción del sí mismo y de los otros en los trastornos de la conducta alimentaria*. (Tesis doctoral inédita). Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Dada, G., Feixas, G., Compañ, V. y Montesano, A. (2012). Self-construction, cognitive conflicts, and disordered eating attitudes in young women. *Journal of Constructivist Psychology*, 25(1), 70-89.
- Dada, G., Izu, S., Montebrubo, C., Grau, A., Feixas, G. (2017). Content analysis of the construction of self and others in women with bulimia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00480
- Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., y Mannix-McNamara, P. (2014). Psychological distress and coping amongst higher education students: A Mixed method enquiry. *PLoS ONE*, 9 (12), 1-24. doi:10.1371/journal.pone.0115193
- Deci, E., y Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well- being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11. doi: 10.2466/pr0.2003.92.2.416
- Delara, M., y Woodgate, R. L. (2015). Psychological Distress and its Correlates among University Students: A Cross-Sectional Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28 (4), 240–244. doi:10.1016/j.jpag.2014.08.012
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derogatis, L. R. (1982). Self-report measures of stress. In Goldberger, L. y Brenznitz, S. (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 270-294). New York: Free Press.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota: NCS Pearson. Adaptación española de González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. Rodríguez Pulido, F. *SCL-90-R*. Cuestionario de 90 síntomas. Madrid: TEA Ediciones, 2002.

- Díaz, F., Feixas, G., Pellungrini, I. y Saúl, L.A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.
- Díaz-Cruz, F., Bethencourt Pérez, J.M., y Peñate Castro, W. (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 21-39.
- Diener, E., y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 653.
- Dooley, B., Fitzgerald, A. (2012). *My world survey: National study of youth mental health in Ireland*. Dublin: Headstrong and University College Dublin School of Psychology.
- Doom, J. R., y Haefel, G. J. (2013). Teasing apart the effects of cognition, stress, and depression on health. *American Journal of Health Behavior*, 37(5), 610-619. doi: 10.5993/AJHB.37.5.4
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. y Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.83
- Duane, E., Stewart, C., Bridgeland, W.M. (2003). College student suicidality and family issues. *College Student Journal*, 37(1), 135-141.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., y Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.
- Dyson, R. y Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (10), 1231- 1244. doi:10.1002/jclp.20295
- Ebert, S. A., Tukcer, D. C. y Roth, D. L. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health and Medicine*, 7(3), 363 -376. doi: 10.1080/13548500220139449
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., y Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. doi: 10.1037/0002-9432.77.4.534
- Ellen, S. R., Norman, T. R., y Burrows, G. D. (1998). Assessing anxiety and depression in primary care. In Keks, N.A. y Burrows, G. D. (Eds.), *MJA Practice Essentials. Mental Health*. Sydney: Australasian Medical Publishing Company.

- Enquesta de Salut de Catalunya (2015). *Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya Informe dels principals resultats 2015*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut Recuperado de: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca\\_2015.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf), 26 de Enero de 2017.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. In Millon, T. & Lerner, M.J. (Eds.), *Handbook of psychology: Personality and Social Psychology*, Vol. 5 (pp. 159-184). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Europa Press (2001). Casi cuatro de cada diez universitarios sufren depresión, según una encuesta de la Complutense. Recuperado el 27 de octubre de 2002, de <http://www.psiquiatria.com>.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., y Audin, J. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51- 60.
- Erazo, M. I., y Jiménez, M.C. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 5(1), 65-76.
- Feixas, G. (2003). La Técnica de Rejilla en la orientación personal: estudio de un caso. *Psicologia em Revista*, 10(14), 65-81.
- Feixas, G. (2016). Dilemma resolution. En D. A. Winter y N. Reed (Eds.), *The Wiley Handbook of Personal Construct Psychology* (pp. 230-240). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Feixas, G., Bach, L. y Laso, E. (2004). Factors affecting interpersonal construct differentiation when measured using the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 17(4), 297-311.
- Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Paz, C., Montesano, A., Compañ, V., ... y Medeiros-Ferreira, L. (2016). A dilemma-focused intervention for depression: a multicenter, randomized controlled trial with a 3-month follow-up. *Depression and Anxiety*, 33(9), 862-869. doi:10.1002/da.22510
- Feixas, G., Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 194-203.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD V. 2.0*. (2nd. ed. rev.). Barcelona: Paidós.

- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (2002). *RECORD v. 4.0: Análisis de correspondencias de constructos personales*. Barcelona: Psimedia (disponible en Internet: [www.terapiacongitiva.net/record](http://www.terapiacongitiva.net/record)).
- Feixas, G., Cornejo, J. M. y Laso, E. (2012a). RECORD 5.0. Análisis de correspondencias de constructos personales: aplicación en línea. Recuperado de <http://www.tecnica derejilla.net>
- Feixas, G., Erazo-Caicedo, M. I., Harter, S. L. y Bach, L. (2008a). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy and Research*, 32(3), 386-400.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S.,... y López-González, M. A. (2012b). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 89, 1-22.
- Feixas, G., Hermosilla, S., Compañ, V. y Dada, G. (2009a). Camino hacia el coraje: terapia de constructos personales en un caso de depresión mayor, fibromialgia y otras comorbilidades. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII, 241-251.
- Feixas, G., Lopez Moliner, J., Navarro Montes, J., Tudela Mari, M. y Neimeyer, R. A. (1992). The stability of structural measures derived from repertory grids. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5(1), 25-39. doi: 10.1080/08936039208404939.
- Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., Del Castillo, M. y Compañ, V. (2010). Self-construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 445-457.
- Feixas, G., Montesano, A., Compañ, V., Salla, M., Dada, G., Pucurull, O.,... Guàrdia, J. (2014). Cognitive conflicts in major depression: Between desired change and personal coherence. *British Journal of Clinical Psychology*. doi: 10.1111/bjc.12050
- Feixas, G., Montesano, A., Erazo-Caicedo, M.I., Compañ, V. y Pucurull, O. (2014). Implicative Dilemmas and Symptom Severity in Depression: A preliminary and content analysis study. *Journal of Constructivist Psychology*, 27, 31-40. doi:10.1080/10720537.2014.850369
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2001). Detection and analysis of cognitive conflicts: Implications for case formulation and therapy process. En T. Scrimali, y L. Grimaldi (Ed.), *Cognitive Psychotherapy Toward a New Millenium*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *Spanish Journal of Psychology*, 7, 69-78.
- Feixas, G., Saúl, L.A., Ávila-Espada, A. y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, X (1), 5-13.
- Feixas, G., Saúl, L. A. y Ávila-Espada, A. (2009b). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169. doi:10.1080/10720530802675755
- Feixas, G., Saúl, L. Winter, D. y Watson, S. (2008b). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 26, 243-255.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000) *Constructivismo y Psicoterapia* (3º ed. rev.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernandes, E. M., Maia, Â., Meireles, C., Rios, S., Silva, D., y Feixas, G. (2005). Dilemas implicativos e ajustamento psicológico: Um estudo com alunos recém-chegados à Universidade do Minho. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 285-304.
- Franco, C., Gutiérrez, S. y Perea, E. (2011). Asociación entre depresión y bajo rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14 (25), 67-75.
- Fransella, R, Bell, R., y Bannister, D. (2004). *A manual of repertory grid technique* (2º ed.). Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Fuente de la, J., López, M., Zapata, L. Martínez-Vicente, J.M., Vera, M.M., Solinas, G., y Fadda, S. (2014). Competency to study and learn in stressful contexts: fundamentals of the "e-Coping with Academic Stress" utility. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(3), 717-746. doi: 10.14204/ejrep.34.14034
- Gallagher, R. P. (2013). National Survey of College Counseling Centers: Section One: 4-Year Directors. University of Pittsburgh. Recuperado de [http://mediad.publicbroadcasting.net/p/kunr/files/Directors\\_Survey\\_by\\_Gallagher\\_2013.pdf](http://mediad.publicbroadcasting.net/p/kunr/files/Directors_Survey_by_Gallagher_2013.pdf)
- Gallifa, J. y Botella, L. (2000). The structural quadrants method: A new approach to the assessment of construct system complexity via the repertory grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 13(1), 1-26.
- Garaigordobil, M., y Durá, A. (2006). Relaciones de autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y la responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32, 37-64.

- García-Viniegras, C. R. V. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8 (2), 1-20.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2009). La Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid historia, características y situación actual *Acción psicológica*, 6(1), 123-134. doi: 10.5944/ap.6.1.451
- Gardner, G. G., Mancini, F., y Semerari, A. (1988). Construction of psychological disorders as invalidation of self-knowledge. In Fransella, F. y Thomas, L. (Eds.), *Experimenting with personal construct psychology* (p. 259–272). London, UK: Routledge & Kegan Paul.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., y Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488. doi:10.1002/da.20321
- Gentile, B., Grabe, S., Dolan-Pascoe, B., Twenge, J. M., Wells, B. E., y Maitino, A. (2009). Gender differences in domain-specific self-esteem: A meta-analysis. *Review of General Psychology*, 13 (1), 34-45. doi: 10.1037/a0013689
- Gfellner, B. M., y Córdoba, A. I. (2011). Identity distress, psychosocial maturity, and adaptive functioning among university students. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 11(2), 136-154. doi:10.1080/15283488.2011.540740
- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M., y Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12 (1), 131-135.
- Gili, M., García Campayo, J., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.005
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. doi:10.1093/eurpub/cks035
- Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J. y Bryson, P. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic Medicine*, 84 (2), 236-41.
- Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Marchal-Bertrand, L., Soler, F., y Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, Validation, Reliability and Factorial Equivalence of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Colombian and Spanish Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 19(e66), 1-12.

- González de Rivera, J., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goswami, S., Sachdeva, R. y Sachdeva, S. (2012). Body image satisfaction among female college students. *Industrial Psychiatry Journal*, 21 (2), 168–172.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I.,... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. doi: 10.1157/13086324
- Hafkenscheid, A. (1993). Psychometric evaluation of the symptom checklist (SCL-90) in psychiatric inpatients. *Personality and Individual Differences*, 14, 751-756.
- Hasenyager, P. (1975). *The relationship between Neutral Responses on the Role Construct Repertory Test versus Extremity Scale* (Tesis de máster inédita). University of Nebraska. Lincoln
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: MacGraw-Hill
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., y Viinamäki, H. (2001). Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: A study in a general population. *Comprehensive psychiatry*, 42(3), 234-239.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hofmann, W., Luhmann, M., Fisher, R. R., Vohs, K. D., y Baumeister, R. F. (2014). Yes, but are they happy? Effects of trait self-control on affective well-being and life satisfaction. *Journal of Personality*, 82(4), 265–277. doi:10.1111/jopy.12050.
- Howell, R., Kern, M., y Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83-136. doi: 10.1080/17437190701492486.
- Hunt, M., Auriemma, J., y Cashaw, A. C. (2003). Self-report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 26-30. doi: 10.1207/S15327752JPA8001\_10.
- Hunt, J., y Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46 (1), 3-10. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.008
- Hyun, J., Quinn, B., Madon, T., y Lustig, S. (2007). Mental health needs, awareness, and use of counseling services among international graduate students. *Journal of American College Health*, 56 (2), 109–118.

- Ibáñez, I., del Pino, A., Olmedo, E., y Gaos, M. T. (2010). Fiabilidad y validez de una versión española del Inventario de Depresión de Beck-II en una muestra de la población general canaria. *Psicología Conductual*, 18(1), 35.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., y Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.11.015.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2016). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Disponible en <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Isserstedt, W., Middendorf, E., Fabian, G., y Wolter, A. (2007). Economic and Social Conditions of Student Life in the Federal Republic of Germany in 2006. In: *Proceedings of the 18th social survey of the deutsches studentenwerk, conducted by HIS Hochschul-informations-system*. Selected Results. Federal Ministry for Education and Research. Recuperado de [http://www.dzhw.eu/publikation/pub\\_detail?pub\\_id=886](http://www.dzhw.eu/publikation/pub_detail?pub_id=886)
- Kang, S., Shaver, P., Sue, S., Min, K. y Jing, H. (2003). Culture-specific patterns in the prediction of life satisfaction: Roles of emotion, relationship quality, and self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1596-1608. doi:10.1177/0146167203255986.
- Kaplan, R. M. y Saccuzo, D. P. (2009). *Psychological testing. Principles, applications and issues* (7.ª ed.). Edition. Belmont, CA: Wadsworth.
- Kelly, G. A. (1955/1991). *The Psychology of Personal Constructs (Vols. 1 y 2)*. Londres: Routledge.
- Kelly, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales*. B. Maher (Comp.). Barcelona: Paidós.
- Kendler, K. S., Gardner, C. S., y Prescott, C. A. (1999). Clinical characteristics of major depression that predict risk of depression in relatives. *Archives of General Psychiatry*, 56 (4), 322–327. doi:10.1001/archpsyc.56.4.322
- Kernis, M.H. y Goldman, B.M. (2003). Stability and variability in self-concept and self-esteem. En Leary, M.R. y Tangney, J.P. (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 106-127). New York, NY: Guilford.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I.,... Üstün, T.B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental



- disorders in the World Health Organisation's world mental health survey initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S. y Merikangas, K., (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49 (12), 1002-1014. doi:10.1016/S0006-3223(01)01129-5
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B. y Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (7), 1026-1032.
- Lipson, S. K., Zhou, S., Wagner III, B., Beck, K., y Eisenberg, D. (2016). Major differences: Variations in undergraduate and graduate student mental health and treatment utilization across academic disciplines. *Journal of College Student Psychotherapy*, 30(1), 23-41. doi: 10.1080/87568225.2016.1105657
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. doi: 10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Kirby, M. J. L., y Keon, W. J. (2006). *Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness*. Ottawa, CA: The Senate
- Kojima, M., Furukawa, T. A., Takahashi, H., Kawai, M., Nagaya, T., y Tokudome, S. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Research*, 110(3), 291-299.
- Kostanski, M., y Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(02), 255-262.
- Kreß, V., Sperth, M., Hofmann, F-H., y Holm-Hadulla, R. M. (2015). Psychological complaints of students: A comparison of field samples with clients of a counseling service at a typical German University. *Mental Health & Prevention*, 3, 41-47. doi:10.1016/j.mhp.2015.04.002.
- 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: 10.1016/S0165-1781(02)00106-3.
- Lally, J., y Cantillon, P. (2014). Uncertainty and ambiguity and their association with psychological distress in medical students. *Academic Psychiatry*, 38(3), 339-344. doi: 10.1007/s40596-014-0100-4

- Lamers, S. M.; Bolier, L.; Westerhof, G. J.; Smit, F. y Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35 (5), 538-47. doi: 10.1007/s10865-011-9379-8
- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Barajas-Iglesias, B., y Santed-Germán, M. Á. (2016). Body dissatisfaction in adolescents with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-9. doi: 10.1007/s40519-016-0353-x
- Leary, M.R. y MacDonald, G. (2003). Individual differences in self-esteem: A review and theoretical integration. En Leary, M.R. y Tangney J.P. (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 401-418). New York, NY: Guilford.
- Lewinson, P. M., Redner, J. E. y Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. Elmsford, NY, U.S.: Pergamon Press
- Lifespan News (2006). Negative Body Image Related to Depression, Anxiety and Suicidality. Recuperado de <https://www.sciencedaily.com/releases/2006/06/060606224541.htm>.
- Li, Q., Huang, P., Yang, G. y Zhu, X. (2002). The SCL- 90 and EPQ results of students in a military medical university. *Chinese Mental Health Journal*, 16 (6), 426-428.
- Lin, C. C. (2015). Gratitude and depression in young adults: The mediating role of self-esteem and well-being. *Personality and Individual Differences*, 87, 30-34. doi:10.1016/j.paid.2015.07.017
- Lyne, K., Barrett, P., Evans, C. y Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 185-203.
- Martín, L., Núñez, J., Navarro, J., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467. doi:10.1017/S1138741600006727
- Mathers, C. D. y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 2011-2030. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., y Meléndez, J. C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112.

- McIntyre, D., Rowland, M., Choi, K., y Sarkin, A. (2014). Gender differences in the relationships between mental health symptoms, impairment, and treatment-related behaviors among college students. *Mental Health & Prevention*, 2(3), 80-85. doi: 10.1016/j.mhp.2014.11.001
- Melis, F., Feixas, G., Varlotta, N., González, M.L., Ventosa, A., Krebs, M.,... Montesano, A. (2011). Conflictos cognitivos (dilemas) en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX, 41-48.
- Meneses, J., Barrios, M., Lozano, L. M., Bonillo, A., Turbany, J., Cosculluela, A., y Valer, S. (2014). *Psicometría*. Editorial UOC.
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. A., y Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: a meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2997. doi:10.2147/NDT.S91861
- Montesano, A., Feixas, G., Saúl, L. A., Erazo-Caicedo, M. I., Dada, G. y Winter, D. (2014). Cognitive conflicts and symptom severity in dysthymia: «I'd rather be good than happy». *Salud Mental*, 37(1), 41-48.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., y Üstün, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the world health surveys. *Lancet*, 370,851-858. :doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
- Mowbray, C.T., Megivern, D., Mandiberg, J.M., Strauss, S., Stein, C.H., Collins, K..., Lett, R. (2006). Campus mental health services: recommendations for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 226–237. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.226
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2000). La utilización de los tests en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-49.
- Murray, A. L., McKenzie, K., Murray, K. R., y Richelieu, M. (2016). An analysis of the effectiveness of university counselling services. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(1), 130-139. doi: 10.1080/03069885.2015.1043621
- National Institute of Mental Health (NIH, 2010). Just Over Half of Americans Diagnosed with Major Depression Receive Care. National Institute of Mental Health Science Updates ((<http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2010/just-over-half-of-americans-diagnosed-with-major-depression-receive-care.shtml>)).

- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs in clinical practice. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 4, pp. 275- 329). Nueva York: Academic Press.
- Neimeyer, R. A. (1987). An orientation to personal construct therapy. En R. A. Neimeyer, y G. J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook*. Nueva York: Springer
- Neimeyer, R. A. y Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 47-56.
- Neimeyer, R., y Mahoney, M. J. (Eds.). (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Noorden, M. S., Giltay, E. J., Hollander-Gijsman, M. E., Wee, N. J. A., Veen, T., y Zitman, F. G. (2010). Gender differences in clinical characteristics in a naturalistic sample of depressive outpatients: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 116–123. doi:10.1016/j.jad.2009.12.007
- O'Hara, M. M., Sprinkle, S. D. y Ricci, N. A. (1998). Beck Depression Inventory--II: College population study. *Psychological Reports*, 82(3, Pt 2), 1395-1401.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2008). World Health Statistics 2008. Recuperado de <http://www.who.int/gho/publications/world health statistics/EN WHS08 Full.pdf>
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2014). World Health Statistics 2014. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671 eng.pdf?ua=1>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD, 2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/9789264228283
- Orth, U., y Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460.
- Orth, U., Robins, R. W., y 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
- Osman, A., Downs, W. R., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Gutierrez, P. M. y Chiros, C. E. (1997). Factor structure and psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19(4), 359-376.
- Orzech, K. M., Salafsky, D. B., y Hamilton, L. A. (2011). The state of sleep among college students at a large public university. *Journal of American College Health*, 59(7), 612-619. doi: 10.1080/07448481.2010.520051

- Palmer, S., y Puri, A. (2006). *Coping with stress at university: A survival guide*. London, United Kingdom: Sage.
- Paradise, A. y Kernis, M. (2002). Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(4), 345-361. doi: 10.1521/jscp.21.4.345.22598.
- Paz, C. (2016). Cambio en los conflictos cognitivos y la construcción del sí mismo en dos modalidades de terapia cognitiva para la depresión. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona. Barcelona, España.
- Prince, J. P. (2015). University student counseling and mental health in the United States: Trends and challenges. *Mental Health and Prevention*, 3, 5-10. doi: 10.1016/j.mhp.2015.03.001
- Pucurull, O. (2015). *Psicoterapia Breve con un enfoque cognitivo-Constructivista en la atención primaria: cambios sintomáticos y cognitivos*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Pullman, H., y Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Its dimensionality, stability and personality correlates in Estonia. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00132-4
- Rajmil, L., Gispert, R.M., Roset, M.G., Muñoz, P.E., y Segura, A.B. (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 12(4), 153-159. doi: 10.1016/S0213-9111(98)76465-9
- Reid, A. (2004). Gender and Sources of Subjective Well-Being. *Sex Roles*, 51 (11/12), 617-629. doi: 10.1007/s11199-004-0714-1
- Ribeiro, E., Feixas, G., Maia, Â., Senra, J., y Dada, G. (2012). Changes in the construct systems of first-year university students: Impact on psychological symptoms and problem-solving skills. *Journal of Constructivist Psychology*, 25(2), 170-180. doi:10.1080/10720537.2012.629119
- Rieger, S., Göllner, R., Trautwein, U., y Roberts, B. W. (2016). Low self-esteem prospectively predicts depression in the transition to young adulthood: A replication of Orth, Robins, and Roberts (2008). *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), 16-22. doi: 10.1037/pspp0000037
- Rio del C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámide.

- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Romero, A., Cruz, S., Gallardo, C., y Peñacoba, C. (2013). Cómo promocionar la salud y el bienestar en la comunidad universitaria. Universidad Rey Juan Carlos, Universidad Saludable. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(2), 49-64.
- Rodríguez, R., y Quiñones, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5(1), 7-17.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M. y Owens, T.J. (2001). *Low self-esteem people: A collective portrait*. In Owens, T.J., Stryker, S. y Goodman, N. (Eds.), *Extending self esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 400-436). New York, NY: Cambridge University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., y Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156
- Rückert, H. (2015). Students' mental health and psychological counseling in Europe. *Mental Health and Prevention*, 3, 34-40. doi:10.1016/j.mhp.2015.04.006
- Ruiz, F. J., y Odriozola-González, P. (2016). The role of psychological inflexibility in Beck's cognitive model of depression. *Anales de Psicología*, 32(2), 441-447. doi:10.6018/analesps.32.2.214551
- Saldaña, C., Badós, A., García-Grau, E., Balaguer, G., y Fusté, A. (2009). La Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona [The Behaviour Therapy Unit of the University of Barcelona]. *Acción Psicológica*, 6 (1), 113-122. doi:10.5944/ap.6.1.450
- Samborowski, L. (2007). Leadership and its correlation to the self-esteem of high school seniors in Massachusetts. *Dissertation Abstracts International Section A. Humanities and Social Sciences*, 67, 43-56.

- Sánchez, M. F. (1998). Las funciones y necesidades de orientación en la Universidad: Un estudio comparativo sobre las opiniones de universitarios y profesionales. *Revista de Orientación y Psicopedagogía*, 9, 87-107.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de Psicología*, 29(1), 66-75. doi: 10.6018/analesps.29.1.130532
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y 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., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II"(BDI-II). *Psicología Conductual*, 22(1), 37.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003a). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Sanz, J., Perdígón, A. L., y Vázquez, C. (2003b). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de beck. *Psicothema*, 10(2), 303–318. doi: 7467-13170-1
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Education.
- Sargent, J. T., Crocker, J., y Luhtanen, R. K. (2006). Contingencies of self-worth and depressive symptoms in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 628-646. doi: 10.1521/jscp.2006.25.6.628
- Sarmiento, M. (2015). A “Mental Health Profile” Of Higher Education Students. *Social and Behavioral Sciences* 191, 12 -20. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.04.606
- Saúl, L. A. (2005). *El papel de los conflictos cognitivos en la salud mental: implicaciones para el cambio terapéutico*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Salamanca. Salamanca.
- Saúl, L. A., López-González, M. Á., Feixas, G., Rubio-Garay, F. y Domínguez-Simón, M. J. (2014). Conflictos cognitivos en una muestra comunitaria: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(3), 343-359.

- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G., y Tress, W. (2000). The symptom check-list-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185-193.
- Schöne, C., Tandler, S. S., y Stiensmeier-Pelster, J. (2015). Contingent self-esteem and vulnerability to depression: academic contingent self-esteem predicts depressive symptoms in students. *Frontiers in psychology*, 6, 1573-1573. doi:10.3389/fpsyg.2015.01573
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Xiao Chi Zhang y Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy *International Journal of Clinical and Health Psychology* 16; 1-10. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005
- Schulenberg, S. E. y Yutrzecka, B. A. (2001). Equivalence of computerized and conventional versions of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *Current Psychology*, 20(3), 216-230. doi: 10.1007/s12144-001-1008-1
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G., y Tress, W. (2000). The symptom check-list-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185-193.
- Schwitzer, A. M. (2008). College Student Health, mental health, and well-being. *Journal of College Counseling*, 11(2), 99-100. doi: 10.1002/j.2161-1882.2008.tb00027.x
- Sharma, B. (2012). Adjustment and emotional maturity among first year college students. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 9 (3), 32-37.
- Secuban, M. J. (2012). The social readiness of first- and second-year college students: Variables supporting success. *E Journal of Organizational Learning & Leadership*, 10 (1), 13-25.
- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Smith, H. J. (2000). The reliability and validity of structural measures derived from repertory grids. *Journal of Constructivist Psychology*, 13, 221-236.
- Smith, J. S. y Wertlieb, E. C. (2005). Do first-year college students' expectations align with their first-year experiences? *NASPA Journal*, 42 (2), 153-174.
- Soares, A. P. y Almeida, L. S. (2002). *Trajectórias escolares e expectativas académicas dos candidatos ao Ensino Superior: Contributos para a definição dos alunos que entraram na Universidade do Minho*. Braga: Universidade do Minho. Conselho Académico.



- Soares, M. L. P., Lucas, C. V., Oliveira, F. I., Roque, F. L., y Cadima, J. (2012). Psychological symptomatology and loneliness in a college students sample: What new trends can be developed to better help these students? *Revista de Psicologia da IMED*, 4(2), 692-704.
- Soldevilla, J. M., Feixas, G., Varlotta, N. y Cirici, R. (2014). Characteristics of the Construct Systems of Women Victims of Intimate Partner Violence. *Journal of Constructivist Psychology*, 27(2), 105-119.
- Sowislo, J. F., y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. doi 10.1037/a0028931
- Stallman, H. M. (2008). Prevalence of psychological distress in university students: Implications for service delivery. *Australian Family Physician*, 37(8), 673.
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249-257. doi: 10.1080/00050067.2010.482109
- Stallman, H. M., y Shochet, I. A. N. (2009). Prevalence of mental health problems in Australian university health services. *Australian Psychologist*, 44(2), 122-127. doi: 10.1080/00050060902733727
- Stamp, E., Crust, L., Swann, C., Perry, J., Clough, P., y Marchant, D. (2015). Relationships between mental toughness and psychological wellbeing in undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 75, 170–174. doi:10.1016/j.paid.2014.11.038
- Stanley, N., y Manthorpe, J. (2001). Responding to students' mental health needs: Impermeable systems and diverse users. *Journal of Mental Health*, 10 (1), 41-52. doi: 10.1080/2-09638230020023606
- Steer, R. A. y Clark, D. A. (1997). Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II with college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30(3), 128-136.
- Storrie, K., Ahern, K., y Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems - A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1-6. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x
- Swann, W. B., y Bosson, J. K. (2010). Self and identity. In Fiske, S. T., Gilbert, D. T., y Lindzey, G. (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (5th ed., vol. 1, pp. 589–628). Hoboken, NJ: Wiley.

- Trujillo, A. (2016) *Técnica de la rejilla interpersonal: un estudio de validación en población comunitaria*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., ... y Corbella, S. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457. doi:10.2147/NDT.S103079
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., y Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5), 386-392. doi: 10.1192/bjp.184.5.386
- Vanheule, S., Desmet, M., Groenvynck, H., Rosseel, Y., y Fontaine, J. (2008). The factor structure of the Beck Depression Inventory–II: An evaluation. *Assessment*, 15(2), 177-187. doi: 10.1177/1073191107311261
- Varlotta, N. (2006). *Indicadores de conflicto cognitivo en la técnica de rejilla y su relación con el cuestionario sintomático SCL-90-R*. (Trabajo de investigación, Diploma de Estudios Avanzados) dirigido por G. Feixas, Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Vazquez, F.L. y Blanco, V. (2006). Symptoms of depression and related factors among Spanish university students. *Psychological Reports*, 99; 583-90. doi:10.2466/pr0.99.2.583-590
- Vázquez, F.L y Blanco V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2); 165-71. doi:10.3200/JACH.57.2.165-172
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. V y Vázquez- Morrejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
- Vázquez, C., Rahona, J. J., Gómez, D., Caballero, F. F., y Hervás, G. (2015). A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 16 (1), 135-148. doi: 10.1007/s10902-014-9501-z
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10(1), 59-81
- Vázquez, F. L., Torres, Á., Otero, P., y Díaz, O. (2011). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-IV axis I mental disorders among female university students. *The*

- Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 379-383. doi: 10.1097/NMD.0b013e31821cd29c
- Vidal, J., Díez, G. y Vieira, M. J. (2002). Oferta de los servicios de orientación en las universidades españolas: *Revista de Investigación Educativa*, 20 (2), 431-448.
- Villar, E., Caparrós, B., Viñas, F., Juan, J., Pérez, I. y Cornellá, M. (2001). *L'adaptació a la Universitat. Factors psicològics i socials*. Girona: Servei de Publicacions de la Universitat de Girona.
- Whisman, M. A., Perez, J. E. y Ramel, W. (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory--Second Edition (BDI-II) in a student sample. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 545-551.
- Whisman, M. A., y Richardson, E. D. (2015). Normative data on the Beck Depression Inventory--second edition (BDI-II) in college students. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 898-907. doi:10.1002/jclp.22188
- Wilhelm, K., Martin, G., y Miranda, Ch. (2012). Autoestima profesional: Competencia mediadora en el marco de la evaluación docente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, 339-350.
- Winter, D. A. (1985). Personal styles, constructive alternativism and the provision of a therapeutic service. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 129-136
- Winter, D. A. (1992). *Personal Construct Psychology in Clinical Practice: Theory, Research and Applications*. Londres: Routledge.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Wolfram, R. (2010). Depression Care: Using the Chronic Care Model in a University Health Center ([PowerPoint]). *American College Health Association, Philadelphia, PA*. Recuperado de <http://www.acha.org/AnnualMeeting/handouts10.cfm>.
- Wood, A. M. y Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122 (3), 213–217. doi:10.1016/j.jad.2009.06.032
- You, S., Merritt, R. D., y Conner, K. R. (2009). Do gender differences in the role of dysfunctional attitudes in depressive symptoms depend on depression history? *Personality and Individual Differences*, 46(2), 218–223. doi:10.1016/j.paid.2008.10.002

Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164.

Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., y Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 180-185. doi: 10.1016/j.jad.2009.01.001



# **Anexos**



Anexo 1. Cuestionario de variables sociodemográficas

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_


*Si está interesado en participar en la investigación sobre **construcción del sí mismo, conflictos cognitivos y malestar psicológico en estudiantes de psicología** por favor llene los siguientes datos y escriba su disponibilidad horaria.*

<p>Género:      <input type="checkbox"/> 1. Hombre      <input type="checkbox"/> 2. Mujer</p> <p>Edad: _____</p> <p><b>Tiene pareja actualmente:</b>   <input type="checkbox"/> 1. Si    <input type="checkbox"/> 2. No</p> <p><b>Estado Civil:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Casado</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Soltero o convive con su pareja</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Divorciado/Separado</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Viudo</p>
<p><b>Estudios:</b></p> <p>    1. Grado</p> <p>    2. Postgrado</p> <p>    3. Doctorado</p> <p><b>Tipo de estudios que cursa:</b> _____</p> <p>Año que cursa 1 2 3 4</p>
<p>Actualmente está recibiendo algún tratamiento psicológico o psicofarmacológico?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Motivo: _____</p> <p>¿Anteriormente ha recibido algún tratamiento psicológico ?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Motivo: _____</p> <p>_____</p>
<p>Considerando todos los aspectos ¿qué grado de satisfacción tiene con su vida en general?</p> <p>En una escala del 1 al 10: _____</p>





Anexo 3. Protocolo CORE-OM



**CORE-OM**

Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

A A A A M M D D

Edad

Hombre

Mujer

Fase actual

B Selección

R Derivación

A Evaluación

F Primera sesión de terapia

P Pre-terapia

D Durante terapia

L Última sesión de terapia

X Seguimiento 1

Y Seguimiento 2

Fase

Episodio de terapia

**IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.**  
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así durante los últimos siete días.  
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	
1 Me he sentido muy solo y aislado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
4 Me he sentido bien conmigo mismo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
6 He sido violento físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 Me he sentido satisfecho con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W

**Por favor continúe en la página siguiente**

**Durante los últimos siete días...**

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	Ignoracional
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiado por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperado o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticado por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillado o avergonzado por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO**

<b>Puntuación total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Puntuaciones medias</b> <small>(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

**Anexo 4. Protocolo EAR**

**Traducción de la escala de Autoestima de Rosenberg (1965)**

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Género:** Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_

**Titulación:** \_\_\_\_\_

A continuación se presenta una lista de afirmaciones sobre la manera en que uno se siente consigo mismo. Señale redondeando con un círculo la respuesta que más se ajusta a usted siguiendo la siguiente clave de puntuación.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	2	3	4

	1	2	3	4
1.En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2.A veces, pienso que no soy bueno en nada				
3.Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades				
4.Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5.Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6.A veces, me siento realmente inútil.				
7.Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.				
8.Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9.En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10.Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				

## Anexo 5. Aprobación de la comisión de Bioética



Oficina de Gestió de la Recerca  
Pavelló Rosa (recinte Maternitat) primer pis  
Travessera de les Corts, 131-159  
08028 Barcelona

Comisión de Bioética  
de la  
Universitat de Barcelona

Certificado de aprobación  
Sobre experimentación en humanos o en muestras de origen humano

Don Albert Royes Qui, Secretario de la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona.

CERTIFICA:

Que el Dr. Guillem Feixas Viaplana presentó el proyecto titulado "Malestar psicológico, construcción de sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en estudiantes universitarios".

La Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona analizó toda la documentación presentada por el Dr. Guillem Feixas Viaplana y, por acuerdo de fecha 17 de noviembre de 2015, aprobó informar favorablemente desde el punto de vista bioético el proyecto de investigación de referencia.

Y para que conste y a los efectos que correspondá, firmo este documento con el visto bueno del presidente de la Comisión en Barcelona a 17 de noviembre de 2015.

  
Universitat de Barcelona  
Comissió de Bioètica

Vº Bº El presidente de la Comisión de Bioética de la  
Universitat de Barcelona

  
Jordi Alberch Viè  
Oficina de Gestió de la Recerca

Institutional Review Board (IRB00003099)

### Anexo 6. Consentimiento informado

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Declaro que se me ha ofrecido la posibilidad de participar en un estudio de investigación sobre el malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en estudiantes universitarios.

La participación en este estudio implica la realización de una sesión de evaluación psicológica con diferentes instrumentos de evaluación (test, entrevista).

Mi participación es libre y voluntaria, y puedo suspenderla en cualquier momento si así lo deseo.

De acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/99 LOPD, los datos de este estudio y especialmente mis datos personales, serán confidenciales y serán utilizados únicamente a efectos de investigación.

Así mismo, dispongo de la posibilidad de ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, dentro del ámbito de la citada ley.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para participar en este estudio y declaro que he sido informado del tipo de estudio, de sus objetivos y metodología, que he tenido la posibilidad de resolver cualquier duda al respecto y que he recibido una copia de este documento que he podido leer antes de firmar.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Firma del participante

Firma del profesional que ha dado la información

DNI:  
Nombre:

DNI:  
Nombre: