



ESCUELA DE PSICOLOGÍA



RIGIDEZ COGNITIVA Y MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EL NIVEL
DE EDUCACIÓN EN ADULTOS QUE RECIBEN ATENCIÓN
PSICOLÓGICA



AUTOR

PAULA ESTEFANÍA YÉPEZ RIVADENEIRA

AÑO

2019



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

RIGIDEZ COGNITIVA Y MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN EL NIVEL DE
EDUCACIÓN EN ADULTOS QUE RECIBEN ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Psicóloga mención Clínico

Profesor Guía

Mauricio Xavier Chipantiza Sáenz

Autora

Paula Estefanía Yépez Rivadeneira

Año

2019

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo, “Rigidez cognitiva y malestar psicológico según el nivel de educación en adultos que reciben atención psicológica”, a través de reuniones periódicas con la estudiante Paula Estefanía Yépez Rivadeneira en el semestre 2019-20, orientado sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Mauricio Xavier Chipantiza Sáenz

Magíster en Artes mención Psicología Clínica

C.I 1710867415

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, “Rigidez cognitiva y malestar psicológico según el nivel de educación en adultos que reciben atención psicológica”, de Paula Estefanía Yépez Rivadeneira, en el semestre 2019-20, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Clara Patricia Paz Espinoza
Doctora en Personalidad y
Comportamiento
C.I.1002834792

Dilan Alejandro Andrango Guerrón
Magíster en Discapacidad y
Dependencia
C.I. 1722701024

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Paula Estefanía Yépez Rivadeneira

C.I. 1004133060

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi madre por cada palabra de aliento y de amor durante el proceso, a mi padre por su preocupación y optimismo frente a este reto, a mi hermano por estar siempre presente, en fin, por el apoyo y el cariño incondicional que me han brindado a lo largo de toda mi vida. Agradezco a mis amigxs por el apoyo y motivación mutua.

DEDICATORIA

Dedico el fruto de mi esfuerzo a mí misma por la gran labor realizada durante todo el proceso universitario y a mis padres y hermano por ser el pilar fundamental en mi construcción personal.

Resumen

El objetivo del estudio es analizar la relación entre la rigidez cognitiva y el malestar psicológico según el nivel de educación en una población adulta de 35 a 44 años de edad en la ciudad de Quito que recibe atención psicológica. Para lo cual, se contará con una muestra de 184 personas, dicha muestra será obtenida de los Centros de Psicología Aplicada (CPA) de las diferentes universidades privadas de la ciudad de Quito. El estudio nace a partir de conocer el gran impacto de los problemas de salud mental en la vida de las personas y su alarmante aumento, así como, de conocer la gran cantidad de personas de diferentes niveles educativos que acuden a un servicio de atención psicológica, con la posibilidad de presentar rigidez cognitiva y/o malestar psicológico, los cuales son aspectos limitantes en la vida de la persona y que podrían dificultar el avance en un proceso terapéutico. En esta ocasión, se dará un papel protagónico al nivel de educación el cual en estudios anteriores ha sido designado únicamente como una variable de control. La investigación es de carácter cuantitativo para lograr la obtención de datos numéricos sobre la presencia de malestar psicológico y los niveles de rigidez cognitiva según el nivel de educación de la población elegida. Para obtener los datos sobre malestar psicológico se utilizará el Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure y la escala Schwartz Outcome Scale-10, para obtener los datos sobre rigidez cognitiva se usarán la Técnica de Rejilla y el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin y para conocer sobre el nivel de educación se usará un cuestionario sociodemográfico. Los resultados de la investigación podrían indicar que no existe una relación entre dichas variables o lo contrario, en el caso de existir una relación, este descubrimiento podría dar paso a la creación de intervenciones terapéuticas para cada nivel de educación tomando en cuenta las competencias educativas de cada nivel. Se podría lograr que, tras una valoración, se adapte o personalice la terapia con el fin de disminuir el malestar psicológico y avanzar exitosamente en el proceso.

Palabras clave: malestar psicológico, rigidez cognitiva, nivel de educación.

Abstract

The objective of this study is to analyze the relationship between cognitive rigidity and psychological distress according to the level of education in an adult population of 35 to 44 years old in the city of Quito attending to psychological therapy. There will be a sample of 184 people, the sample will be obtained from the Centers of Applied Psychology (CPA) of the different private universities of Quito. The study was born from knowing the great impact of mental health problems in people's lives and their alarming increase, as well as knowing the large number of people of different educational levels who ask for a psychological care service, with the possibility of presenting cognitive rigidity and / or psychological discomfort, which are limiting aspects in the life of the person and that could hinder the progress in a therapeutic process. A leading role will be given to the level of education which in previous studies has been designated only as a control variable. The research is quantitative in order to obtain numerical data of the presence of psychological distress and of the levels of cognitive rigidity according to the level of education of the chosen population. To obtain the data of psychological distress the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure and the Schwartz Outcome Scale-10 scale will be used, to obtain the data of cognitive rigidity, the Grid Technique and the Wisconsin Card Classification Test will be used. To learn about the level of education, a sociodemographic questionnaire will be used. The results of the research could indicate that there is no relationship between these variables or the opposite, in case of the existence of a relationship, this discovery could lead to the creation of therapeutic interventions for each level of education according to the educational competences of each level. It could be achieved that, after a valuation, the therapy could be adapted or personalized in order to diminish the psychological discomfort and successfully advance in the process.

Key words: psychological distress, cognitive rigidity, level of education.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Formulación del problema y justificación.....	3
3. Pregunta de investigación	6
4. Objetivos.....	6
4.1 Objetivo General	6
4.2 Objetivos Específicos.....	7
5. Marco teórico	7
6. Hipótesis	15
6.1 Objetivo 1	15
6.2 Objetivo 2:	15
6.3 Objetivo 3:	16
7. Metodología de estudio.....	17
7.1 Tipo de diseño y enfoque.....	17
7.2 Muestreo de participantes.....	18
7.3 Recolección de datos.....	19
7.4 Pre-validación del instrumento.....	21
7.5 Procedimiento.....	21
7.6 Análisis de datos.....	22
8. Viabilidad	23
9. Aspectos Éticos	24
9.1 Consentimiento informado	24
9.2 Tratamiento de la información.....	24
9.3 Autoreflexibilidad	25
9.4 Consecuencias de la investigación	25

9.5 Devolución de resultados.....	26
9.6 Autorización para el uso de los cuestionarios	26
9.7 Derechos de autor	26
10. Análisis de estrategias de intervención	27
11. Cronograma	34
REFERENCIAS.....	37
ANEXOS	47

1. Introducción

Actualmente, se conoce el gran impacto de los problemas de salud mental en la vida de las personas, así como, el alarmante aumento de su prevalencia. Por lo que, es importante conocer cómo el malestar psicológico presente en la población se relaciona con otras variables que podrían ser claves en la búsqueda de una forma de disminuirlo. Este estudio pretende estudiar la relación del malestar psicológico definido como un conjunto de manifestaciones psíquicas, emocionales y conductuales relacionadas a la forma de interpretación del mundo y de resolución de conflictos (Espíndola et al., 2006, pp. 114-115), con la rigidez cognitiva, la cual ha sido denominada como una dificultad en la realización de nuevas actividades, en el cambio de rutinas y en generar alternativas nuevas (Bausela, 2014, p. 23).

Existe literatura que pone en evidencia cierta relación entre ambas variables, sin embargo, existe otra variable que ha estado presente de manera transversal en los estudios sobre rigidez cognitiva y malestar psicológico pero que no ha sido analizada a profundidad en relación a las dos variables anteriores. El nivel de educación entendido como, un grupo de programas educativos desarrollados en base a grados de experiencias de aprendizaje, a conocimientos, a habilidades y a competencias, está relacionado con el nivel de complejidad y de especialización del contenido de cada programa (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2013, p. 15), es mencionado regularmente en estudios como una variable de control, sin embargo no existe información sobre la relación directa que podría tener con la rigidez cognitiva y/o el malestar psicológico.

En el presente estudio se dará un papel protagónico a la investigación sobre cómo el nivel de educación puede relacionarse con el malestar psicológico y la rigidez cognitiva. Ya que, es importante conocer cuál es la relación existente, en el caso de

haber alguna, debido a la gran cantidad de personas de diferentes niveles educativos que acuden a un servicio de atención psicológica, con la posibilidad de presentar rigidez cognitiva y/o malestar psicológico los cuales son aspectos limitantes en la vida de la persona y que podrían dificultar el avance en un proceso terapéutico. Si se conoce que el nivel de educación se relaciona de alguna manera con la rigidez cognitiva, este descubrimiento podría dar paso a realizar cambios y mejoras en el tratamiento psicológico. Se podría lograr que, tras una valoración, se adapte o personalice la terapia con el fin de disminuir el malestar psicológico y avanzar exitosamente en el proceso terapéutico.

El estudio es de carácter cuantitativo con la finalidad de obtener datos numéricos sobre la presencia de malestar psicológico y sobre los niveles de rigidez cognitiva según el nivel de educación de la población elegida. Para la obtención de los datos sobre malestar psicológico se utilizará el Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure y la escala Schwartz Outcome Scale-10, para la obtención de los datos sobre rigidez cognitiva se usarán la Técnica de Rejilla y el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin y para conocer sobre el nivel de educación se usará un cuestionario sociodemográfico.

En síntesis, el propósito del presente estudio es analizar la relación entre la rigidez cognitiva y malestar psicológico según el nivel de educación en una población adulta de 35 a 44 años de edad en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica. Para lo cual se pretende describir el nivel de rigidez cognitiva de los participantes, conocer si la rigidez cognitiva y el nivel de educación se relacionan con el malestar psicológico y comparar el nivel de rigidez cognitiva en los diferentes niveles de educación.

2. Formulación del problema y justificación

El tema de investigación es pertinente ya que, según la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2009, p. 7) en América Latina y el Caribe los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% del total de enfermedades presentes en el territorio. Por lo que, es evidente el gran impacto que tienen los trastornos mentales en la vida de las personas. Además, en la mayoría de lugares del mundo a la salud mental y a los trastornos mentales no se les atribuye la misma importancia que a la salud física, siendo éstos abandonados y tomados con indiferencia a pesar de que son considerados como una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. A pesar de un sinnúmero de avances, un gran porcentaje de las personas que tienen un trastorno mental no reciben la atención necesaria y consecuentemente sufren silenciosamente (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2014, pp. 12-13).

Es evidente el aumento de la prevalencia de los trastornos mentales comunes, entendidos como trastornos relacionados con el estado de ánimo, depresión, ansiedad etc. (Brenlla y Aranguren, 2010, p. 313). Éstos tienen un gran impacto sobre la calidad de vida de las personas y disminuyen la capacidad para la interacción interpersonal, para el trabajo y para sentirse bien. Sin embargo, hay que recalcar que no es necesario poseer un diagnóstico de trastorno mental para presentar malestar psicológico significativo, dificultades en el estado de salud mental, en la capacidad de interacción interpersonal y en la capacidad laboral (Brenlla y Aranguren, 2010, pp. 313-314).

Adicionalmente, se prevé que entre los años 2005 y 2025 la población de América Latina y el Caribe aumentará en un 23% y con ella, una cifra considerable de personas con trastornos mentales. Este crecimiento poblacional estima que las personas de entre 15 y 49 años de edad tienen mayor riesgo de padecer trastornos

mentales con un aumento del 19% (OPS, 2009, p. 19). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2013, p. 203) se pudo determinar que, en el Ecuador en el año 2013, el 17.1% del total de egresos hospitalarios por motivo de trastornos mentales y del comportamiento correspondía a personas del grupo etario de entre 35 a 44 años de edad. Siendo considerado como el grupo con una de las mayores cantidades de personas ingresadas. Por lo mencionado anteriormente, es justificable que el presente proyecto de investigación trabaje con la población comprendida entre los 35 y 44 años de edad.

Varias investigaciones ponen de manifiesto la relación entre la rigidez cognitiva y el malestar psicológico entendiendo a éste último como la evidencia de la existencia de alteraciones relacionadas a como una persona interpreta el mundo y a como resuelve un conflicto y que podría afectar el psiquismo del individuo (Espíndola et al., 2006, p. 115). El estudio de Pucurull y Feixas (2015, párr. 2) sobre la implementación de psicoterapia breve con un enfoque cognitivo-constructivista en la atención primaria, tuvo la finalidad de analizar y estudiar los cambios dados después de la implementación de la terapia en pacientes con trastornos mentales leves o malestar psicológico. Los resultados mostraron que, una vez aplicada la intervención, el grado de rigidez y de malestar psicológico disminuyó.

Así mismo, algunos estudios evidencian la relación entre los trastornos mentales y la rigidez cognitiva, la cual podría representar un gran riesgo en términos de salud mental. Lucero, Román y Feixas (2012, p. 152) manifiestan la existencia de una relación entre la rigidez cognitiva y los trastornos alimentarios. Adicionalmente, otro estudio relaciona la rigidez cognitiva con depresión, ansiedad, desregulación afectiva, desesperanza y el ambiente familiar para predecir la ideación suicida (Khan, Upmanyu, Vinayak y Kumar, 2014, p. 1125).

La rigidez cognitiva se ha estudiado desde la Teoría de los constructos personales desarrollada por Kelly en 1955/1991 (Walker y Winter, 2007, p. 453), ésta señala que el ser humano elabora hipótesis sobre el mundo en que vive y las pone a prueba mediante sus experiencias. Las hipótesis creadas están conformadas por constructos que diferencian o contrastan dichas experiencias. La rigidez cognitiva se relaciona con este tema ya que una persona puede construir su realidad de forma dicotómica o polarizada, mientras más polarizada sea la estructura cognitiva de la persona, mayor rigidez cognitiva existirá (Feixas, De la Fuente, Soldevila, 2003, p. 154). También se ha estudiado a la rigidez cognitiva desde una perspectiva neuropsicológica y explicativa, ésta es entendida como la dificultad para la realización de nuevas actividades, cambio de rutinas, aprendizaje a partir de equivocaciones, generación de alternativas y estrategias nuevas etc. (Bausela, 2014, p. 23).

Con lo mencionado anteriormente, queda clara la existencia de literatura que estudia a la rigidez cognitiva, el malestar psicológico y los trastornos mentales, sin embargo, existe una variable de control que ha estado presente de manera transversal dentro de los estudios analizados pero que no ha tenido el papel protagónico en ninguno de ellos. El nivel de educación es mencionado regularmente en estudios como una variable de control sin embargo no existe información sobre la relación directa que podría tener con la rigidez cognitiva y/o el malestar psicológico.

Por el momento, se conoce que los problemas de salud mental afectan a la totalidad de la sociedad, sin embargo, existe un riesgo más alto en personas de escasos recursos, desempleadas, víctimas de violencia y en personas con bajo nivel de escolaridad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p. 7), sin embargo, sobre el nivel educativo no se conoce mucho más. En el estudio de Khan et al. (2014, p. 1126) sobre depresión, desesperanza, ansiedad, rigidez cognitiva,

disregulación afectiva y ambiente familiar como predictores de la ideación suicida, los participantes fueron estudiantes de escuela intermedia, es decir, su nivel de educación era secundario.

Es importante el estudio de la relación entre éstas variables ya que a consulta psicológica acuden gran cantidad de personas de diferentes niveles de educación, que podrían presentar rigidez cognitiva que a su vez podría propiciar la presencia de malestar psicológico el cual es un aspecto limitante en la vida de la persona y que podría dificultar el avance en un proceso terapéutico. Al conocer si el nivel de educación influye o se relaciona de alguna manera con la rigidez cognitiva, se podrían realizar cambios en el tratamiento psicológico y lograr que, tras una valoración, se adapte o personalice la terapia con el fin de disminuir el malestar psicológico y avanzar exitosamente en el proceso.

3. Pregunta de investigación

¿Qué relación existe entre la rigidez cognitiva y el malestar psicológico según el nivel de educación en adultos de 35 a 44 años de edad en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica?

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Analizar la relación entre rigidez cognitiva y malestar psicológico según el nivel de educación en adultos de 35 a 44 años de edad en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica.

4.2 Objetivos Específicos

- Describir el nivel de rigidez cognitiva en adultos de 35 a 44 años en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica.
- Comparar el nivel de rigidez cognitiva en los diferentes niveles de educación en adultos de 35 a 44 años en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica.
- Conocer si la rigidez cognitiva según el nivel de educación se relacionan con el malestar psicológico en adultos de 35 a 44 años en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica.

5. Marco teórico

Es de vital importancia tomar en cuenta dentro del presente estudio el concepto de malestar psicológico, el cual es entendido como un grupo de reacciones y manifestaciones de carácter psíquico, emocional y conductual que tienen un curso de acción breve, evolucionan rápidamente y tienen un buen pronóstico (Espíndola et al., 2006, p. 114). El malestar psicológico no es un diagnóstico, sino, una evidencia de que existen alteraciones relacionadas a una estructura de carácter, a la forma de interpretar el mundo y de resolver un conflicto externo que podría afectar el psiquismo humano. Además, este concepto nace de la necesidad de nombrar a una serie de manifestaciones clínicas de carácter no patológico que no cumplen con los criterios para ser consideradas como un trastorno mental y que requieren atención psicológica específica (Espíndola et al., 2006, p. 115).

El malestar psicológico no debe ser considerado como un estado sintomático ni mucho menos patológico, sino, como una alteración relacionada principalmente con dos elementos. El primer elemento tiene que ver con un estado basal oscilatorio o fluctuante que debe encontrarse dentro de la normalidad, es decir, dentro de un nivel adecuado de adaptación interna y externa después de la existencia de un evento estresante desencadenante. Y el segundo elemento tiene que ver con un estado de alteración poco placentero y poco satisfactorio (Espíndola et al., 2006, p. 119). Es importante tomar en cuenta que las manifestaciones clínicas presentes en el malestar psicológico pueden ser iguales a las manifestaciones patológicas de los trastornos mentales. Sin embargo, el contexto y el origen del conflicto son totalmente distintos. El malestar psicológico es constituido como un fenómeno agudo, mientras que las manifestaciones de los trastornos mentales se entienden desde su carácter crónico y patológico (Espíndola et al., 2006, p. 119).

Existe evidencia de que este conjunto de manifestaciones conocidas como malestar psicológico tiene relación con la rigidez cognitiva. El estudio de Quinteros (2010, pp. 135-136) sobre la aplicación de un tratamiento psicológico para hombres que ejercen violencia de género, evidencia notablemente que la población estudiada presenta malestar psicológico y rigidez cognitiva.

Esta última, puede ser estudiada desde una variedad de enfoques. Desde el paradigma explicativo y desde una perspectiva neuropsicológica, la rigidez cognitiva se conceptualiza como la dificultad a la hora de realizar nuevas actividades, cambiar rutinas, aprender de equivocaciones, generar alternativas, estrategias nuevas, realizar multitareas y elaborar procesos de almacenamiento temporal relacionados a la memoria de trabajo (Bausela, 2014, p. 23). Además, se puede definir a la rigidez cognitiva desde el conocimiento de lo que su opuesto significa. La flexibilidad cognitiva se define como una capacidad de adaptación a las condiciones del ambiente frente a una tarea, así como un componente de las funciones ejecutivas

las cuales son la capacidad de planificación, programación y monitorización de la ejecución de acciones dirigidas al cumplimiento de una meta, el control de la interferencia de estímulos que no son relevantes, la flexibilidad al momento de corregir errores, la incorporación de nuevas conductas y la capacidad de concluir una tarea cuando ésta se ha finalizado (Maddio y Greco, 2010, p. 99). Por lo que, la rigidez cognitiva podría definirse como la deficiencia o dificultad en la capacidad de adaptación a diferentes condiciones ambientales para la consecución de tareas y podría comprometer el adecuado funcionamiento ejecutivo.

Por otra parte, la rigidez cognitiva puede ser entendida desde el paradigma interpretativo y desde el constructivismo, específicamente desde el Corolario de Dicotomía de la teoría de los Constructos Personales de George Kelly. Esta teoría concibe a la persona como un científico que formula a su manera sus hipótesis a través de las cuales ve el mundo. La persona busca predecir y controlar el curso de los acontecimientos, por lo que los constructos (hipótesis) que formula se destinan a la consecución de dichos fines (Kelly, 1955, p. 12). El Corolario de Dicotomía señala que los constructos son dicotómicos y bipolares ya que surgen del contraste entre dos elementos que tienen dos polos opuestos. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que un constructo es considerado como un eje referencial y no una categoría de acontecimientos. Por lo tanto, los elementos proyectados pueden tener valores intermedios que están entre ambos polos. Si bien es cierto, los constructos son considerados como dicotómicos, los procesos psicológicos humanos no responden a una construcción polarizada en términos de blanco o negro, más bien, podrían contemplar muchos matices en la escala de gris. Estos matices se evalúan dependiendo de la proximidad a uno u otro polo del constructo (Botella y Feixas, 2008, p. 42).

La rigidez cognitiva tiene que ver con la tendencia de las personas de situar permanentemente sus procesos de construcción en uno de los dos polos de sus

constructos. Es decir, construyen los aspectos de su vida de forma inequívoca y precisa, con conexiones entre constructos que son muy claras, fijas y definidas (Botella y Feixas, 2008, pp. 118-119). La rigidez, se relaciona con cuán polarizada y dicotómica la persona construya su realidad, mientras más polarizada sea la estructura cognitiva de la persona, mayor rigidez cognitiva existirá (Feixas et al., 2003, p. 154).

Para la realización de este estudio, se tomará en cuenta los dos conceptos de rigidez cognitiva. Por un lado, el propuesto por Bausela (2014, p. 23) que define a la rigidez cognitiva como la dificultad de generar nuevas alternativas o estrategias, cambiar rutinas y realizar nuevas actividades etc. Y por otro, el concepto de rigidez cognitiva desde el enfoque de George Kelly donde se precisa conocer cuán polarizada se encuentra la estructura cognitiva de la persona.

Además de su relación con el malestar psicológico, la rigidez cognitiva tiene una ligazón evidente con el tratamiento psicológico, las enfermedades mentales y el nivel de educación. Con respecto al tratamiento psicológico, el estudio titulado Psicoterapia breve con un enfoque cognitivo-constructivista en la atención primaria, pretendió estudiar los cambios obtenidos tras una psicoterapia breve de orientación cognitiva, constructivista y sistémica en pacientes que padecen trastornos mentales leves o malestar psicológico. Y encontró que, una vez realizada la intervención, el grado de rigidez y malestar disminuyó (Pucurull y Feixas, 2015, párr. 2).

Para los fines de esta investigación se definirá al tratamiento psicológico como una intervención de carácter profesional que se basa en técnicas psicológicas y que se da en un contexto clínico. En éste un especialista que por lo general es un psicólogo clínico, trata de eliminar o disminuir el sufrimiento de una persona o le enseña ciertas habilidades pertinentes para enfrentar los problemas de la vida cotidiana. Este tratamiento psicológico tiene varias implicaciones como, escuchar atentamente lo

que la persona le dice y de esta forma buscar aspectos pueden relacionarse al problema. Supone brindar información al consultante de cómo puede resolver problemas mediante el empleo de técnicas psicológicas específicas. La atención psicológica no contempla el empleo de psicofármacos, aunque se pueden combinar ambos tratamientos cuando sea oportuno (Labrador et al., 2002, p. 3).

Este tipo de tratamiento puede realizarse con una sola persona, así como con parejas, familias y grupos enteros. Dependiendo de las necesidades y de los casos, se puede combinar el uso de tratamiento en grupo y sesiones individuales. El tiempo de duración de la intervención puede variar desde una o pocas sesiones hasta una gran cantidad de sesiones tomando en cuenta el caso y su gravedad. La duración de la terapia suele ser de una hora a la semana (Labrador et al., 2002, p. 3).

Con respecto a las enfermedades mentales y a la rigidez cognitiva, existen varios estudios que las relacionan. Lucero et al. (2012, p. 149) realizaron una investigación con la finalidad de identificar las características del sistema de constructos de hijas diagnosticadas con trastornos de conducta alimentaria y de sus madres. Los resultados del estudio manifestaron que el 70% de hijas y la totalidad de madres presentan rigidez cognitiva. Así mismo, se llevó a cabo otro estudio en el cual se aplicó la Técnica de Rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas en un caso de una mujer de 34 años diagnosticada con trastorno depresivo mayor, bulimia nerviosa y trastorno de personalidad por evitación. Los resultados de la investigación mostraron que la consultante presenta una estructura cognitiva rígida, ya que se muestra extremista, construye el mundo, a sí misma y a los demás, de forma dicotómica siguiendo una lógica de “todo o nada” (Feixas et al., 2003, pp. 153-167).

Además, otro estudio pretendió conocer el papel de la depresión, la desesperanza, la ansiedad, la rigidez cognitiva, la desregulación afectiva y el ambiente familiar

como predictor de la ideación suicida. Se concluyó que estos factores si tienen relación y pueden actuar como predictores de la ideación suicida (Khan et al., 2014, p. 1125). Un estudio realizado en la ciudad de Medellín en Colombia que pretendía identificar las distorsiones cognitivas relacionadas al trastorno de ansiedad generalizada en adultos laboralmente activos, concluyó que el estilo cognitivo de procesamiento de información de las personas que tienen el diagnóstico de ansiedad generalizada se caracteriza notablemente por su rigidez cognitiva frente a las expectativas sociales y a la necesidad de control y de predicción de los eventos (Londoño, Álvarez, López y Posada, 2005, p. 124).

Adicionalmente, existen estudios que relacionan la rigidez cognitiva y el nivel educativo. Por ejemplo, el estudio de Khan et al. (2014, p. 1126) señala que sus participantes fueron estudiantes de escuela intermedia por lo que se podría inferir que su nivel de educación es secundario. Es importante mencionar que las variables encontradas en los estudios no se relacionan de forma directa ya que el nivel de educación es usado en estos casos como una variable de control y no de estudio. Por este motivo, sería pertinente estudiar de forma directa la relación entre las variables.

El nivel de educación se refiere a una agrupación de programas educativos relacionados a niveles de experiencias de aprendizaje, conocimientos, habilidades y competencias que un programa de educación impartirá. También, el nivel de educación se relaciona al nivel de complejidad y de especialización de los contenidos de los programas, los programas pueden ser básicos hasta avanzados, cuanto más avanzado sea el programa, más elevado será el nivel de educación. Este concepto es una construcción que se fundamenta en la idea de que los programas de educación pueden ser agrupados ordenadamente en una serie de categorías (UNESCO, 2013, p. 15).

Los niveles de educación obligatorios en el Ecuador tienen una forma específica de división y subdivisión la cual se organiza de la siguiente manera:

- El nivel de Educación Inicial: se divide en dos subniveles.
 - Inicial 1: comprende a niños y niñas de hasta tres años de edad, es un subnivel no escolarizado.
 - Inicial 2: comprende a niños y niñas de tres a cinco años de edad.
- El nivel de Educación General Básica: se divide en cuatro subniveles.
 - Preparatoria: corresponde a 1º grado de Educación General Básica y generalmente es cursado por estudiantes de 5 años de edad.
 - Básica Elemental: corresponde a 2º, 3º y 4º grados y se suele ofrecer a niños y niñas de 6 a 8 años de edad.
 - Básica Media: corresponde a 5º, 6º y 7º grados y se ofrece a los estudiantes de 9 a 11 años de edad.
 - Básica Superior: corresponde a 8º, 9º y 10º grados y se ofrece a los estudiantes de 12 a 14 años de edad.
- El nivel de Bachillerato: tiene tres cursos y se ofrece a los estudiantes de 15 a 17 años de edad.

Adicionalmente, existen otras categorías de educación que no son obligatorias dentro del país pero que serán tomadas en cuenta dentro del presente estudio. Una de ellas es la educación terciaria o de tercer nivel la cual se basa en los conocimientos que fueron adquiridos, en el caso del Ecuador, en el nivel de bachillerato. Este nivel es conocido como de educación académica y tiene el objetivo de brindar un aprendizaje con un alto nivel de complejidad y especialización, incluye una educación profesional y/o vocacional (UNESCO, 2013, pp. 50-57). Para el presente estudio se tomará en cuenta el nivel de educación primaria comprendido entre la educación inicial a la general básica, el nivel de educación secundaria comprendido por el bachillerato y el tercer nivel de educación.

Para finalizar, existe literatura que relaciona las variables estudiadas con otras variables que en esta investigación serán de control. Este es el caso del malestar psicológico y las enfermedades físicas crónicas las cuales serán designadas como un criterio de exclusión. Lorente (2007, pp. 95-98) señala que el malestar psicológico tiene relación con la forma en que la persona vivencia su condición de diabético. Hernández et al. (2013, p. 233) manifiesta que las personas con cáncer tienen una gran prevalencia con trastornos psicopatológicos, ansiedad, depresión, así como, malestar emocional en varias fases de la enfermedad, estos síntomas se relacionan con factores médicos, físicos, sociales y psicológicos. Varela (2011, p. 103) señala la existencia de malestar psicológico en personas con cardiopatía isquémica, el cual disminuye con apoyo social. El estudio titulado Rigidez cognitiva en pacientes con depresión y fibromialgia indica que los consultantes con depresión y fibromialgia presentan niveles más altos de síntomas depresivos, mayor rigidez cognitiva y menor diferenciación cognitiva que aquellos sin fibromialgia (Aguilera, Paz, Compañ, Medina y Feixas, 2019).

De la misma manera, existen estudios que evidencian la relación entre rigidez cognitiva y funciones ejecutivas. Lopera (2008, p. 74) señala que el síndrome de

Guilles de la Tourette es un ejemplo de síndrome dis-ejecutivo fronto subcortical que involucra a los lóbulos frontales y ganglios basales donde existe rigidez cognitiva la cual puede considerarse como una variante natural en las funciones de los lóbulos frontales, sin embargo, las formas más graves de rigidez pueden relacionarse con los ganglios basales. Otra variable tomada como criterio de exclusión son las conductas suicidas, varios estudios consideran a la rigidez cognitiva como un factor muy limitante y el cual es responsable de que la persona tenga pocas estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, lo que podría permitir el aumento del riesgo suicida ante situaciones que generen estrés emocional (Casullo, 2004, p.177). Es por este motivo, que se excluirán a las personas que presenten alguna enfermedad física crónica como cáncer, diabetes, insuficiencia renal etc. Así como, personas que tienen o han tenido conductas suicidas.

6. Hipótesis

6.1 Objetivo 1: Describir el nivel de rigidez cognitiva en adultos de 35 a 44 años en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica.

Hipótesis 1: Existe un alto nivel de rigidez cognitiva en adultos de 35 a 44 años que reciben atención psicológica.

Variable: Rigidez cognitiva, continua, numérica.

6.2 Objetivo 2: Comparar los niveles de rigidez cognitiva en los diferentes niveles de educación en adultos de 35 a 44 años en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica.

Hipótesis 2: Existen diferencias significativas en el nivel de rigidez cognitiva según los niveles de educación.

Variable nivel de educación: independiente, cualitativa y categórica.

Nivel de educación primario, secundario y tercer nivel.

Variable rigidez cognitiva: dependiente, cuantitativa, numérica, continua.

6.3 Objetivo 3: Conocer si la rigidez cognitiva según el nivel de educación influye en el malestar psicológico en adultos de 35 a 44 años en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica.

Hipótesis 3: La rigidez cognitiva según el nivel de educación se relacionan significativamente con el malestar psicológico.

Variable malestar psicológico: dependiente y cuantitativa.

Variable rigidez cognitiva: independiente, numérica y continua.

Variable nivel de educación: independiente y categórica.

Nivel de educación primario, secundario y tercer nivel

Lo anteriormente mencionado, puede justificarse desde varios estudios donde la rigidez cognitiva, el malestar psicológico y el nivel de educación están relacionados. Pucurull y Feixas (2015, párr. 2) señalan que tras aplicar psicoterapia breve de orientación cognitiva, constructivista y sistémica en pacientes que presentan

malestar psicológico, el grado de rigidez cognitiva también disminuyó. Así como en el estudio de Quinteros (2010, pp. 135-136) sobre la aplicación de Tratamiento Psicológico a Hombres que Ejercen Violencia de Género, se demostró que la población estudiada presenta malestar y rigidez cognitiva, las cuales disminuyen una vez aplicado el tratamiento.

Además, en el estudio sobre Flexibilidad cognitiva en estudiantes de la I.E. Manuel Uribe Ángel del Municipio Envigado-Colombia se evidenció que los mismos suelen reproducir automáticamente esquemas rígidos, lo que evidencia la existencia de rigidez cognitiva en un determinado nivel de educación (Gómez, Vargas, Hernández y Tamayo, 2016, pp. 47-48). En esta misma línea, el estudio de Herrera y Rivera (2011, p. 55) pretendió medir la prevalencia y nivel de síntomas que tiene el malestar psicológico y medir la relación con variables sociodemográficas, familiares y académicas, el estudio se realizó en estudiantes de pregrado.

7. Metodología de estudio

7.1 Tipo de diseño y enfoque

El proyecto tiene un enfoque cuantitativo ya que parte de varias hipótesis concretas generadas antes de recolectar y analizar los datos. Los datos serán producto de mediciones representadas en cantidades, por lo cual, se deberán analizar mediante métodos estadísticos. El proyecto usa la lógica deductiva ya que va desde lo general, desde la revisión de la teoría, hacia lo particular con la creación de hipótesis que serán sometidas a prueba (Hernández, Fernández, Baptista, 2014, p.5).

Se utilizará un diseño no experimental transversal ya que se recolectarán los datos en un solo momento. Además, porque el propósito de este diseño es el de describir

las variables investigadas y analizar cuál será la incidencia e interrelación en un momento específico. (Hernández et al., 2014, p. 154). El alcance será correlacional/comparativo ya que se asociarán las variables del estudio a través de un patrón de carácter predecible. Se pretende describir relaciones, correlacionar y comparar dos o más variables en un momento determinado. En este caso, las variables a estudiar son el malestar psicológico, rigidez cognitiva y nivel de educación. También, es de carácter comparativa ya que la variable nivel de educación, es categórica (Hernández et al., 2014, p. 93).

7.2 Muestreo de participantes

La unidad de análisis de este estudio consiste en personas de ambos sexos de entre 35 y 44 años de edad de la ciudad de Quito que han solicitado atención psicológica. El tamaño de la muestra obtenido mediante la fórmula para calcular el tamaño de la muestra, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95% y aceptado un nivel de error del 5% es de 184 participantes ya que, según la sumatoria de los casos de egresos hospitalarios por motivo de enfermedades mentales en la provincia de Pichincha, existe un aproximado de 351 personas de 35 a 44 años que reciben atención psicológica (INEC, 2013, p. 203). Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia que dependerá de las características de la investigación (Hernández et al., 2014, p. 176) y de la disponibilidad de los participantes. Se recolectará la muestra en los Centros de Psicología Aplicada de las universidades privadas de Quito.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-------------------------------	-------------------------------

-
- **Personas de 35 a 44 años de edad de la ciudad de Quito.**
 - **Personas que al menos tengan un nivel de educación primario.**
 - **Que asistan a un servicio de atención psicológica.**
- Personas con un diagnóstico médico/ físico sobre una condición de salud crónica o permanente.
 - Personas que hayan asistido a un servicio de atención psicológico previamente.
 - Personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista.
 - Personas con ideación o intentos suicidas.
-

Se excluirán a personas que previamente hayan asistido a un servicio de atención psicológica ya que como se indica en el estudio de Pucurull y Feixas (2015, párr. 2) sobre la aplicación de psicoterapia breve con un enfoque cognitivo-constructivista en la atención primaria para analizar los cambios obtenidos después de la psicoterapia, se encontró que, una vez realizada la intervención, el grado de rigidez disminuyó.

7.3 Recolección de datos

Se utilizará el Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure CORE-OM (Evans, 2000), que evalúa el malestar psicológico utilizando cuatro dimensiones como el bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento general y riesgo (Feixas et al., 2012, p. 109). El instrumento muestra buena aceptabilidad,

consistencia interna, una buena fiabilidad test-retest y validez convergente. El alpha de Cronbach mostró una consistencia interna de entre 0.75 a 0.94 (Trujillo et al., 2016, p. 1457). La herramienta será autoaplicada.

Se utilizará la versión española de la escala Schwartz Outcome Scale-10 (SOS-10) creada por Blais la cual mide la salud psicológica y el bienestar de la persona (Blais, 2012, p. 40). La consistencia interna muestra coeficientes alfa de 0.88 en la versión en español, las puntuaciones de los índices individuales y de la escala total, fueron muy similares en las versiones en inglés y español, las puntuaciones totales de las escalas tienen una correlación de 0.86 con un valor de p de 0.01, mientras que las correlaciones individuales de los ítems varían entre 0.53 a 0.91 (Rivas-Vazquez et al., 2001. pp. 440-441).

Se usará la Técnica de Rejilla (Feixas y Cornejo, 1996, p.11) que tiene como finalidad conocer la forma en que una persona le da sentido a su experiencia en sus propios términos (Feixas y Cornejo, 1996, p. 11). Se empleará el índice de polarización el cual analiza la tendencia a usar puntuaciones extremas, si aparece una puntuación por sobre 28,57% se indicaría rigidez y polarización cognitiva (Feixas et al., 2003, p. 167). La herramienta será heteroaplicada.

Se utilizará el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin de Grant y Berg para la evaluación de la capacidad de abstraer, formar conceptos y cambiar estrategias cognitivas como respuesta a los cambios producidos en el ambiente (Félix, 2013, p. 5). La fiabilidad interpuntuadores de la prueba es excelente ya que el índice de correlación obtenido es de 0.93 y para errores perseverativos es de 0.88, la fiabilidad intrapuntuadores es igual de excelente con puntuaciones entre 0.91, 0.94 y 0.96. Con respecto a la validez, varios estudios han demostrado una validez de constructo alta como medida de la capacidad ejecutiva (Heaton, Chellune, Talley, Kay y Curtiss, 2009, p. 48-52).

Adicionalmente, se utilizará un cuestionario sociodemográfico en el cual se identificarán las características de la muestra, así como su nivel de educación o si presenta un diagnóstico de enfermedad mental de origen orgánico. La herramienta será heteroaplicada.

7.4 Pre-validación del instrumento

Para esta sección se creó un documento adjunto donde se detallan las características y la finalidad de los instrumentos de recolección de datos que se usarán. El documento se elaboró en acción conjunta con el tutor guía quien se encargó de su revisión, aprobación y validación. El documento se encuentra en el Anexo 5.

7.5 Procedimiento

Para contactar con la muestra el primer paso a realizar es acudir a los Centros de Psicología Aplicada de las respectivas universidades de la ciudad de Quito, se procederá a hablar con quienes estén a cargo de dichos centros y a solicitar una autorización para acceder a los datos de las personas que hayan pedido iniciar un proceso de atención psicológica. Seguidamente, vía telefónica se contactará a cada uno de los miembros de la muestra con la finalidad de preguntar si están interesados en participar del proyecto.

Una vez que exista aprobación e interés por parte los participantes, se convocará a una reunión grupal en cada uno de los Centros de Psicología en los cuales los participantes hayan solicitado iniciar un proceso psicológico. Ahí se explicará en qué consiste el proyecto, la finalidad, objetivos, necesidad de consentimientos

informados, duración y la aplicación de incentivos tales como un refrigerio. En esa misma ocasión se procederá a repartir los consentimientos informados (Anexo 6) a quienes estén interesados en participar para su revisión y posterior aceptación. Una vez llenados los consentimientos, se aplicarán los cuestionarios sociodemográficos (Anexo 1).

Posteriormente, se realizará un análisis de los datos sociodemográficos y se definirá la muestra que cumpla con los criterios de inclusión. Seguidamente, se citará a los participantes, en dos ocasiones y en el horario más conveniente para ellos. En la primera ocasión, se aplicarán el CORE- OM y el SOS-10 y en la segunda ocasión, se aplicará la técnica de Rejilla y el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, cabe recalcar que las herramientas serán heteroaplicadas. Una vez recolectados todos los datos de la muestra se procederá a sistematizarlos y analizarlos. Es importante mencionar que se aplicarán los instrumentos a participantes que hayan solicitado iniciar un proceso de atención psicológica pero que aún no lo han iniciado.

7.6 Análisis de datos

Para obtener el porcentaje de polarización de constructos de la técnica de Rejilla, se utilizará el software GRIDCOR 6.0 (Garcia-Gutierrez y Feixas, 2018). El análisis de los datos estadísticos se realizará por medio del programa IBM Statistics for Windows, Versión 25.0 (SPSS) (IBM Corp, 2017).

Para el objetivo número uno, se realizará un análisis descriptivo con media y desviación estándar con la finalidad de reconocer el nivel de rigidez cognitiva existente en la muestra. Para el segundo objetivo, se realizará un análisis de varianza ANOVA en la cual la variable dependiente será la rigidez cognitiva y la variable independiente serán los niveles de educación descritos en 3 categorías. Y para el tercer objetivo, se realizará un análisis de la regresión utilizando como

variable dependiente al malestar psicológico y como variables independientes a la rigidez cognitiva y al nivel de educación.

8. Viabilidad

Acceso al grupo de estudio: para este estudio la muestra será obtenida de los Centros de Psicología de las universidades privadas de la ciudad de Quito siendo fácil el acceso especialmente en el Centro de Psicología Aplicada de la Udla ya que, al formar parte de la Escuela de Psicología de la Udla, podría permitir un fácil acceso a la información.

Disponibilidad del tutor académico: El docente guía cuenta con la disponibilidad y tiempo requerido para la realización del estudio, así mismo, aportará con su conocimiento en el tema.

Disponibilidad de recursos: Los costos del estudio serán solventados en su totalidad por la autora del proyecto. Los costos del estudio incluyen copias e impresiones de los cuestionarios sociodemográficos, consentimientos informados, herramientas y el transporte hacia los diferentes Centros de Psicología. Hay que tomar en cuenta que los instrumentos a utilizar son de uso libre y algunos de ellos como el CORE-OM y el Test de Cartas Wisconsin se encuentran en la Escuela de Psicología de la Udla, por lo cual estos no representan un costo en este estudio.

Sugerencias y recomendaciones: Este estudio tiene como muestra a personas que asisten a un servicio de atención psicológica partiendo de la idea de que quienes asisten podrían presentar malestar psicológico, el cual es estudiado dentro del proyecto de investigación, esto podría representar una limitación ya que los datos no se pueden generalizar a toda la población, por lo que, es recomendable que en

posteriores estudios la muestra sea más amplia y no se limite a la atención psicológica.

9. Aspectos Éticos

9.1 Consentimiento informado

Es importante la existencia de un consentimiento informado, éste permitirá que quienes deseen participar comprendan que la participación es voluntaria, que tienen la opción de rechazar la propuesta o de retirarse de la investigación en cualquier momento. Los consentimientos informados cuentan con la información necesaria acerca del estudio, su objetivo y cuál sería el rol de los participantes dentro del mismo. Este documento será entregado y explicado en la reunión que se convocará en cada Centro de Psicología para brindar información del estudio. En el anexo 6 se encuentra el modelo de consentimiento.

9.2 Tratamiento de la información

La información será tratada de manera confidencial y anónima ya que la investigación tiene fines únicamente investigativos y académicos. Para ello, los datos recabados serán manejados por ciertos miembros de la investigación encargados de la recolección, sistematización y análisis de los datos, por el o la tutora y los correctores del proyecto. Para asegurar la confidencialidad y anonimato, se eliminarán los nombres de los participantes y se remplazarán por códigos. La confidencialidad se puede romper en caso de que la información proporcionada suponga un riesgo para la persona, para los miembros de la investigación o para la sociedad en general, además, si la información es requerida por un juez.

9.3 Autoreflexividad

Al iniciar mis prácticas pre profesionales en el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la UdlA tenía la idea de que las personas con mayor nivel académico eran menos rígidas mientras que las de menor nivel académico se mostraban más rígidas. Sin embargo, me encontré con gran cantidad de personas que asistían a terapia, las cuales tenían diferentes niveles de educación y algunas de ellas se mostraban más rígidas que otras y no necesariamente seguían la lógica que yo había establecido, por ello me sentí motivada a investigar sobre el tema. Además, al hacer mis prácticas me interesé por el concepto de rigidez que se manejaba en el ejercicio diario, por lo que esta investigación ayudará a comprender mejor el término y su aplicación. Además, esta es una oportunidad para ayudar, ya que al conocer de forma más minuciosa o detallada la relación entre las variables, puedo ayudar a personalizar o adaptar de mejor manera el tratamiento psicológico de las personas y por ende reducir su malestar psicológico.

9.4 Consecuencias de la investigación

Una de las posibles consecuencias negativas de la investigación tiene que ver con que se tomen en cuenta únicamente los resultados del proyecto y se obvian demás variables que influyen en la elección de cualquier tipo de tratamiento psicológico. Además, es posible que el proceso de recolección de datos y la investigación en sí, provoquen cierto nivel de malestar ya que la población con la que se pretende trabajar podría considerarse vulnerable al presentar malestar psicológico y al tener la necesidad de asistir a un servicio de atención psicológica.

9.5 Devolución de resultados

Para la devolución de resultados, se contactará con quienes estén a cargo de los Centros de Psicología de las diferentes universidades con la finalidad de socializar la información obtenida y posteriormente, contactar a los participantes que asisten a cada uno de los centros y convocarlos a una reunión para la entrega de un informe que detalla el procedimiento y resultados de la investigación.

9.6 Autorización para el uso de los cuestionarios

En el caso del CORE-OM no se requiere la autorización del autor para su uso, el cuestionario es gratuito y se encuentra disponible para ser usado en investigaciones

(<https://www.coresystemtrust.org.uk/translations/spanishcastellano/>). El SOS-10 tampoco requiere la autorización de uso ya que es un cuestionario de acceso libre (https://csrf.net/wp-content/uploads/2014/04/Schwartz-Outcome-Scale_en-2.pdf), se encuentra disponible en la web para su uso. Así mismo, la técnica de Rejilla al ser un instrumento constructivista, no necesita de autorización ya que, en este caso, la investigadora realizará su propio modelo de rejilla. Por último, el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin se encuentra disponible en la Universidad de Las Américas.

9.7 Derechos de autor

Literal No.13 del Reglamento de titulación de la Universidad de Las Américas, sobre la propiedad intelectual: La propiedad intelectual de los trabajos de titulación pertenecerá a la Universidad. En casos extraordinarios en los que el o los estudiantes tengan razones para solicitar que la propiedad intelectual les

pertenezca, deberán solicitarlo directamente a su Decano o Director, quién tratará el tema con la Vicerrectoría y la Dirección de Coordinación Docente. Se comunicará la respuesta al solicitante a más tardar dentro de los 30 días siguientes a su requerimiento. Los trabajos de titulación, de aceptarse el requerimiento del estudiante, serán tratados como secreto comercial e información no divulgada en los términos previstos en la Ley de Propiedad intelectual.

10. Análisis de estrategias de intervención

Dentro del procedimiento de este proyecto, se contempla la aplicación de varios instrumentos para obtener información, uno de ellos es el cuestionario sociodemográfico el cual principalmente se compone de preguntas enfocadas a conocer el nivel de educación de la persona, pero también, de preguntas enfocadas a conocer información sobre las variables que se van a controlar dentro del estudio.

Una de las variables de control es la enfermedad crónica, la cual produce un impacto estresante y genera desequilibrio en la vida de la persona. La persona se enfrenta a una experiencia de amenaza con relación a problemas inmediatos como el dolor o inmovilización y a una experiencia de pérdida de control de los acontecimientos que afectan en su vida, lo cual, supone una situación de crisis y de deterioro de la calidad de vida de la persona (Rodríguez, Pastor y López, 1993, pp. 359-360). Por lo que, es posible que al momento de aplicar el cuestionario las personas que tengan algún tipo de enfermedad crónica, entren en un estado de crisis y sus mecanismos de afrontamiento se vean debilitados. Además, el cuestionario contempla las conductas suicidas como otra variable de control, esta variable supone un problema de salud pública de suma importancia a nivel mundial el cual abarca desde la ideación suicida hasta la posible consumación del acto (Leiman y Garay, 2017, p. 261).

Si alguna de las situaciones planteadas anteriormente llegara a suscitarse, se propone que, al momento de la aplicación de los cuestionarios, se cuente con la presencia de un profesional experto en intervención en crisis ya que la aplicación de esta estrategia es clave en un momento de desorganización grave (Slaikeu, 1996, p. 13), como, por ejemplo, el poseer una enfermedad crónica o tener una conducta suicida. Es necesario que el profesional que brinde esta ayuda, en caso de ser necesitada, tenga la capacidad de hacer distinciones con respecto a las técnicas, qué servicios específicos y metas son aplicables, además, de un entrenamiento completo tomando en cuenta los altos riesgos que la situación implica y el sentido de urgencia e inmediatez etc. (Slaikeu, 1996, p. 108). En el caso de signos de conducta suicida en los participantes, el papel del profesional experto será el de provocar en la persona una sensación de tranquilidad, seguridad, de control, empatía para evitar su acometido (Martín, 2016, p. 237). Una vez estabilizados los posibles cuadros, el profesional experto y los encargados de la investigación, remitirán los casos de forma inmediata a los profesionales de los CPAs de las diferentes universidades para el inicio del abordaje psicológico de mayor pertinencia.

Por otra parte, se propone definir la estructura del grupo de investigación con la finalidad de delimitar la cantidad de miembros, así como sus roles y responsabilidades. Para la delimitación del grupo investigativo se ha tomado como base, la concepción de grupo como un conjunto de investigadores, becarios, personal técnico y/o de apoyo que tienen objetivos en común. Su organización depende de las demandas técnicas de la investigación, los miembros son interdependientes en sus tareas y comparten la responsabilidad ante los resultados (Rey, Martín- Sempere, Sebastián, 2008, p. 745).

Por lo que, se propone que el grupo de esta investigación esté conformado por la investigadora principal que con la realización de este proyecto aspira al título de psicóloga mención clínico, el docente guía quien es un profesional especializado en psicología, dos docentes correctores, dos psicólogos en formación que conozcan del tema y que se encarguen de realizar las actividades técnicas y de soporte como, por ejemplo, la aplicación de los instrumentos, preparación de materiales, etc. Y un profesional experto en intervención en crisis. Cabe recalcar, que es importante el trabajo interdisciplinario con los profesionales de los CPAs ya que cualquier caso de emergencia será remitido a dichas instituciones. En el estudio Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10) se puede evidenciar un ejemplo de grupo investigativo conformado por dos investigadoras principales, ambas con el título de licenciadas en psicología y de un grupo de asistentes de investigación los cuales se encargaron de entrevistar individualmente a la muestra y también fueron los encargados de solicitar que se llenen los instrumentos (Brenlla y Aranguren, 2010, p. 315).

Otro aspecto a tomar en cuenta dentro de la investigación son las posibles complicaciones de acceso a la información de los posibles participantes. Para la consecución del proyecto, se pretende solicitar la información a cada Centro de Psicología Aplicada de la ciudad de Quito, sin embargo, dichas instituciones podrían no querer proporcionar los datos alegando que la información es confidencial y de carácter personal. Sin embargo, tomando en cuenta que la información también pertenece a los consultantes (Antomás y Huarte, 2011, p. 78), se puede solicitar a dichos centros que en primera instancia se contacten con los posibles participantes y pidan una autorización para que el equipo de investigación acceda a sus datos y posteriormente pueda comunicarse con cada uno de ellos.

Para que las instituciones donde se realizará la investigación accedan, se puede llegar a acuerdos como, por ejemplo, sugerir que los proyectos de investigación

sean revisados por un comité ético de investigación para así garantizar que el proyecto se desarrolle de la mejor forma posible (Fundación Salud 2000, 2015, p. 6). En este caso, se propone realizar una devolución de los datos obtenidos de forma general y sin la divulgación de la identidad de los participantes con la finalidad de que dichas instituciones puedan utilizar los datos para realizar mejoras y adaptaciones en las intervenciones

Una vez obtenidos los datos de la investigación y suponiendo que los resultados de la misma señalen la existencia de una relación entre rigidez cognitiva y el nivel de educación, se propone la implementación de estrategias que fomenten la flexibilidad cognitiva en las personas que dentro de las instituciones educativas, ya sean escuelas, colegios o universidades asistan o hayan solicitado algún tipo de atención en los departamentos de bienestar estudiantil o en los departamentos de consejería estudiantil (DECE), los cuales, son la instancia encargada de brindar una atención integral a los estudiantes, de brindar acompañamiento psicológico, psicoeducativo, emocional y social (Ministerio de Educación, s. f, párr. 1). Se propone que dentro de esta instancia las estrategias para fomentar la flexibilidad cognitiva se adapten al nivel de educación que los estudiantes estén cursando.

El estudio titulado Flexibilidad cognitiva en estudiantes de la I.E. Manuel Uribe Ángel del Municipio Envigado-Colombia respalda la propuesta ya que después de la aplicación de varios instrumentos de evaluación de la rigidez cognitiva a estudiantes de un nivel de educación secundario, se evidenció que los mismos suelen reproducir automáticamente esquemas rígidos, lo que desemboca en la realización de actividades usando procedimientos ineficaces. Por lo que, el estudio propone que la educación apunte a la capacidad de resolución de problemas y a incentivar el pensamiento crítico y alternativo (Gómez et al., 2016, pp. 47-48). Se recomienda que la implementación de estas capacidades dentro del espacio de consejería o

bienestar académico se realice tomando en cuenta las competencias educativas prioritarias que se pretenden alcanzar en cada nivel de educación.

Por ejemplo, en el nivel de educación primaria las destrezas a desarrollar tienen que ver con el desarrollo de la comunicación de forma oral y escrita en la lengua materna, esto implica la comprensión de lo leído y escuchado, dentro de esta competencia, se incluyen habilidades cognitivas de resolución de distintas problemáticas en torno a la lectura y su producción. También, se pretende desarrollar como competencia la resolución de situaciones problemáticas donde se requiere la capacidad de avanzar frente a lo desconocido, identificar los aspectos y sujetos que componen el problema y buscar soluciones, por lo que, las estrategias para promover la flexibilidad cognitiva deberán estar enmarcadas dentro de dichas destrezas (Ademar et al., 2008, p. 10). Así mismo, en el nivel de educación secundaria las destrezas a desarrollar también tienen que ver con la capacidad de resolución de problemas, en este caso, se presentan metas a alcanzar, pero no se dispone de una secuencia de pasos establecida que indique como llegar a la meta (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2010, p. 21). En el tercer nivel, se promueve la resolución de problemas desde un aprendizaje de alto nivel de complejidad y especialización (UNESCO, 2013, pp. 50-57).

Para la consecución de dicha propuesta, es primordial que el profesional a cargo de estos espacios de bienestar estudiantil, en este caso, el psicólogo educativo, sea flexible cognitivamente ya que varios estudios demuestran que la flexibilidad-rigidez es un factor determinante que ayuda o dificulta la adaptación del terapeuta a las necesidades del consultantes, así como, un estilo más flexible permite una mejor alianza terapéutica (Corbella et al., 2009, pp.127-131), lo que puede ser extrapolado al ámbito de la consejería estudiantil.

Además, es importante que el profesional se encuentre capacitado adecuadamente en relación a la promoción y desarrollo de la flexibilidad cognitiva. Por lo que, se recomienda que este profesional tenga un buen desempeño comunicativo, una adecuada capacidad para animar, guiar y propiciar la resolución de conflictos y para orientar. Desde la óptica ecuatoriana, se requiere un profesional que se caracterice por su liderazgo, que, debido a las exigencias pueda brindar con responsabilidad una buena atención al ser humano, que pueda desarrollar alternativas que involucren a todos los actores. En definitiva, se recomienda un profesional que idee y desarrolle actividades que promuevan la creatividad, la estimulación intelectual, la capacidad de inspirar a otros a ir más allá de lo esperado etc. (Sánchez, González y Zumba, 2016, pp. 124-128).

Siguiendo la misma lógica, se propone la creación de intervenciones que puedan ser aplicadas dentro del contexto terapéutico y que estén enfocadas al desarrollo de flexibilidad cognitiva según el nivel de educación. Para esto, es importante tomar en cuenta las competencias educativas prioritarias de cada nivel de educación que se han descrito anteriormente. En el caso de las intervenciones para consultantes con nivel de educación primaria se recomienda realizar actividades donde se planteen situaciones problemáticas que requieran de la capacidad de avanzar frente a lo desconocido, identificar los aspectos y sujetos que componen el problema y buscar soluciones (Ademar et al., 2008, p. 10). Para esto, se propone el uso de actividades donde se adquieran diferentes visiones de una situación problemática usando materiales como hojas de papel, colores, marcadores, plastilina. Una actividad a realizar podría ser la creación de diferentes figuras a partir de varias figuras geométricas (Adame, 2014, p. 67). Esta actividad seguida de una metáfora o reflexión sobre la infinidad de posibilidades para resolver problemas o ver la vida, podría ser un ejemplo claro de promoción de la flexibilidad. Para el nivel de educación secundaria, también, se presentan situaciones que resolver, pero sin una secuencia de pasos establecida que indique como llegar a la meta (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2010, p. 21). En este caso, se pueden

solicitar que el consultante solucione una serie de dilemas o casos hipotéticos relacionados al motivo de consulta o al tema tratado en la sesión que no tengan una solución evidente, con la finalidad de que el paciente busque nuevas soluciones y comprenda la existencia de diferentes formas de solucionar conflictos. Por último, en relación al tercer nivel de educación, se propone trabajar los posibles dilemas implicativos de la persona, los cuales se refieren a esta dificultad en cambiar la situación problemática ya que probablemente esta dificultad o resistencia sea una forma de proteger su identidad. Se recomienda que el trabajo psicoterapéutico se enmarque en evidenciar qué es lo que puede estar impidiendo la realización de un cambio para luego redefinir la situación (Serna, Feixas y Fernandes, 2005, p. 182).

Por último, se recomienda una devolución de los datos de la investigación a los Centros de Psicología de los cuales se obtuvo la muestra. Esta devolución que será general, sin brindar información individual de cada miembro de la muestra tiene como finalidad que los centros utilicen los datos del estudio para incluirlos en la terapia. Ya que, de igual manera que en un espacio de consejería, se pueden utilizar los datos del nivel educativo para generar estrategias de tratamiento de la rigidez cognitiva y aminorar el malestar psicológico. Así mismo, la información proporcionada por la investigación podría permitir que, dentro de varias corporaciones, el área de salud ocupacional se base en el nivel de educación para promover la flexibilidad cognitiva de los trabajadores que tengan algún tipo de malestar psicológico y/o que requieran de atención en salud mental.

11. Cronograma

Tabla 2

Cronograma

Actividades	Semana/Mes	Descripción
1. Tutorías con docente guía	1, 2, 3 y 4/1 5,6 y 8/2 9,10,11/3 14/4	Tutoría para determinar cómo se llevará a cabo la realización del trabajo.
2. Pre-validación de los instrumentos	2,3 y 4/1	Realización del documento para su posterior aprobación
3. Primer acercamiento a Centros de Psicología de las universidades (CPAs)	2,3 y 4/1	Primera socialización con representantes de los CPAs para explicar el proyecto y pedir autorizaciones.
4. Reclutar la muestra	5/2	Realizar reuniones en cada CPA para explicar la investigación y llenar consentimientos informados y cuestionarios sociodemográficos

5. Aspectos éticos	5/2	Análisis y redacción de los aspectos éticos inmersos en la investigación.
6. Marco teórico y justificación	5,6 y 7/2	Redacción del marco teórico y justificación del problema.
7. Revisión bibliográfica	6 y 7/2	Revisión bibliográfica para complementar los apartados del proyecto
8. Aplicación del CORE OM Y SOS 10	6, 7, 8/2	Aplicación de los 2 instrumentos en la misma ocasión
9. Aplicación del Test de Wisconsin y la Técnica de Rejilla	6, 7, 8/2	Aplicación de los 2 instrumentos en la misma ocasión
10. Metodología de estudio	10, 11/3	Análisis y redacción de la metodología del estudio.
11. Generación de base de datos	7,8/2 9/3	Recolectar los datos de cada participante
12. Revisión de referencias y normas APA	9, 10/3	Revisión de referencias y normas APA de todo el documento
13. Viabilidad	10/3	Análisis de la viabilidad del estudio

14. Sistematización de datos	12/3 13/4	Sistematización de los datos obtenidos en todos los CPAs
15. Análisis de datos	12/3 y 13/4	Análisis de los datos obtenidos en todos los CPAs
16. Introducción	12/3 y 13/4	Redacción de la introducción del proyecto
17. Informe final	14/4	Entrega del informe final para revisión
18. Corrección final	16/4	Corrección por parte de los correctores asignados
19. Devolución de información	16/4	Devolución de información a la muestra

REFERENCIAS

- Adame, A. (2014). *Estrategias de intervención para mejorar las funciones ejecutivas en niños con TDAH* (Tesis de maestría). Universidad Internacional de la Rioja. Barcelona, España.
- Ademar, H., Orrego, S., Peretti, G., Fontana, M., Pasut, M., Seara, R., ... Schneider, C. (2008). De aprendizajes, competencias y capacidades en la educación primaria. Desandando caminos para construir nuevos senderos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47, 1681-5653. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2730336>
- Aguilera, M, Paz, C., Compañ, V., Medina, J. y Feixas, G. (2019). Cognitive rigidity in patients with depression and fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 160-164. doi: 10.1016/j.ijchp.2019.02.002
- Antomás, J. y Huarte, S. (2011). Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 73-82. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100008
- Bausela, E. (2014). Funciones Ejecutivas: Nociones del Desarrollo desde una Perspectiva Neuropsicológica. *Acción Psicológica*, 11(1), 21-34. doi: 10.5944/ap.1.1.13789
- Blais, M. (2012). The Schwartz Outcome Scale – 10 (SOS)-1. *Integrating Science and Practice*, 2(2), 40-42. Recuperado de

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.680.8109&rep=rep1&type=pdf>

Botella, L. y Feixas, G. (2008). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna.

Brenlla, M. y Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, 28(2), 309-340. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1464/0>

Casullo, M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, 12. 173-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941017.pdf>

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L., Botella, L. y García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 125-133. Recuperado de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/814/racp_xviii_2_pp125_133.pdf

Del Pino, R., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. y Ojeda, N. (2016). Test modificado de clasificación de tarjetas de Wisconsin: normalización y estandarización de la prueba en población española. *Revista Neurología*, 62(5). 193-202. doi: 10.33588/rn.6205.2015274

Espíndola, J., Morales-Carmona, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J. e Ibarra, A. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus

manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20(4), 114-115. Recuperado de <http://www.inper.mx/descargas/pdf/MalestarpsicologicoAlgunasdesusmanifestacionesclinicas.pdf>

Evans, C. (2000). The CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation) and its derivatives. *Integrating Science and Practice*, 2(2), 12–15. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/256292294_La_version_espanola_del_CORE-OM_Clinical_Outcomes_in_Routine_Evaluation-Outcome_Measure

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., y Audin, K. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE–OM. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60. doi:10.1192/bjp.180.1.51

Feixas, G., López-Moliner, J., Navarro-Montes, J., Tudela Mari, M. y Neymeyer, R. (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., De la Fuente, M. y Soldevila, J. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 153-167. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085535

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. (2012). La Versión

Española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32884/5/637380.pdf>

Félix, V. (2013). *Funciones Ejecutivas: Estimación de la flexibilidad cognitiva en población normal y un grupo psicopatológico*. Valencia, España: Universidad de Valencia.

Fundación Salud 2000. (2015). *Acceso a la historia clínica con fines de investigación. Estado de la cuestión y controversias*. España: Fundación Salud 2000.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2010). *El desarrollo de capacidades en la escuela secundaria un marco teórico*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

García-Gutiérrez, A. Y Feixas, G. (2018). GRIDCOR: A Repertory Grid Analysis Tool (Version 6.0) [Aplicación web]. Recuperado de <http://www.repertorygrid.net/en>

Gómez, M., Vargas, V., Hernández, J. y Tamayo, D. (2016). Flexibilidad cognitiva en estudiantes de la I.E. Manuel Uribe Ángel del Municipio Envigado-Colombia. *Revista Psicoespacios*, 10(17), 41-50. doi: 10.25057/issn.2145-2776

Heaton, R., Chellune, G., Talley, J., Kay, G. y Curtiss, G. (2009). *Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin* (3era edición). Madrid, España: Editorial Tea.

Hernández, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. y Martín, J. (2013). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9 (2-3), 2012, 233-257. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895

Hernández, C., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. Ed.). México D.F, México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.

Herrera, L. y Rivera, M. (2011). Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. *Revista Ciencia y Enfermería*, 17(2), 55-64. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n2/art_07.pdf

International Business Machines Corporation. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 [Software]*. Nueva York, Estados Unidos: International Bussines Machines Corporation.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2013*. Quito, Ecuador: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (Vol 1.). Nueva York, Estados Unidos: W. W. Norton & Company. INC.

Khan, I., Upmanyu, V., Vinayak, S. y Kumar, S. (2014). Study on Depression, Hopelessness, Anxiety, Cognitive Rigidity, Affective Dysregulation and Family Environment as Predictors of Suicide ideation among male

adolescents. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(10), 1124-1129.
Recuperado de <http://www.i-scholar.in/index.php/ijhw/article/view/88721>

Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández, J. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Toledo, España: Siglo XXI.

Leiman, M. y Garay, J. (2017). Intervenciones psicológicas para pacientes con riesgo suicida: una revisión sistemática. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 63(4), 261-275. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/322255429_Intervenciones_psicologicas_para_pacientes_con_riesgo_suicida_una_revision_sistemica

Londoño, N., Álvarez, C., López, P. y Posada, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes psicológicos*, 7, 123 – 136. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1676/1620>

Lopera, F. (2008). Funciones Ejecutivas: Aspectos Clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1). 59-76. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987492>

Lorente, I. (2007). Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico. *Avances en Diabetología*, 23(2). 94-99. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2322426>

Lucero, C., Román, F. y Feixas, G. (2012). Aportaciones de la técnica de rejilla en la comprensión de los trastornos alimentarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 149-160. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2819/281927588007/>

Maddio, S. y Greco, C. (2010). Flexibilidad Cognitiva para Resolver Problemas entre Pares ¿Difiere esta Capacidad en Escolares de Contextos Urbanos y Urbanomarginales? *Revista Interamericana de Psicología*, 44(1). 98-109. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28420640011.pdf>

Martín, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250. Recuperado de <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/298>

Ministerio de Salud Pública. 2014. *Plan Estratégico de Salud Mental del Ecuador 2015-2017*. Quito, Ecuador: Comisión de salud mental.

Ministerio de Educación. (s. f). ¿Qué son los DECE? Quito, Ecuador: Ministerio de Educación. Recuperado de <https://educacion.gob.ec/que-son-los-dece/>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2013). *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación CINE 2011*.

Montreal, Canadá: Instituto de Estadística de la UNESCO. Recuperado de <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/isced-2011-sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166275/9789275316320.pdf;jsessionid=7B4196F97E161C7173FBF14106CC7B3A?sequence=1>

Ortiz, E. (2017). *Malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en estudiantes de psicología* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona, España.

Pucurull, O. (2015). *Psicoterapia breve con un enfoque cognitivo-constructivista en la atención primaria, cambios sintomáticos y cognitivos* (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=137985>

Quinteros, A. (2010). Tratamiento Psicológico a Hombres que Ejercen Violencia de Género: Criterios Básicos para Elaborar un Protocolo de Intervención. *Revista Clínica Contemporánea*, 1(2), 136-137. Recuperado de <https://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/c2010v1n2a6.pdf>

Rivas-Vazquez, R., Rivas-Vazquez, A., Blais, M., Rey, G., Rivas-Vazquez, F., Jacobo, M. y Carrazana, E. (2001). Development of a Spanish Version of the Schwartz Outcome Scale-10: A Brief Mental Health Outcome Measure.

Journal of personality assessment, 77(3), 436–446. doi: 10.1207/S15327752JPA7703_05

Rey, J., Martín- Sempere, M. y Sebastián, J. (2008). Estructura y dinámica de los grupos de investigación. *Arbor*, 184(732), 743-757. Recuperado de <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/219>

Rodríguez, J., Pastor, M. y López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72709924.pdf>

Sánchez, P., González, M. y Zumba, I. (2016). El psicólogo educativo y su responsabilidad en la sociedad ecuatoriana actual: compromisos, retos y desafíos de la educación del siglo XXI. *Universidad y Sociedad*, 8(4), 123-129. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v8n4/rus16416.pdf>

Serna, J., Feixas, G. y Fernandes, E. (2005). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de psicoterapia*, 16(63/64), 179-201.

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis manual para práctica e investigación* (2.^a ed.). México: Editorial Manual Moderno.

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., ... Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical

Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 12, 1457-1466. doi: 10.2147/ndt.s103079

Varela, I. (2011). Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

Walker, B. y Winter, D. (2007). The Elaboration of Personal Construct Psychology. *The Annual Review of Psychology*, 58(1), 453-477. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6883224_The_Elaboration_of_Personal_Construct_Psychology

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario sociodemográfico

Fecha de nacimiento/...../..... día mes año	Género	Masculino		Femenino
¿Cuál es su estado civil?	Casado/a	¿Tiene hijos/as?	NO		SI
	Unido/a				Especifique cuántos
	Separado/a				
	Divorciado/a				
	Viudo/a				
	Soltero/a				
La zona en que reside se considera:	¿Cuál es el nivel de instrucción/educación más alto al que asiste o asistió?				
Rural	Centro de alfabetización				
Urbana	Primario				
	Educación Básica (hasta 10mo año de educación básica)				
	Bachillerato				
	Ciclo post bachillerato (formación técnica)				
	Superior				
	Postgrado				
¿Ha recibido algún diagnóstico médico/físico durante este último mes?					
NO		SI			
		¿Cuál fue el diagnóstico que recibió?			
		¿Qué tipo de tratamiento ha recibido?		Ingreso/Hospitalización	
				Tratamiento ambulatorio	
A lo largo de su vida, ¿ha recibido el diagnóstico médico/ físico sobre una condición crónica o permanente?					
NO		SI			
		¿Cuál es o fue su diagnóstico?			
		Diabetes			
		Enfermedad cerebrovascular			
		Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades congénitas			
		Cáncer			
		Insuficiencia renal			
		Otra: Especificar:			
¿Ha recibido algún diagnóstico de enfermedad mental durante este último mes?					
NO		SI			
		¿Cuál fue el diagnóstico que recibió?			
		¿Qué tipo de tratamiento ha recibido?		Ingreso/Hospitalización	
				Tratamiento ambulatorio	
A lo largo de su vida, ¿ha recibido el diagnóstico de enfermedad mental?					
NO		SI			
		¿Cuál es o fue su diagnóstico de enfermedad mental?			
		Trastornos del espectro autista			
		Otro: Especificar:			
¿Ha recibido tratamiento psicoterapéutico anteriormente?					
NO		SI			
¿Está recibiendo tratamiento psicoterapéutico actualmente?					
NO		SI			
¿Ha tenido pensamientos de muerte o de hacerse daño en el último mes?					
NO		SI			
¿Ha intentado hacerse daño/ matarse en el último mes?					
NO		SI			

Anexo 2

CORE – OM



Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

A	A	A	A	M	M	D

Edad

Fase actual

S 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

Hombre
Mujer

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/a y aislado/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	F
2 Me he sentido tenso/a, ansioso/a o nervioso/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	F
4 Me he sentido bien conmigo mismo/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	P
6 He sido violento/a físicamente hacia 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"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	P
9 He pensado en hacerme daño a mí mismo/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	P
12 Me he sentido satisfecho/a 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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	NO RESPONDA
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/a 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/a	<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/a 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/a	<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 criticada 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/a o avergonzado/a 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
35 Me he sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total

→ →

Puntuaciones medias

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

(W) (P) (F) (R) Todos los ítems Todos menos R

Anexo 3

SOS – 10

Instrucciones: A continuación usted encontrará diez descripciones sobre su situación actual que nos ayudarán a entender como usted cree que se ha estado sintiendo. Por favor responda a cada descripción marcando con un círculo el número apropiado que usted piensa que mejor describe como se ha sentido en los últimos siete días (una semana). No hay respuestas correctas ni incorrectas, pero es muy importante que su respuesta indique como usted cree que se ha sentido. Usualmente, la mejor respuesta es la que primero le venga a la mente. Por favor asegurese de contestar todas las preguntas.

1. Tomando en cuenta mi condición física, yo estoy satisfecho(a) con lo que puedo hacer.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
2. Confió en mi habilidad para mantener relaciones y amistades importantes.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
3. Me siento optimista acerca de mi futuro.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
4. Usualmente estoy entusiasmado(a) e interesado(a) sobre las cosas en mi vida.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
5. Puedo divertirme.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
6. Me siento generalmente satisfecho(a) con mi salud mental.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
7. Puedo perdonarme por mis fracasos.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
8. Mi vida está progresando de acuerdo con mis expectativas.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
9. Puedo manejar o resolver situaciones conflictivas con otras personas.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo
10. Tengo paz mental.
0 1 2 3 4 5 6
nunca todo el tiempo o casi todo el tiempo

Anexo 5

Informe de pre-validación del instrumento

Pre-validación del instrumento

Paula Yépez

710118

A00002097

Tema: Rigidez cognitiva y malestar psicológico según el nivel de educación en adultos que reciben atención psicológica.

Instrumento: CORE-OM

El Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (Evans, 2000; Evans et al., 2002), es una herramienta breve y fácil de contestar (Feixas et al., 2012, p. 113), que consta de 34 ítems y sirve para medir y evaluar el malestar psicológico en 4 dimensiones: bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento general, riesgo. El test se valora mediante una escala Likert con puntajes de 0 a 4, mientras mayor es la puntuación, mayor es el nivel de malestar existente (Trujillo et al., 2016, p.1459).

Los datos de consistencia interna de la versión española tienen un valor de 0.94 con respecto al total de los ítems y valores entre 0.73 y 0.88 en cuanto a los dominios (Trujillo et al., 2016, p.1459). Los valores de la consistencia interna de los diferentes dominios en la versión original en inglés son 0.75 y 0.94 (Evans et al., 2002). Este instrumento ha sido aplicado en muestras clínicas y no clínicas, así como, en adultos

de 18 a 70 años de edad (Trujillo et al., 2016, p.1459). Por lo mencionado anteriormente, el instrumento se ajusta a las necesidades del estudio ya que la población elegida tiene de 35 a 44 años de edad a los cuales se les aplicará la escala de forma individual. La herramienta CORE-OM es de fácil acceso y licencia gratuita por lo que no será necesario contar con recursos para adquirir la versión en español de Trujillo et al. (2016).

Instrumento: Versión española de la escala Schwartz Outcome Scale-10 (SOS-10).

El SOS-10 es una herramienta para medir la salud psicológica y el bienestar de la persona. Este instrumento concibe a la salud psicológica como una construcción global que incluye la satisfacción con la vida, la eficacia interpersonal, autoevaluación positiva, optimismo y la ausencia de síntomas psiquiátricos. La herramienta es adecuada para ser utilizada en personas de 17 años en adelante, y está disponible en varios idiomas incluyendo español. El instrumento se puede utilizar para la identificación rápida del nivel de estrés emocional o psicológico de un paciente (Blais, 2012, p. 40). Ha sido usado en población hispanohablante.

Con respecto a la validez y confiabilidad, se evidencia que la consistencia interna de las correlaciones de ajuste entre la escala y cada elemento muestra coeficientes alfa de 0.90 para la versión en inglés y de 0.88 en la versión en español. En relación a la comparabilidad de la escala en español y en inglés, las puntuaciones tanto para los índices individuales como para la escala total, fueron muy similares en las dos versiones, las puntuaciones totales de las escalas tienen una correlación de 0.86 con un valor de p de 0.01, mientras que las correlaciones individuales de los ítems varían entre 0.53 a 0.91, siendo todas las correlaciones de los ítems significativas ya que su valor de p es menor a 0.01. Esta información sugiere que las dos escalas fueron realizadas de manera similar (Rivas-Vazquez et al., 2001. pp. 440-441).

Instrumento: Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

Se utilizará el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin creado por

Grant y Berg para la generación de cambios en el set de respuesta mediante la evaluación de la capacidad de abstraer, formar conceptos y cambiar estrategias cognitivas como respuesta a los cambios producidos en el ambiente. La herramienta contiene dos juegos de 64 cartas las cuales se componen de una serie de clases de atributos: la forma, el color y el número. La prueba consiste en repartir las cartas de acuerdo a un criterio o atributo, como, por ejemplo, el color. Una vez que la persona realice diez aciertos consecutivos, consigue una categoría; a partir de la última categoría, se cambiará el criterio de clasificación sin previo aviso. Si la persona persevera en la clasificación usando el criterio anterior, se puntuarán los errores perseverativos (Félix, 2013, p. 5).

La fiabilidad interpuntuadores de la prueba es excelente ya que varios estudios señalan que el índice de correlación obtenido para la parte de respuestas perseverativas es de 0.93 y para errores perseverativos es de 0.88, la fiabilidad intrapuntuadores es igual de excelente con puntuaciones entre 0.91, 0.94 y 0.96. Con respecto a la validez, varios estudios han demostrado una validez de constructo alta como medida de la capacidad ejecutiva. Se encontró que una solución de 4 factores es la más acertada para la prueba con una varianza explicada del 70% (Heaton et al., 2009, p. 48-52).

Por lo mencionado anteriormente, el uso de esta herramienta para la consecución de la actual investigación es pertinente, ya que lo que se pretende evaluar con ella es la existencia de rigidez cognitiva en la muestra y de ser así, poder identificar qué nivel de ella existe. Además, existen datos normativos de personas adultas de países cercanos a Ecuador con los que se puede trabajar ya que el estudio tiene como población objetiva a personas de 35 a 44 años. Además, en la actualidad se

está llevando a cabo la extracción de datos normativos en el país. Por último, la herramienta está disponible en la Universidad de las Américas.

Instrumento: Técnica de Rejilla Interpersonal (TRI)

Para la medición de la rigidez cognitiva, se empleará la Técnica de Rejilla (Feixas y Cornejo, 1996, p.11) la cual tiene como finalidad conocer la forma en que una persona le da sentido a su experiencia en sus propios términos. Es una forma de entrevista estructurada que se orienta a explicitar los constructos con los que la persona organiza su visión del mundo (Feixas y Cornejo, 1996, p. 11). Si dentro de la Rejilla existe la tendencia a obtener puntuaciones extremas, se estaría hablando de rigidez cognitiva (Lucero et al., 2012, p. 152).

La Rejilla consiste en una matriz de doble entrada, en sus columnas se anotan elementos como personas significativas para el sujeto, el yo actual y el yo ideal y en las filas se anotan los constructos personales identificados. Al finalizar se asignan puntuaciones a los elementos de cada uno de los constructos utilizando una escala de Likert de 7 puntos. Posteriormente se realiza el análisis de la matriz mediante un programa de procesamiento de datos RECORD V (Ortiz, 2017, pp. 46-51).

Debido a su flexibilidad la TRI se adapta a multiplicidad de contextos y propósitos de investigación incluyendo esta investigación. Su carácter sistemático y el riguroso análisis matemático al que se someten los datos, permiten estudiar científicamente los significados personales en diferentes áreas (Ortiz, 2017, p. 47). Con respecto a la fiabilidad, se evidenció que los índices de construcción del sí mismo tienen una adecuada fiabilidad: el índice de discrepancia yo - ideal tiene una fiabilidad de $r=0.92$ (Feixas et al, 1992). Además, Trujillo (2016) reporta una fiabilidad test retest de 0.57. En la índice discrepancia yo-otros, los resultados obtenidos por Feixas (1992) muestran una fiabilidad de entre 0.85 y 0.94. En el índice discrepancia ideal - otros,

Trujillo (2016) mostró una fiabilidad test - retest de 0.70. En los índices de estructura cognitiva: la diferenciación cognitiva tiene una fiabilidad test retest de 0.84. La polarización cuenta con una fiabilidad de entre 0.81 (Feixas, 1992). El índice de indefinición tiene una fiabilidad test retest de 0.59 (Trujillo, 2016). Con respecto a los índices de conflicto cognitivo, los constructos dilemáticos tienen una fiabilidad de 0.29 y en el índice de dilemas implicativos, la fiabilidad reportada es de 0.38.

Con respecto a la validez, el índice de discrepancia yo - ideal con un valor t de - 8, 13, un valor de 312 grados de libertad y el valor de p menor a 0.05 tiene una validez estadísticamente significativa entre las muestras clínica y no clínica. De igual forma, el índice de discrepancia yo-otros con un valor t de - 3, 45, un valor de 312 grados de libertad y el valor de p menor a 0.05 tiene una validez predictiva significativa. Lo mismo sucede con los datos obtenidos en los índices restantes de la herramienta a excepción de los índices de polarización e indefinición donde los valores p son mayores a 0.05 (Ortiz, 2017, p. 100). Por lo que, la herramienta cuenta con una validez predictiva adecuada. Se validará la herramienta para este estudio.

A más de las herramientas anteriormente mencionadas, se aplicará un cuestionario sociodemográfico (Anexo 1) para recopilar información general e identificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Anexo 6

Consentimiento informado

Universidad de Las Américas
Escuela de Psicología

Consentimiento Informado

Yo, _____, con cédula o pasaporte número _____, he sido invitado/a ser partícipe del proyecto de investigación “Rigidez cognitiva y malestar psicológico según el nivel de educación en adultos que reciben atención psicológica”, el cual tiene el objetivo de analizar la relación entre la rigidez cognitiva y el malestar psicológico según el nivel de educación en adultos de 35 a 44 años en la ciudad de Quito que reciben atención psicológica.

Comprendo que mi participación contempla la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y dos escalas sobre malestar psicológico y rigidez cognitiva, los cuales serán llenados en el centro de psicología al cual asisto, en un horario y fecha indicado, en un tiempo máximo de 2 horas. Al finalizar la aplicación de los instrumentos, se procederá a hacer la entrega de un refrigerio.

Soy consciente de que, en el caso de aceptar mi participación, toda la información que entregue durante el proceso es confidencial y solamente podrá ser utilizada para fines académicos e investigativos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Las Américas. Comprendo que mi información estará en la base de datos del proyecto de investigación, sin embargo, bajo ningún concepto mi identidad

podrá ser mencionada. Además, comprendo que la participación en el proyecto no influye de ninguna manera en el proceso psicológico llevado a cabo en el Centro de Psicología Aplicada al que asisto. Por lo antes indicado, comprendo y acepto de manera libre y voluntaria participar en el presente proyecto de investigación.

Firma del participante

Nombres y apellidos:

Fecha:

Cédula:

Firma del informador

Nombres y apellidos:

Fecha:

Cédula:

