

# CAMBIOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO, ESTRUCTURA COGNITIVA Y SINTOMATOLOGÍA EN MUJERES CON TRASTORNO DISTÍMICO EN TERAPIA DE GRUPO. COMPARACIÓN CON UNA MUESTRA NO CLÍNICA

## CHANGES IN SELF CONSTRUCTION, COGNITIVE STRUCTURE AND SYMPTOMS IN WOMEN WITH DYSTHYMIC DISORDER DURING GROUP THERAPY. COMPARISON WITH A NON-CLINICAL SAMPLE

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Vegazo, E. y Saúl, L. A. (2014). Cambios en la construcción del sí mismo, estructura cognitiva y sintomatología en mujeres con trastorno distímico en terapia de grupo. Comparación con una muestra no clínica. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 49-67.

**Esmeralda Vegazo Sánchez**

Psicóloga clínica

**Luis Ángel Saúl**

Psicólogo clínico

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Facultad de Psicología, UNED.

### Resumen

*El propósito de este estudio es analizar si se han producido cambios en la construcción del sí mismo, en la estructura cognitiva y en la sintomatología ansiosa-depresiva en 19 pacientes diagnosticadas de trastorno distímico tras realizar seis meses de terapia de grupo. Un segundo objetivo que nos hemos planteado, ha sido analizar con medidas test y retest si en una muestra no clínica, pareada en edad, nivel de estudios y ocupación con la muestra clínica, ha habido cambios en la construcción del sí mismo, en la estructura cognitiva tras un lapso de tiempo a los seis meses. Para evaluar estos cambios hemos utilizado la Técnica de la Rejilla de Kelly, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Autoestima de Rosemberg. Los resultados revelan que los pacientes con trastorno distímico, tras la terapia de grupo, han tenido un cambio en la construcción del sí mismo y en su estructura cognitiva, no encontrándose este tipo de cambios en la muestra no clínica. Además, en la muestra clínica también se ha obtenido una disminución del nivel de ansiedad y de depresión, junto con un aumento del nivel de autoestima.*

*Palabras clave: Trastorno distímico, Terapia de Grupo, cambio terapéutico, estructura cognitiva, construcción del sí mismo, Técnica de Rejilla, estudio comparativo, estudio de resultado*

Fecha de recepción v1: 11/06/14. Fecha de recepción v2: 23/12/14. Fecha de aceptación: 24/12/14.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [esmevegazo@hotmail.com](mailto:esmevegazo@hotmail.com) - [lasaul@psi.uned.es](mailto:lasaul@psi.uned.es)

Dirección postal: Esmeralda Vegazo Sánchez

C/ Carlos Caamaño 8, 28016 Madrid

© 2014 Revista de Psicoterapia



### **Abstract**

*The purpose of this paper is to analyze whether there have been changes in self construction, cognitive structure and anxious-depressive symptomatology in 19 patients diagnosed with dysthymic disorder, after been treated in group therapy during six months. The second objective was to compare those changes in self construction and cognitive structure with a non-clinical sample paired in age, education and occupation levels, during a six months lapse. The assessment tools used were Repertory Grid Technique, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory (BDI) and Rosenberg self-esteem scale. The results show that, after group therapy, patients with dysthymic disorder, have changed in self construction and cognitive structure. However, no changes were found in non-clinical sample. Moreover, the clinical sample has also obtained a decrease of anxiety and depression levels, along with an increased of the self-esteem level.*

*Keywords: Dysthymic disorder, group therapy, therapeutic change, cognitive structure, self construction, Repertory Grid Technique, comparative study, outcome study*

## INTRODUCCIÓN

En la quinta edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-5), el trastorno depresivo persistente o también llamado trastorno distímico, es definido como un “estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años” (APA, 2013). Por otro lado, se ha visto, que en la práctica clínica, los pacientes con trastorno distímico, muestran una marcada resistencia a los tratamientos psicológicos y farmacológicos, teniendo una tasa mucho más baja de recuperación si lo comparamos con el trastorno depresivo mayor: 40% frente al 75% al finalizar el año, teniendo un pronóstico desfavorable (APA, 2000).

Según la “Guía de tratamientos psicológicos eficaces”, el tratamiento de elección en el trastorno distímico, es la Terapia Cognitiva realizada por Beck en 1979 (Pérez, Fernández, Amigo, Fernández, 2003). A pesar de que se concluye que el tratamiento psicológico de elección en el trastorno distímico y en la depresión unipolar es la Terapia Cognitiva (Pérez, García, 2001), como el propio Beck ha señalado recientemente, el modelo formulado resulta incompleto y necesita complementarse (Beck y Dozois, 2011).

Un aspecto que ha sido poco estudiado y que podría contribuir a explicar las dificultades que tienen los pacientes con trastorno distímico en la mejoría de su malestar, son los procesos cognitivos relacionados con la identidad y los conflictos cognitivos (Feixas, Saúl, Ávila y Sánchez, 2001; Féixas, Saúl y Ávila, 2009). Para su estudio y explicación, desde este artículo nos hemos servido en la Teoría de los Constructos Personales (TCP) de George Kelly (1955/2001).

La TCP supone un enfoque teórico diferente dentro de las grandes teorías de la personalidad, puesto que explica cómo las personas construyen su mundo personal mediante su interpretación de los acontecimientos. De esta forma, el ser humano entendería la realidad de acuerdo con el sistema de los constructos personales que ha elaborado a lo largo de su vida. Desde la TCP se da una gran importancia a cómo el individuo se construye a sí mismo y a las discrepancias que surgen dentro de su sistema de construcción. Desde esta teoría se entiende como comprensible que la persona se encuentre con conflictos o dilemas al tener que compatibilizar el autoconcepto con sus valores personales en el proceso de tomar decisiones (Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ, y Pucurull, 2014).

Por otro lado, Kelly (1955) elaboró en coherencia con su teoría, una técnica de evaluación, la Técnica de Rejilla (TR), con el fin de estudiar la red de significados a través de los cuales una persona percibe y actúa en el acontecer cotidiano (Feixas y Cornejo, 1996). La rejilla es la técnica de evaluación psicológica más utilizada en el área de las investigaciones fundamentadas en la terapia de constructos personales (Botella y Feixas, 1998; Feixas y Villegas, 2000; Saúl, López-González, Moreno-Pulido, Corbella, Compañ y Fexias, 2012). La TR es un buen instrumento para poder valorar la estructura cognitiva y así poder captar los conflictos de significado

personal (Feixas, Saúl y Sánchez, 2000; Feixas y Saúl, 2004).

Para el estudio presentado en este artículo, hemos utilizado el programa Record 5 (de acceso gratuito en: <http://www.tecnicaderejilla.net>) para el análisis de los datos obtenidos con la aplicación de la TR y hemos seleccionado algunos índices de la medida en la “construcción del sí mismo” y de la “estructura cognitiva” que consideramos relevantes estudiar en pacientes con trastorno distímico. Dentro de las medidas de la construcción del sí mismo, hemos utilizado el *número de constructos congruentes* (NCC) que aparecen en sus rejillas, esta variable hace referencia a constructos con los que el sujeto se siente satisfecho. A través de la TR este índice se identifica porque entre los elementos “yo” y “yo ideal” no hay más de un punto de diferencia (utilizando una escala de 7 puntos). Estos constructos incluyen aspectos nucleares que definen el sí mismo del sujeto, los cuales el sujeto no desea modificar.

Otra variable de estudio seleccionada es el *número constructos discrepantes* (NCD) que también se manifiestan en las rejillas. Estos constructos hacen referencia a constructos en los que existe un malestar y un deseo de cambio por parte de la persona evaluada. Para la identificación de los mismo buscamos si existe una diferencia notable (de cuatro o más puntos, en una escala de 7 puntos) entre los elementos “yo” y el “yo ideal”.

Con respecto con las dos variables anteriores, consideramos de interés estudiar la relación entre ellas, de forma que se puedan detectar incongruencias o conflictos entre ambos tipos de constructos personales. Este tipo de conflicto cognitivo ha sido denominado Dilema Implicativo (DI) y operativizado por el grupo de investigación del profesor Guillem Feixas (Feixas, Saúl, Avila y Sánchez-Rodríguez, 2001). En este estudio hemos tomado como variable el *número de dilemas implicativos* (NDI) que aparecen en la TR de cada sujeto evaluado. El DI es un tipo de conflicto cognitivo que da cuenta de una inconsistencia entre dos niveles de construcción del sujeto. Por una parte la construcción de su malestar psicológico y por otra la construcción sobre el sí mismo. En un DI el sujeto se encuentra ante una disyuntiva, por un lado existe un deseo de abandonar su malestar psicológico y por otro lado, ese malestar psicológico está asociado a aspectos de la definición del sí mismo con el que el sujeto se siente satisfecho. De tal manera, que el abandono de este malestar tendría consecuencias negativas en su identidad. Así la persona es reacia a dejar su síntoma por mucho malestar que le genere. Hinkle en 1965 (Hinkle, 1965), abrió un campo muy interesante con este concepto, indicando que debido a esto, el paciente se sentiría dividido entre un cambio deseado y las implicaciones positivas del síntoma que le definen como persona. El concepto de DI ha sido adaptado y operativizado dentro del Proyecto de investigación Multicéntrico Dilema, en donde se investiga el papel de los DI en diversos problemas de salud, tanto físicos como mentales (Feixas y Saúl, 2004); más información sobre el proyecto en internet: [www.usal.es/tcp](http://www.usal.es/tcp)). Recientemente, el equipo del profesor Feixas ha aportado evidencia sobre la importancia de los DI en las personas con depresión, señalando

una alta frecuencia de éstos en la narrativa del paciente depresivo (Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ, y Pucurull, 2014; Montesano et al., 2014). Además, Erazo (2004), en un estudio piloto, encontró una gran proporción de dilemas implicativos en pacientes depresivos, un 54% en pacientes con depresión mayor ( $n = 13$ ) y un 73% en pacientes con distimia ( $n = 22$ ), en relación a un 39% del grupo control. Asimismo, algunos estudios indican que la disminución de los DI durante el proceso psicoterapéutico, independientemente del modelo de intervención utilizado, estaría relacionado con una disminución de la sintomatología (Feixas y Saúl, 2000; Feixas, Saúl, Winter y Watson, 2008).

Otra variable que nos ha parecido importante incluirla en este estudio es el concepto de autoestima, ya que según la DSM-5, uno de los criterios diagnósticos del trastorno distímico es la baja autoestima que presentan estos pacientes (APA, 2013). A partir de la TR se puede analizar el autoconcepto del sujeto a través de la variable *disimilaridad entre los elementos Yo y Yo-ideal* (DYI) (Feixas y Cornejo, 1996).

Otras variables obtenidas desde el análisis de los datos de las rejillas de los sujetos mediante el Análisis de Correspondencias que realiza el programa Record 5, que hemos considerado relevantes utilizar para este estudio, han sido el peso de los elementos Yo-Ahora y Yo-Ideal a la determinación del eje principal, equivalente a la carga factorial de un Análisis de Componentes Principales. El Análisis de Correspondencias es una técnica de factorización multidimensional que se enclava dentro de los métodos multivariados (Cornejo, 1988b). Su propósito consiste en reducir en unas pocas dimensiones el conjunto de los datos, explicando el máximo de varianza posible. En este estudio hemos tomado en consideración los valores de la *Contribución Absoluta (CA) a la determinación del Eje 1*, de los elementos Yo-Ahora y Yo-Ideal. Este valor de la contribución a la determinación del eje nos daría información sobre la relevancia de estos dos elementos. De tal manera que, por ejemplo, si el Yo-Actual tuviese un valor próximo al 0 nos indicaría el poco peso que tiene la construcción del sujeto sobre sí mismo en el primer eje de significado obtenido de su Rejilla.

Por otro lado, hemos analizado una serie de variables en las medidas de la estructura cognitiva que componen la TR. Entre estas variables hemos evaluado el *índice de indefinición (II)*. El II informa del porcentaje de puntuaciones medias en las que el sujeto no le ha sido posible situar un elemento en uno u otro polo del constructo. En una escala de 7 puntos como la utilizada en este estudio, el II determina el porcentaje de puntuaciones 4 utilizadas. Una puntuación muy alta en esta medida indicaría una dificultad para dar sentido a los elementos utilizados en la TR de una forma significativa (Feixas y Cornejo, 1996).

Por último, otra variable que hemos incluido en el estudio, es el *índice de polarización (IP)*. Este índice, nos indica el porcentaje total de puntuaciones extremas en la matriz de datos de la TR. En una escala de 7 puntos como la utilizada en este estudio, el IP determina el porcentaje de puntuaciones 1 y 7 utilizadas. Así,

en el caso de un constructo muy polarizado, sugiere que se podría tratar de un constructo muy significativo, en el sentido de que permite definir con sus valores máximos a la mayoría de los elementos (Feixas y Cornejo, 1996). Por otra parte, cuando se toma en su valor global, puede indicar el grado de rigidez, o extremosidad, lo cual se ha asociado a rasgos patológicos del evaluado (Neimeyer, 1985; Neimeyer y Feixas, 1992).

A partir de estas medidas podremos inferir algunas características estructurales del sistema de constructos e hipotetizar así algunos rasgos de los estilos cognitivos de los sujetos con trastorno distímico.

En el manual diagnóstico DSM-5, el trastorno distímico o trastorno depresivo persistente, se incluye dentro de la categoría de Trastornos depresivos, siendo los criterios diagnósticos más habituales el estado de ánimo crónicamente triste, baja autoestima, desesperanza, anhedonia, tendencia al pesimismo, problemas de concentración o de toma de decisiones, falta de energía o fatiga, trastornos del apetito, trastornos del sueño. Por ello, hemos decidido incluir en este estudio, variables relacionadas con la sintomatología ansiosa-depresiva, tales como la *ansiedad*, la *tristeza* y el *nivel de autoestima*, que nos indicarán tras realizar la terapia grupal, si hay una modificación en estas variables. Para evaluar dichos cambios, hemos utilizado el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Autoestima (RSES).

Los objetivos que nos hemos planteado en este estudio son dos. El primer objetivo es analizar si tras la realización de una terapia de grupo con pacientes diagnosticados de trastorno distímico, se ha producido cambios significativos en la construcción del sí mismo y en la estructura cognitiva, así como una mejora a nivel de la sintomatología ansiosa-depresiva. El segundo objetivo consiste en comparar la muestra clínica con una muestra no clínica y analizar si hay diferencias significativas entre ambas antes y después de un periodo de tiempo de seis meses, donde los sujetos clínicos han realizado una terapia grupal, y los sujetos no clínicos no han recibido ninguna intervención psicológica. Se espera por otro lado, que en la muestra no clínica después del periodo de tiempo de seis meses no haya cambios ni en la construcción del sí mismo ni en la estructura cognitiva.

## MÉTODO

### *Participantes*

Los participantes de este estudio constituyen un total de 38 sujetos, entre 21 y 55 años ( $M = 43.24$ ,  $DT = 10.83$ ) que están distribuidos en dos muestras, una clínica y otra no clínica. Las muestras están formadas exclusivamente por mujeres.

La *muestra clínica* está compuesta por 19 sujetos de entre 26 y 70 años de edad ( $M = 44.53$ ,  $DT = 12.24$ ). Estos sujetos están derivados por su psiquiatra o psicólogo de su Centro de Salud Mental y están diagnosticadas de trastorno distímico.

Antes de empezar la terapia de grupo se realizó una entrevista individual para

asegurar que cumplieran con los siguientes requisitos, imprescindibles para la admisión en el grupo.

- Criterios diagnósticos según CIE-10 de trastorno distímico.
- Pacientes entre 20 y 70 años de edad.
- Mostrar motivación y disponibilidad para asistir al grupo.
- No tener una estructura psicótica o cumplir criterios diagnósticos de Trastornos de la Personalidad.
- No ser pacientes drogodependientes.

La *muestra no clínica* es extraída de un “banco de datos” de rejillas de población no clínica formado por voluntarios reclutados y evaluados en su ambiente natural, por alumnos de la UNED previamente entrenados en la utilización de la TR. Los sujetos que componen dicha base de datos no superan los niveles de normalidad en sintomatología clínica valorados con el SCL-90R (González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002). De dicho banco de datos se seleccionaron 19 sujetos, de sexo femenino, de entre 21 y 53 años de edad ( $M = 43.24$ ,  $DT = 10.83$ ). Estos sujetos se seleccionaron por el criterio de semejanza en edad, nivel de estudios y ocupación a la *muestra clínica*.

### *Instrumentos*

En la muestra clínica, se realizaron dos evaluaciones, pre y post tratamiento, en donde se administraron las siguientes pruebas: la TR (Kelly, 1955), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008), el Inventario de Depresión de Beck, (BDI) (Beck, Steer y Brown, 1996) y el Cuestionario de Autoestima (RSES) (Rosenberg, 1965). Todos los pacientes cumplimentaron una TR con la misma estructura. Siguieron un protocolo en el que estaban fijados doce roles para los elementos y doce preguntas concretas para generar doce constructos (ver anexo 1). Después de seis meses, se realizó la evaluación post, en la que se utilizó la misma rejilla, con los mismos constructos y elementos. Además, se volvieron a pasar los mismos autoinformes administrados en la evaluación pre.

En la muestra no clínica, también se realizaron dos evaluaciones, test y retest a los seis meses. La TR utilizada seguía el mismo protocolo que en la muestra clínica. En la evaluación retest se utilizaron los mismos constructos y elementos que en la rejilla inicial.

### *Procedimiento*

Para realizar este estudio hemos escogido una muestra de pacientes con trastorno distímico en el Centro de Salud Mental “Esperanto” (Valladolid), en el que se estaban realizando terapias grupales para pacientes diagnosticados de trastorno distímico. La terapia estaba dirigida por un terapeuta, acompañado de otro terapeuta observador, lo que aporta una doble perspectiva sobre el grupo y sus individuos.

Se realizaron 26 sesiones, una a la semana, de 90 minutos cada una, durante

seis meses. La muestra de 19 sujetos se dividió de forma aleatoria en dos grupos para una mejor atención del paciente, formándose así un grupo de diez sujetos y otro de nueve. La terapia de cada grupo se realizó en días de la semana diferentes, en el mismo Centro de Salud y a la misma hora. En ambos grupos se trataron los mismos temas con el mismo procedimiento. La terapia grupal, se llevó a cabo con un enfoque principalmente cognitivo-conductual.

### *Diseño*

Se trata de un estudio longitudinal, donde se ha llevado a cabo un diseño ex post facto retrospectivo de comparación de grupos (Fontes de Gracia *et al.*, 2001). En este estudio se comparó un grupo de sujetos distímicos que realizó una terapia grupal (*muestra clínica*), con otro grupo de sujetos que tenía la función de grupo control (*muestra no clínica*).

Para controlar las variables extrañas que pueden interferir en los resultados, se ha llevado a cabo un emparejamiento de sujetos. Las variables emparejadas fueron: sexo, edad, nivel de estudios y ocupación.

## **RESULTADOS**

### **Medidas de la construcción del sí mismo:**

Se ha analizado si existían diferencias de medias en la variable *Número de Constructos Congruentes* (NCC) entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos. Para ello se ha utilizado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. En la evaluación pre no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ( $U = 160.50$ ;  $p = .55$ ) (Ver tabla 1).

Sin embargo, en la evaluación post se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $U = 74.50$ ;  $p = .00$ ), mostrando el grupo de sujetos clínicos una media mayor de NCC. Analizando exclusivamente el grupo de los sujetos clínicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el NCC entre la evaluación pre y post ( $Z = -3.41$ ;  $p = .00$ ), produciéndose un aumento en esta variable al finalizar la terapia. Para realizar este análisis, se utilizó la prueba no paramétrica de los rangos de signos de Wilcoxon. El tamaño del efecto de este cambio se cataloga como muy relevante ( $d = 1.12$ ). La fórmula que se utilizó para calcular el tamaño del efecto para muestras relacionadas fue la propuesta por Vallejo (2012). Esto es, dividir la diferencias de medias pretest y posttest entre la desviación típica del posttest.

Con respecto al *Número de Constructos Discrepantes* (NCD), se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos en la evaluación pre ( $U = 115.00$ ;  $p = .05$ ), pero no en la evaluación post ( $U = 109.00$ ;  $p = .09$ ) (ver tabla 1). Dentro del grupo de los sujetos clínicos, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el NCD entre el pre y post ( $Z = -.50$ ;  $p = .61$ ).



**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos y de contraste de los índices de construcción del sí mismo en sujetos clínicos y no clínicos.

Índices	Media y DT				EC clínicos y no clínicos		Test-Retest		Tamaño del Efecto		
	Sujetos clínicos		Sujetos no clínicos		U Mann-Whitney	Sig. Bilateral	Suj clínicos	Suj no clínicos	Suj clínicos	Suj no clínicos	
	M	DT	M	DT			Z	Z	D	D	
NCC	Pre	5.21	2.91	5.63	2.58	160.50	.55	-3.41	-1.23	1.15	-.12
	Post	8.11	2.53	5.29	2.88	74.50	.00	.00	.21	Muy Relevante	Pequeño
NCD	Pre	3.63	2.71	2.26	3.14	115.00	.05	-.50	-.13	-.16	-.11
	Post	3.21	2.57	2.00	2.23	109.00	.09	.61	.89	Pequeño	Pequeño
NDI	Pre	3.16	3.20	.74	1.32	89.50	.00	-.84	-.61	-.26	-.25
	Post	2.32	3.21	1.18	1.70	139.00	.44	.40	.53	Pequeño	Pequeño
DYYI	Pre	.44	.14	.41	.20	144.00	.28	-2.91	-1.25	-.93	-.69
	Post	.30	.15	.32	.13	146.00	.62	.00	.20	Muy relevante	Moderado
CA-Y	Pre	8.11	7.03	6.18	6.60	149.00	.35	-2.05	-.94	-1.06	.11
	Post	3.87	3.99	6.95	6.57	146.00	.62	.04	.34	Muy Relevante	No relevante
CA-I	Pre	8.53	3.68	4.65	4.72	132.00	.11	-2.64	-.31	-.90	.50
	Post	5.32	3.56	8.24	7.16	132.00	.34	.00	.75	Relevante	Moderado

**Nota:** **NCC** (número de constructos congruentes), **NCD** (número de constructos discrepantes), **NDI** (número dilemas implicativos), **DYYI** (disimilaridad Yo-Yo Ideal), **CA-Y** (contribución absoluta al eje I del YO-AHORA), **CA-I** (contribución absoluta al eje I del YO-IDEAL), **Sig. Bilateral** (significación bilateral), **EC** (estadístico de contraste entre muestra clínica y muestra no clínica), **Test-Retest** (comparación entre momentos test-retest).

Con respecto al *Número de Dilemas Implicativos* (NDI) en la evaluación pre se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos clínicos y el grupo de sujetos no clínicos ( $U = 89.50$ ;  $p = .00$ ) (ver tabla 1). En la evaluación post no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos ( $U = 139.00$ ;  $p = .44$ ). No obstante, se puede observar que en el grupo de sujetos clínicos la media del NDI ha disminuido en la medida post si lo comparamos con la media del inicio del tratamiento, encontrando un tamaño del efecto pequeño ( $d = -.26$ ). El tamaño del efecto de los sujetos no clínicos al finalizar el tratamiento es pequeño ( $d = .25$ ) (Vallejo, 2012).

En la variable *Disimilaridad entre los elementos Yo y Yo-Ideal* (DYYI), en la evaluación pre, no se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ( $U = 144.00$ ;  $p = .28$ ) (ver tabla 1). En la evaluación post tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $U = 146.00$ ;  $p = .62$ ). Sin embargo, en el grupo de los sujetos clínicos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la DYYI entre las medidas pre y post, produciéndose una disminución ( $Z = -2.91$ ;  $p = .00$ ), hallada por medio de la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon. El tamaño del efecto indica que la diferencia que se ha hallado antes y después del tratamiento es muy relevante ( $d = -.93$ ), sin embargo la diferencia de los sujetos no clínicos cuando acabaron el tratamiento fue moderada ( $d = -.69$ ) (Vallejo, 2012).

En la variable *Contribución Absoluta del elemento Yo-Ahora* (CA-Y), en la evaluación pre no se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ( $U = 149.00$ ;  $p = .35$ ). En la evaluación post tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $U = 146.00$ ;  $p = .62$ ) (ver tabla 1). Sin embargo, dentro del grupo de los sujetos clínicos se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post ( $Z = -2.05$ ;  $p = .04$ ), produciéndose una disminución, calculada con la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon. El tamaño del efecto indica que en el grupo clínico esa diferencia es muy relevante ( $d = -1.06$ ), sin embargo en los sujetos no clínicos el tamaño del efecto (cambio en seis meses) no es relevante ( $d = .11$ ) (Vallejo, 2012).

En la variable *Contribución Absoluta del elemento Yo-Ideal* (CA-I), en la evaluación pre no se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ( $U = 126.50$ ;  $p = .11$ ). En la evaluación post tampoco se hallaron diferencias de medias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $U = 132.00$ ;  $p = .34$ ). Sin embargo, por medio de la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon, en los sujetos clínicos se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post ( $Z = -2.64$ ;  $p = .00$ ) (ver tabla 1) encontrándose una disminución de la media después del tratamiento. El tamaño del efecto indica que esta diferencia es relevante ( $d = -.90$ ), por el contrario, el tamaño del efecto de los sujetos no clínicos es moderado ( $d = .50$ ) (Vallejo, 2012).

### Medidas de la estructura cognitiva:

En la variable *Índice de Indefinición* (II) se han encontrado diferencias de medias estadísticamente significativas en la evaluación pre entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ( $U = 58.00$ ;  $p = .00$ ), a favor de estos últimos (ver tabla 2). En la evaluación post también se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos ( $U = 24.00$ ;  $p = .00$ ), a favor de los no clínicos, observando una disminución acusada en los sujetos clínicos. Además, por medio de la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon en el grupo de los sujetos clínicos, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post ( $Z = -3.05$ ;  $p = .00$ ), habiendo una disminución de la media. A través de la valoración del tamaño del efecto, se ve que esta diferencia es muy relevante ( $d = -1.82$ ), sin embargo en los sujetos no clínicos el tamaño del efecto es pequeño ( $d = .25$ ) (Vallejo, 2012).

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos y de contraste de los índices de estructura cognitiva en sujetos clínicos y no clínicos.

		Media y DT				EC clínicos y no clínicos		Test-Retest		Tamaño del efecto	
		Sujetos clínicos		Sujetos no clínicos		U Mann-Whitney	Sig. Bil.	Suj clínicos	Suj no clínicos	Suj clínicos	Suj no clínicos
		M	DT	M	DT			Z Sig.	Z Sig.	D	D
II	Pre	6.06	4.54	13.76	6.28	58.00	.00	-3.05	-1.11	-1.82	.25
	Post	2.08	2.18	16.13	9.2	24.00	.00	.00	.26	Muy relevante	Pequeño
IP	Pre	28.69	10.72	21.53	10.63	125.00	.10	-2.57	-2.65	.65	-.76
	Post	37.86	14.03	13.44	10.67	27.00	.00	.01	.00	Moderado	Moderado

**Nota.** II (índice de indefinición), IP (índice de polarización), EC (estadístico de contraste entre muestra clínica y muestra no clínica), Sig. Bilateral (significación bilateral), Test-Retest (comparación entre momentos test-retest).

En la variable *Índice de Polarización* (IP), en la evaluación pre no se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos ( $U = 125.00$ ;  $p = .10$ ) (ver tabla 2). En la evaluación post sin embargo, se hallaron diferencias de medias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $U = 27.00$ ;  $p = .00$ ), a favor de la muestra clínica. Por medio de la prueba de los rangos de signos de Wilcoxon, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post tanto para la muestra clínica ( $Z = -2.57$ ;  $p = .01$ ), encontrándose un aumento de la media después del tratamiento, como en la no clínica ( $Z = -2.65$ ;  $p = .00$ ), encontrándose en este caso, una disminución. El tamaño del efecto indica que esta diferencia es moderada tanto para la muestra clínica ( $d = .65$ ), como para la muestra no clínicos ( $d = -.76$ ) (Vallejo, 2012).

### Sintomatología ansiosa-depresiva:

Dentro del grupo de los sujetos clínicos se analizaron las siguientes variables:

*Nivel de Ansiedad:* Se han encontrado diferencias de medias entre la evaluación pre y post, utilizando la prueba no paramétrica de los rangos de signos de Wilcoxon, para las variables Ansiedad-Estado (A-E) ( $Z = -3.82$ ;  $p = .00$ ) y Ansiedad-Rasgo (A-R) ( $Z = -3.54$ ;  $p = .00$ ) (ver tabla 3). Entre ambos momentos de evaluación se produce una disminución de la medida de ambas variables. El tamaño del efecto indica que esta diferencia es muy relevante, tanto para la variable A-E ( $d = -1.37$ ), como para AR ( $d = -.99$ ).

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos y de contraste de los índices índices de "Sintomatología ansiosa-depresiva" en sujetos clínicos en la evaluación Pre y Post.

	Medias y DT				EC		Tamaño del efecto	
	Pre		Post		Z	Sig. Bilateral	D	
	M	DT	M	DT				
A-E	70.63	22.50	44.21	19.24	-3.82	.00	-1.37	Muy relevante
A-R	78.21	22.62	55.79	22.68	-3.54	.00	-.99	Muy relevante
Nivel de Depresión	28.79	7.77	20.11	6.43	-3.82	.00	-1.34	Muy relevante
Nivel de Autoestima	18.74	8.06	23.84	7.21	-3.62	.00	0.70	Relevante

**Nota:** A-E (ansiedad-estado), A-R (ansiedad-rasgo), **Sigte** (significativamente), **EC** (estadístico de contraste).

*Nivel de Depresión:* Se han encontrado para esta variable diferencias de medias entre la evaluación pre y post, utilizando la prueba no paramétrica de los rangos de signos de Wilcoxon ( $Z = -3.82$ ;  $p = .00$ ). En la evaluación post se obtuvo una disminución. El tamaño del efecto obtenido es muy relevante ( $d = -1.34$ ) (Vallejo, 2012) (ver tabla 3).

*Nivel de Autoestima:* Se han encontrado para esta variable diferencias de medias entre la evaluación pre y post, utilizando la prueba no paramétrica de los rangos de signos de Wilcoxon ( $Z = -3.62$ ;  $p = .00$ ). En la evaluación post se encontró un aumento de esta variable. El tamaño del efecto obtenido fue relevante ( $d = .70$ ) (ver tabla 3).

## DISCUSIÓN

En este trabajo se han explorado dos aspectos importantes. El primer objetivo que nos hemos planteado ha sido analizar si tras haber realizado una terapia de grupo de seis meses de duración se han producido cambios en la construcción del sí mismo, en la estructura cognitiva y en la sintomatología ansiosa-depresiva en mujeres diagnosticadas de trastorno distímico. El segundo objetivo propuesto ha sido comparar si había diferencias significativas entre sujetos clínicos y no clínicos antes y después de que los sujetos clínicos realizasen la terapia grupal. Por medio

de la TR se evaluó si se habían producido cambios en variables relacionadas con la “construcción del sí mismo” y la “estructura cognitiva”.

En la evaluación de la “construcción del sí mismo”, hemos analizado los siguientes índices de TR que nos han parecido relevantes tener en cuenta: número de constructos congruentes, número de constructos discrepantes, número de dilemas implicativos, disimilaridad entre los elementos Yo y Yo-Ideal y la *contribución absoluta a la determinación del Eje I*, de los elementos Yo-Ahora y Yo-Ideal. Sobre el índice NCC, en la evaluación pre, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos. No obstante, sí se encontraron en la evaluación post, presentando los sujetos clínicos un mayor NCC. Dentro del grupo de los sujetos clínicos, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento, siendo mayor el índice del NCC después del tratamiento, con un tamaño del efecto catalogado como muy relevante. El aumento de esta variable indicaría que aumenta el número de constructos con los que los sujetos se encontrarían más satisfechos consigo mismo.

Con respecto al NCD, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la evaluación pre entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos. Presentando los sujetos clínicos un mayor número de discrepancias en cuanto dónde sitúan a su elemento “yo” con respecto a su “yo ideal”. Estas discrepancias están relacionadas con un mayor malestar psicológico. Sin embargo, en la evaluación post no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Con respecto a las medidas entre las evaluaciones test y retest, en la muestra de los sujetos clínicos después del tratamiento no hemos encontrado una disminución significativa. Este resultado podría hacernos pensar, que si uno de los temas más frecuentes y más persistentes en estos pacientes es la insatisfacción en su “yo actual” queriéndolo aproximar a su “yo ideal”, quizás la duración del tratamiento ha sido insuficiente para generar este cambio de esquemas, más cuando sí hemos observado, que con el mismo tiempo, se ha producido un cambio muy significativo con respecto a los síntomas ansioso-drepsivos.

En el análisis de la variable número de DI, encontramos diferencias significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos en la evaluación inicial, presentando los sujetos clínicos un mayor NDI. Esto es acorde con otras investigaciones que encuentran la relación entre sintomatología depresiva y presencia de DI (ver p. ej. Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ, y Pucurull, 2014). Sin embargo, aunque se ha encontrado una reducción del ND en los sujetos clínicos tras seis meses de tratamiento, ésta no llega a ser estadísticamente significativa. Debemos de indicar que para realizar el estudio, partíamos de la hipótesis de que en los pacientes con trastorno distímico, la proporción de DI era mayor que en el grupo control, resultado que hemos podido confirmar. Sin embargo, después de seis meses, tanto en los sujetos clínicos como en los no clínicos no se han encontrado diferencias significativas en dicho índice. Con respecto a estos resultados, debemos de tener en cuenta la importancia que tienen los DI en las personas con depresión debido a su

alta frecuencia (Feixas et al. 2008). En este grupo de sujetos analizados, la terapia grupal no ha sido lo suficientemente potente para llegar a disminuir el NDI en los pacientes, en seis meses. Sería interesante para futuras investigaciones llevar a cabo un tratamiento psicológico que se centrara en trabajar los DI en profundidad y observar si así se produce una disminución de este índice, o analizar si estos cambios de esquemas necesitan más tiempo para producirse, realizándose evaluaciones de seguimiento para comprobarlo.

Con respecto a la variable DYYI, tanto en la evaluación pre como en la post no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos. Sin embargo, dentro de los sujetos clínicos se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post, con un tamaño del efecto muy relevante. Esta disminución en la media de la DYYI, concuerda con las previsiones de cambio que señala Winter (1985). Hay que tener en cuenta que cuanto más se aproxime a cero esta variable, hay menos diferencias entre los elementos *Yo* y *Yo-ideal*, y por lo tanto, el nivel de autoestima sería mayor. El que no se hayan encontrado diferencias en esta variable en la evaluación pre, entre sujetos clínicos y no clínicos, nos permite poder pensar que, que al menos, en sujetos con trastorno distímico, sus diferencias con la población no clínica, no se encuentra en la visión que tienen de sí mismos, en la línea de que su construcción del sí mismo esté muy alejada de su ideal. Parece, que al menos, con los datos que hemos encontrado, la visión de estos sujetos de sí mismos no es muy distinta de la que tienen sujetos no clínicos, aunque podemos intuir, que la psicoterapia podría estar produciendo una mejora en esa visión.

En la *Contribución Absoluta (CA) a la determinación del Eje 1*, de los elementos *Yo-Ahora* y *Yo-Ideal*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y no clínicos ni en la evaluación test ni retest. No obstante, en la muestra clínica se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post, produciéndose una disminución de la media, con un tamaño del efecto catalogado como muy relevante, en el caso de la variable *Yo-ahora*, y de relevante en la variable *Yo-ideal*. Estos datos indicarían que en los sujetos clínicos, tras seis meses de tratamiento ha disminuido el peso que tiene la visión del sí mismo en relación a otros elementos, al igual que ha disminuido el peso que tiene la construcción de lo que el sujeto le gustaría ser. Hay que señalar que esperábamos encontrar un aumento de esta variable. Una posible explicación de estos datos, es que los sujetos clínicos tras el tratamiento, han aprendido a dar menos importancia a la visión de sí mismo en comparación con otros elementos y a dar menos relevancia a su *Yo-Ideal*. No obstante, necesitaríamos más investigaciones para profundizar en el significado real de esta variable.

También con la TR, hemos analizado variables de medida de estructura cognitiva tales como el índice de indefinición y el índice de polarización. En el II se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en esta variable, tanto en la evaluación pre como en la post entre los sujetos clínicos y los no clínicos,

hallando unos valores inferiores de esta variable en los sujetos clínicos. Tras seis meses de tratamiento en los sujetos clínicos, se ha encontrado una disminución en la media de la variable. Este resultado indica que los pacientes han obtenido una mayor estructuración cognitiva. Además, el tamaño del efecto de esta variable es significativamente muy relevante, por lo que dicho resultado sería interesante tenerlo en cuenta para futuras investigaciones. El dato que resulta llamativo, es que la población no clínica es la que presenta un mayor índice de indefinición en las puntuaciones que otorga a sus rejillas. Este hecho debería revisarse y estudiar si el carácter voluntario de los sujetos no clínicos que rellenan las rejillas está influyendo en que den puntuaciones menos precisas e indefinidas, como es la puntuación intermedia del “4” en una escala de 7 puntos.

Con respecto al IP, en la evaluación pre no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos clínicos y los sujetos no clínicos, sin embargo en la evaluación post se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo los sujetos clínicos los que presentan una mayor polarización en sus puntuaciones. No obstante, en sentido inverso, estas puntuaciones extremas aumentan al finalizar la terapia en el grupo clínico y disminuyen en el grupo no clínico. Sin embargo, esperábamos encontrar una disminución de esta variable en el grupo clínico. La polarización en el uso de un constructo indica su grado de significación y hace referencia al grado en que esa persona construye la realidad de forma dicotómica o polarizada (Feixas et al, 2003). Una alta polarización ha sido considerada como una forma de rigidez cognitiva, es decir, como una visión en términos de “blanco y negro”, “todo o nada”. Algunos estudios sugieren que un alto grado de polarización está asociado a la severidad de los síntomas depresivos (Neimeyer, 1985; Neimeyer y Feixas, 1992).

En este estudio, además de utilizar la TR, hemos empleado otros instrumentos de evaluación, para medir variables relacionadas con la sintomatología ansiosa-depresiva en los sujetos clínicos. Después de realizar la terapia de grupo, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post en la variable Ansiedad-Estado (A-E), obteniendo una disminución de la misma,, categorizándose el tamaño del efecto como de muy relevante.

Con respecto a la variable Ansiedad-Rasgo (A-R), también hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post, obteniendo una disminución de esta variable al finalizar el tratamiento. El tamaño del efecto encontrado se cataloga también como muy relevante. La A-R, señala que el individuo presenta una propensión ansiosa relativamente estable. Dato que nos conduce a la conclusión de que la terapia ha sido beneficiosa, al menos, en relación al manejo de la ansiedad y del estrés.

Con respecto al nivel de depresión hemos hallado una disminución de esta variable al finalizar el tratamiento, con un tamaño del efecto muy relevante. Esta variable además de medir la depresión también mide síntomas como la desesperanza, la irritabilidad, las cogniciones como la culpa o sentimientos de ser castigado,

así como los síntomas físicos como fatiga, pérdida de peso y la falta de interés en el sexo. Este inventario mide sintomatología muy similar a la que sufren los pacientes distímicos, por lo que la reducción del nivel en esta variable significaría una disminución de los síntomas depresivos y una mejora a nivel subjetivo.

Por último, tras llevar a cabo la terapia de grupo, esperábamos que el nivel de autoestima fuese más elevado que al principio del tratamiento. Para poder medir el citado nivel de autoestima, hemos utilizado la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). En la evaluación post, hemos obtenido un aumento de esta variable. Con ello encontramos concordancia con los datos obtenidos con la TR con respecto a la variable DYYI.

A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que tras la terapia grupal en pacientes con trastorno distímico se ha producido en éstos, una modificación a nivel estructural y sintomatológico, no encontrando estos cambios en pacientes no clínicos, menos en la variable polarización. Estos datos apoyarían la conclusión de que la mejora en los pacientes clínicos se debe a que el tratamiento ha sido eficaz y no sólo al mero paso del tiempo.

No obstante, hemos de manifestar las limitaciones del presente estudio, como por ejemplo, la reducida muestra de población, pudiéndose ver alteradas las conclusiones alcanzadas en el supuesto de que se analizase una muestra de tamaño superior. De igual manera, la no existencia de medidas de seguimiento, es una limitación, al no disponer de información de qué sucede en un proceso temporal mayor, y poder explorar de manera más precisa los cambios estructurales y sintomatológicos.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000): *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid, España: Arlington.
- Beck, A.T., Dozois, D. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: Laertes.
- Cornejo, J. M. (1988b). *Técnicas de investigación social: El análisis de correspondencias. Teoría y práctica*. Barcelona, España: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Erazo, M. I. (2004). *Factores cognitivos en los estados depresivos: Un enfoque constructivista*. (Trabajo de investigación, Universidad de Barcelona, España).
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la Técnica de Rejilla mediante el programa RECORD v 2.0*. Barcelona, España: Paidós.
- Feixas, G., De la Fuente, M., y Soldevilla, J. M. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 152-172.



- Feixas, G., Montesano, A., Erazo-Cacedo, 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(1), 1-11.
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2004). The multi-center dilemma project: An investigation on the role of cognitive conflicts in health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78.
- Feixas, G., Saúl, L. A., y Avila, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169. doi: 10.1080/10720530802675755
- Feixas, G., Saúl, L. A., Avila, A., y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista argentina de clínica psicológica*, X(1), 5-13.
- Feixas, G., Saúl, L. A., y Sánchez, V. (2000). Detection and analysis of implicative dilemma: Implications for the therapy process. En Joern W. Scheer (ed.), *The Person in Society—Challenges to a Constructivist Theory* (págs. 391-399). Giessen, Alemania: Psychosozial-Verlag.
- Feixas, G., Saúl, L. A., Winter, D. y Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes De Psicología*, 26(2), 243-255.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia (3ª ed.)*. Bilbao, España: DDB.
- Fontes de Gracia, S., García, C., Garriga, A. J., Pérez-Llantada, M. C. y Sarriá, E. (2001). *Diseños de Investigación en Psicología*. Madrid, España: UNED.
- González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis. Adaptación española*. Madrid, España: TEA.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from a view-point of a theory of construct*. Tesis doctoral no publicada, Ohio State University.
- Kelly, G.A. (1955/1991): *The psychology of personal constructs. A Theory of Personality* (vol. 1 y 2). Nueva York: Norton.
- Montesano, A., Feixas, G., Erazo-Cacedo, M. I., Saúl, L. A., 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.
- Neimeyer, R.A. (1985). Personal constructs in depression: research and clinical implications. In E.Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health* (págs. 82-101). Londres, Reino Unido: Croom Helm.
- Neimeyer, R.A. y Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (1), 47-56.
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psychothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez, M. y García, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández y I. Amigó (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (págs. 161-196). Madrid, España: Pirámide.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós (traducción de 1973).
- Saúl, L. A., López-González, M. A., Moreno-Pulido, A., Corbella, S., Compañ, V., y Feixas, G. (2012). Bibliometric review of the Repertory Grid Technique: 1998-2007. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 112-131. doi: 0.1080/10720537.2012.651065
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7ª ed. rev.)*. Madrid, España: TEA.
- Vallejo, P. (2012). *El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Recuperado de: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf>
- Winter, D. A. (1985). *Repertory grid technique in the evaluation of therapeutic outcome*. Londres, Reino Unido: Croom Helm.

## ANEXO 1:

### Procedimiento en la utilización de la Técnica de Rejilla utilizada en el estudio

#### • ELEMENTOS DE REJILLA

1. Yo Actual
2. Yo dentro de dos años
3. Padre
4. Madre
5. Persona significativa 1 (pareja)
6. Persona significativa 2 (especificar rol)
7. Persona significativa 3 (especificar rol)
8. Persona significativa 4 (especificar rol)
9. Persona significativa 5 (especificar rol)
10. Persona significativa 6 (especificar rol)
11. Persona non grata
12. Yo Ideal

#### Sobre la elicitación de los Elementos:

A la hora de elegir las personas significativas hay que especificar, al lado, el **rol** que tienen, esto es, si es un hermano, abuela, tío, amiga, amigo, ex pareja, profesor, jefe, etc.

Para no confundiros vosotros, quizás es importante que también anotéis al lado del rol, el nombre de la persona.

A la hora de introducir los elementos en el programa Record introducir sólo el rol.

Como anexo podéis recoger todo aquello que os haya resultado relevante en el proceso de evaluación, como dificultades a la hora de elicitar los constructos, los elementos, el hecho de no señalar personas de distinto sexo, etc.

### PREGUNTAS PARA LA ELICITACIÓN DE CONSTRUCTOS

A continuación se enuncian las preguntas que hay que realizar para elicitar los 12 constructos con los que tiene que contar la rejilla. Se menciona entre qué elementos hay que realizar las preguntas y la respuesta a cada pregunta irá a formar parte del constructo correspondiente. La primera parte de la diferencia formará parte del polo izquierdo del constructo y la segunda parte del polo derecho. *Por ejemplo yo y mi padre nos diferenciamos en que mi padre es “muy ordenado” (polo izquierdo) y yo soy un “desastre” (polo derecho).*

#### Diferencia yo-padre

Constructo 1. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de tu *Padre*?

Constructo 2. ¿En qué otro aspecto se diferencian?

### **Diferencia yo-madre**

Constructo 3. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de tu *Madre*?

Constructo 4. ¿En qué otro aspecto se diferencian?

### **Diferencia padre-madre**

Constructo 5. ¿En qué se diferencia tu *Padre* de tu *Madre*?

Constructo 6. ¿En qué otro aspecto se diferencian?

### **Diferencia yo actual-persona significativa 1**

Constructo 7. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 1 (*Pareja*)? *Si no tiene pareja, la persona más significativa en la actualidad que no sea el padre ni la madre. Señalar en tal caso el rol.*

### **Diferencia yo actual-persona significativa 2**

Constructo 8. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 2?

### **Diferencia yo actual-persona significativa 3**

Constructo 9. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 3?

### **Diferencia yo actual-persona significativa 4**

Constructo 10. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 4?

### **Diferencia yo actual-persona significativa 5**

Constructo 11. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 5?

### **Diferencia yo actual-persona significativa 6**

Constructo 12. ¿En qué se diferencia tu *Yo Actual* de la persona significativa 6?

### **Sobre las preguntas de elicitación de los constructos:**

Si en las preguntas de en qué se diferencia X de Y no surge ninguna diferencia, entonces preguntar en qué se parecen. Con esta pregunta se coloca esa similitud en el polo izquierdo del constructo (primera columna) y se preguntaría a continuación cual sería el opuesto para esa persona de tal término. Este se colocaría en como polo derecho del constructo (segunda columna).

No repetir constructos. Si un constructo ya ha salido en una de las preguntas, éste no se recoge y se pregunta por alguna otra diferencia.