

## ***Estudio de los constructos de self, salud, enfermedad, psicólogo y psiquiatra en sujetos depresivos y ansiosos***

**Asunción LUQUE BUDIA**  
*Servicio Andaluz de Salud*

### ***Resumen***

Cuarenta y dos sujetos depresivos y cincuenta y ocho sujetos con trastornos por ansiedad fueron estudiados a través de la técnica de la rejilla en su primera consulta a un Centro de Salud Mental. Se exploraron 29 constructos relacionados con el *self*, la salud /enfermedad (física y mental), el psicólogo y psiquiatra y diferentes intervenciones terapéuticas. Se aplicó el Análisis de los Componentes Principales como estadístico. Los resultados muestran que los sujetos depresivos tienen un nivel de autoestima más bajo que los ansiosos; en ambos grupos el psicólogo y el psiquiatra se sitúan cercanos a los constructos padre ideal y curación.; el constructo enfermedad mental es construido como rechazado.

**Palabras clave:** self, salud, enfermedad, psicólogo, psiquiatra, depresión, ansiedad, rejilla.

### ***Abstract***

Forty-two depressive subjects and fifty-eight subjects with anxiety disorder were studied using the repertory grid in their first consultation in a Mental Health Center. Twenty-nine constructs were examined; they were related to the self, health/disease (physical and mental), the psychologist and the psychiatrist and several therapies. We used the principal component technique for data analysis. The results showed that depressive subjects had lower self-esteem than anxious; both groups constructed the psychologist and the psychiatrist near the constructs ideal father and cure; the construct mental disease was constructed as refused.

**Key words:** self, health, illness, psychologist, psychiatrist, depression, anxiety, repertory grid.

En los últimos diez años las políticas sanitarias se centran en el usuario como principal vértice del que deben partir las actuaciones en materia de salud. La atención especializada a las personas que sufren de trastornos mentales se sitúa en primer lugar en el Centro de Salud Mental, cuyos profesionales realizan una evaluación específica sobre lo que le ocurre a la persona demandante y orientan las intervenciones en función de las necesidades detectadas, aunque no podemos olvidar que no siempre las necesidades detectadas por los profesionales coinciden con las necesidades sentidas por los usuarios de los servicios.

Dentro de este marco es preciso identificar cuál es la disposición primaria (demandas, creencias, expectativas, actitudes hacia la consulta) de los sujetos que consultan al servicio especializado de salud mental por algún trastorno psicopatológico (Baca, 1991). El acercamiento a este tipo de proceso se realiza normalmente a través de cuestionarios o escalas que exploran demandas y expectativas específicas de recursos, exploraciones, objetivos alcanzables, tratamientos específicos, o bien actitudes hacia su proceso psicopatológico, hacia los profesionales, etc. (IASAM, 1989; Martínez, Araluce, Grijalbo, Beitia, y Mendezona, 1995; Murteín y Fontaine, 1993; Sydow y Reimer, 1998).

Otra forma de conocer la disposición primaria de los usuarios es a través de pruebas subjetivas como es la técnica de la rejilla (*repertory grid*). Esta técnica, basada en la Teoría de los Constructos Personales de G. A. Kelly (1955), se interesa por explorar la forma particular que tienen las personas de construirse a sí mismas y al mundo que les rodea. Es amplia la investi-

gación que se ha dedicado al estudio de la personalidad a través de esta técnica, en especial en trastornos depresivos (Boker, Hell, Budischewki, Hartling, Rinner, Von Schmeling, Will, Schoeneich, Northorff, 2000; McLennan, 1987; Neimeyer y Feixas, 1992), patología psíquica que, junto a los trastornos por ansiedad, presenta mayor prevalencia e incidencia. A partir de éstas y muchas otras investigaciones se han derivado una larga serie de índices que pretenden medir ciertos aspectos cognitivos como son la construcción del *sí mismo*, el aislamiento social autopercebido, la complejidad cognitiva, etc. (Feixas y Cornejo, 1996).

La rejilla como técnica también extiende su aplicación a la investigación de patrones de relación de un individuo con otros o su construcción de determinadas situaciones, por lo que es de gran valor en la evaluación al inicio de un tratamiento psicoterapéutico (Botella y Feixas, 1998), así como instrumento de medida de los procesos y cambios durante la psicoterapia (McLennann, Twigg y Bezant, 1993).

El objetivo del presente artículo es utilizar la rejilla como técnica para estudiar la disposición primaria con la que los sujetos depresivos y ansiosos, representantes de los cuadros psicopatológicos más frecuentes, tanto en la atención primaria como en la especializada, se acercan a su primera consulta en un Centro de Salud Mental. En este sentido, vamos a entender como disposición primaria la construcción de los sujetos, es decir, sus teorías implícitas, sobre sí mismos y el proceso de consulta (salud/enfermedad, profesionales, intervenciones terapéuticas). Para ello, hemos seleccionado una serie de constructos a partir de la revisión de los anteriores cuestionarios sobre demandas, expectativas y

actitudes que nombramos más arriba. Dado que el interés del estudio recae sobre las comunalidades (procesos psicológicos de construcción de la realidad similares entre distintas personas) de los grupos se utilizan constructos preparados de antemano.

## Método

### Sujetos

La presente investigación se ha llevado a cabo en una muestra de sujetos mayores de 18 años que consultaban por primera vez en el Centro de Salud Mental Sevilla-Sur (CSM-Sur) derivados por sus médicos de Atención Primaria. Antes de la entrevista clínica con el facultativo asignado (psiquiatra o psicólogo) se realizó una breve entrevista de recogida de datos sociodemográficos y se aplicó el test de la rejilla. Posteriormente se seleccionó la muestra entre aquellos que cumplían como criterio diagnóstico, según la clasificación CIE-10 (OMS, 1992), un trastorno depresivo (F32 del que se excluyen los cuadros con síntomas psicóticos, F33 y F34.1) o un trastorno por ansiedad (F40 y F41 del que se excluye el trastorno depresivo-ansioso).

La muestra quedó constituida finalmente por 42 sujetos con diagnóstico de trastorno depresivo y 58 sujetos con trastorno por ansiedad (tabla 1). Entre ambos grupos no existen diferencias respecto al sexo, estado civil, nivel educativo y situación laboral. Las diferencias aparecen en la edad (media para los depresivos de 45.19 años y de 37.77 para los trastornos por ansiedad), la duración de los síntomas (3.4 años en los depresivos y 2.1 en los ansiosos, como media) y respecto al consumo de psicofármacos (el 84% de los sujetos depresivos han consumido psicofármacos en

algún momento frente al 59% de los ansiosos).

### Instrumento

La rejilla estaba compuesta por ocho elementos, consistentes en fotografías de rostros difuminados de sujetos con objeto de aumentar las posibilidades de proyección (Gómez-Beneito, 1971), y 29 constructos. Se realizaron varias pruebas piloto, con diez sujetos de características similares a la muestra, para comprobar su aplicabilidad al área de investigación elegida (rango de conveniencia).

El orden y contenido de los constructos, tal y como se les presentó a los sujetos, se recoge en el *Anexo*. Como prueba de fiabilidad presentamos el constructo padre ideal en dos lugares diferentes, noveno y vigésimo sexto. Todas las pruebas obtuvieron al menos un índice de correlación del 0'54 entre los constructos repetidos, criterio señalado por Bannister y Mair (1968) como prueba interna de fiabilidad de la rejilla.

Los 29 constructos seleccionados pueden ser descritos atendiendo a cinco agru-

Tabla 1: Distribución por grupos diagnósticos (CIE-10).

	Diagnóstico	Hombres	Mujeres	Total
Trastornos depresivos	F32	5	4	9
	F33	6	6	12
	F34.1	6	15	21
	Total Depresivos	17	25	42
Trastornos por ansiedad	F40	6	12	18
	F41	17	23	40
	Total Ansiedad	23	35	58
	TOTAL	40	60	100

paciones generales, en función de los objetivos de este estudio. Un primer grupo estaría representado por los llamados constructos nucleares o atributos universales (Osgood, Succi y Tannesbaum, 1957), que son aquellos que se mantienen con cierta fijeza en el espacio conceptual: *bueno, malo, débil, fuerte, pasivo, activo*.

Para investigar al sujeto en su propio campo psicológico se emplearon tres constructos (autoconstructos): *yo real, yo ideal y yo rechazado*. En un tercer grupo se incluyeron las imágenes parentales: *padre real, madre real, padre ideal y madre ideal*. Con relación a los constructos referidos a los profesionales y las características atribuidas a los mismos, se seleccionaron seis constructos: *psiquiatra y psicólogo* (como profesionales), y *comprensión, curación, consejos y omnipotencia* (como capacidades de aquellos). Por último, el quinto grupo, englobaba diez constructos que permiten indagar las construcciones que el sujeto realiza sobre la salud/enfermedad y las técnicas de intervención: *salud, enfermedad física, enfermedad mental, problemas, sufrimiento, miedo, culpa, psicofármacos, psicoterapia e internamiento*.

El procedimiento de administración de la rejilla fue el de *ordenación gradual o jerárquica* (Fransella y Bannister, 1977) consistente en pedir a los sujetos testados que ordenen de mayor a menor los elementos en función de los constructos proporcionados. Como análisis estadístico se aplicó el análisis de los componentes principales (ACP) a las "rejillas consenso" (construidas a través de los valores medios referidos a cada constructo) de cada uno de los grupos estudiados. Los factores resultantes pueden representarse dos a dos en un eje de coordenadas, lo que facilita la interpretación de los resultados.

## Resultados

En el grupo formado por los sujetos con diagnóstico de *trastorno depresivo* (N= 42), como podemos ver en la tabla 2 (sólo están consignadas las correlaciones que superan el punto de saturación, en valores absolutos, de 0'45), obtenemos tres factores que explican el 61'39% del total la varianza. El primer factor explica el 22'28% de la varianza total, con un valor de 6'68. Integra los constructos pertenecientes al autoconcepto y a las imágenes parentales, *yo ideal* (0'71), *padre ideal* (0'85) y *padre real* (0'67). Agrupa también los referentes a los profesionales y sus capacidades, *psicólogo* (0'72), *psiquiatra* (0'64), *consejos* (0'70), *curación* (0'68), *salud* (0'56), *omnipotencia* (0'50), *comprensión* (0'45).

El segundo factor tiene una varianza de 6'05 explicando el 20'18 % de la varianza total. Agrupa los constructos pertenecientes a los atributos universales de actividad y potencia como son *débil* (-0'74), *fuerte* (0'73), *pasivo* (-0'79), *activo* (0'63). Así mismo incluye los constructos referentes a la conceptualización de la salud/enfermedad como *salud* (0'60), *sufriamiento* (-0'77), *enfermedad física* (-0'55), *miedo* (-0'51), *problemas* (-0'47). Agrupa también los constructos *omnipotencia* (0'68) y *yo real* (-0'55).

El tercer factor obtiene un valor de 5'67, que corresponde al 18'92% de la varianza total. Este factor incluye los constructos universales *bueno* (0'50) y *malo* (-0'73); los referentes al autoconcepto, *yo rechazado* (-0'64) y *yo ideal* (0'46), y el constructo *madre ideal* (0'63) del grupo constructos parentales; los referentes a la salud/enfermedad, *enfermedad mental* (-0'75), *problemas* (-0'62), *culpa* (-0'65); y

Tabla 2. Grupo trastornos depresivos: análisis factorial.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
<b>Varianza</b>	6.68	6.05	5.67
<b>Porcentaje</b>	22.28%	20.18%	18.92%
Bueno			0.50
Malo			-0.73
Activo		0.63	
Pasivo		-0.79	
Fuerte		0.73	
Débil		-0.74	
Yo real		-0.55	
Yo ideal	0.71		0.46
Yo rechazado			-0.64
Madre real			
Madre ideal			0.63
Padre real	0.67		
Padre ideal	0.85		
Psicólogo	0.72		
Psiquiatra	0.64		
Comprensión	0.45		0.49
Curación	0.68		
Consejos	0.70		
Omnipotencia	0.50	0.68	
Psicofármacos			-0.59
Psicoterapia			
Internamiento			-0.64
Enfermedad física		-0.55	
Enfermedad mental			-0.75
Problemas		-0.47	-0.62
Sufrimiento		-0.77	
Salud	0.56	0.60	
Culpa			-0.65
Miedo		-0.51	

Factor	Lambda	Varianza	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	4.9713	6.684	22.281	22.281
2	10.7919	6.055	20.186	42.467
3	2.6540	5.677	18.924	61.391

los relacionados con las intervenciones terapéuticas *internamiento* (-0'64), *psicofármacos* (-0'59), *comprensión* (0'49).

La graficación conjunta de los factores 1 y 2 (figura 1) y los factores 2 y 3 (figura 2), agrupando la mayoría de los constructos, nos permite una visualización global de la distribución de los constructos y la interpretación de sus proximidades y contrastes. En la figura 1 observamos la agrupación en el cuadrante superior derecho de

los constructos *curación*, *psicólogo*, *psiquiatra*, *padre ideal*, *yo ideal*, *consejos*, *salud* y *omnipotencia*. Frente a ellos, en el cuadrante inferior izquierda se agrupan *enfermedad física*, *problemas*, *sufrimiento*, muy cercanos a ellos aparecen *débil* y *pasivo*.

La figura 2 recoge representados los constructos vinculados al autoconcepto. En el cuadrante superior derecho se hallan *yo ideal salud*, *activo*; en el inferior izquierdo se agrupan *yo real*, *sufrimiento*, *pasivo*, *miedo*, *enfermedad física*, *psicofármacos*, *problemas*, *yo rechazado*, *internamiento*, *culpa* y *enfermedad mental*.

El grupo compuesto por los sujetos con diagnóstico de *trastorno por ansiedad* (N=58) obtiene un total de tres componentes principales que explican el 60'86% del total de la varianza (tabla 3).

El primer factor obtiene una varianza de 8'21 que comprende el 27'39% de la varianza total. Este primer factor agrupa a la casi totalidad de los constructos pertenecientes al autoconcepto y a las imágenes parentales, *yo ideal* (0'81), *yo real* (0'53), *padre ideal* (0'86), *padre real* (0'65), *madre ideal* (0'58), *madre real* (0'47). Así mismo presentan saturaciones más elevadas en los constructos *consejos* (0'78), *psicólogo* (0'76), *salud* (0'69), *curación* (0'65) y *psiquiatra* (0'64).

El segundo factor obtiene una varianza de 6'54, explicando el 21'82% de la varianza total. La mayor agrupación gira en torno a los constructos referidos a la salud/enfermedad, *problemas* (-0'80), *sufrimiento* (-0'79), *miedo* (-0'65), *enfermedad física* (-0'63) y *enfermedad mental* (-0'57), y los relativos a los tratamientos, *psicofármacos* (-0'65), *psicoterapia* (-0'64) e *internamiento* (-0'63).

El tercer factor agrupa al 11'65% de la varianza total para un valor de 3'49. Este

**TRASTORNOS DEPRESIVOS. Factores 1 y 2**

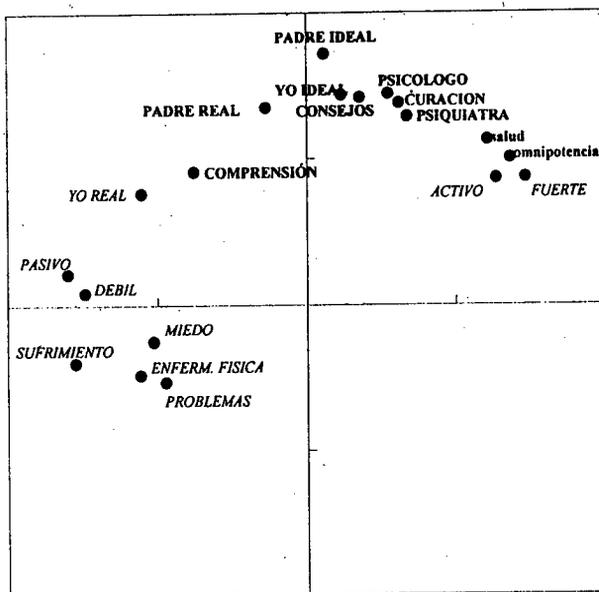


Figura 1. Factor 1: Negrita; Factor 2: Cursiva

**TRASTORNOS DEPRESIVOS. Factores 2 y 3**

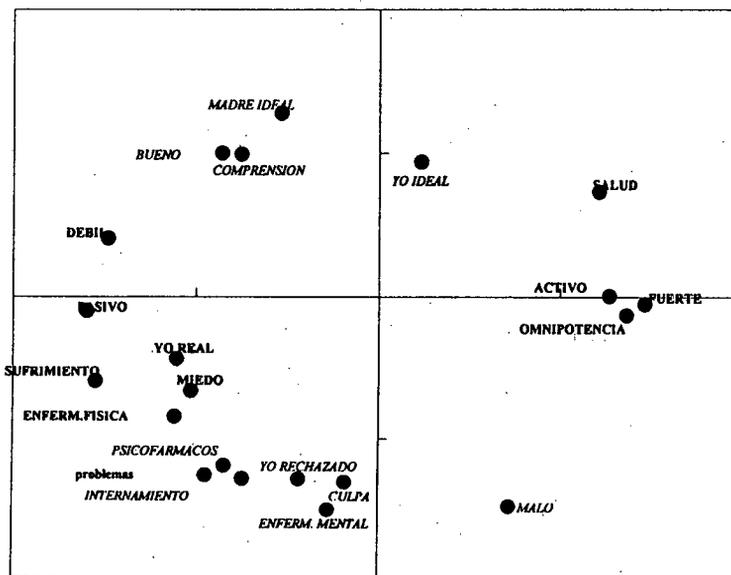


Figura 2. Factor 2: Negrita; Factor 3: Cursiva

Tabla 3: Grupo trastornos por ansiedad: análisis factorial.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Varianza	8.21	6.54	3.49
Porcentaje	27.39%	21.82%	11.65%
Bueno			0.60
Malo			-0.86
Activo	0.49	0.53	
Pasivo		-0.48	
Fuerte	0.53		-0.52
Débil		-0.53	0.55
Yo real	0.53		
Yo ideal	0.81		
Yo rechazado		-0.60	
Madre real	0.47		
Madre ideal	0.58		0.52
Padre real	0.65		
Padre ideal	0.86		
Psiquiatra	0.64		
Psicólogo	0.76		
Comprensión	0.57		0.58
Curación	0.65	0.49	
Consejos	0.78		
Omnipotencia	0.47		-0.68
Psicofármacos		-0.65	
Psicoterapia		-0.64	
Internamiento	-0.45	-0.63	
Enfermedad física		-0.63	
Enfermedad mental		-0.57	
Problemas		-0.80	
Sufrimiento		-0.79	
Salud	0.69	0.53	
Culpa		-0.57	
Miedo		-0.65	

Factor	Lambda	Varianza	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1	11.7773	8.217	27.39	27.39
2	2.2716	6.5467	21.822	49.212
3	4.2109	3.4961	11.654	60.866

factor obtiene sus mayores saturaciones en los constructos relativos a los atributos universales, *malo* (-0'86), *bueno* (0'60), *débil* (0'55) y *fuerte* (-0'52). También obtienen alta saturaciones los constructos *omnipotencia* (-0'68) y *comprensión* (0'58).

En la figura 3 se muestra la interacción entre los factores primero y segundo, representación en la que se encuentran la mayoría de los constructos. En el gráfico se observa como los puntos se distribuyen en dos cuadrantes opuestos, situándose el constructo *yo real* aislado y en una posición intermedia entre ambos bloques.

En el cuadrante superior derecho se sitúan los constructos: *yo ideal, padre ideal, madre ideal, padre real, psicólogo, psiquiatra, comprensión, consejos, fuerte, activo, omnipotencia, salud y curación*. En el cuadrante inferior izquierdo se hallan los constructos: *yo rechazado, pasivo, débil, enfermedad física, enfermedad mental, culpa, miedo, problemas, sufrimiento, internamiento, psicoterapia y psicofármacos*.

## Discusión

Como hemos referido en la introducción, en la actualidad el usuario es el centro de las políticas sanitarias actuales. No obstante, el interés por conocer a la persona que nos pide ayuda para sus problemas emocionales o trastornos psicopatológicos está en la esencia de todo profesional clínico. Desde todas las corrientes psicológicas se incide en conocer los procesos mentales y emocionales de las personas para poder ayudarlas como profesionales de la salud mental, intentando diferenciar muy bien entre cuáles son las ideas, creencias, expectativas de los usuarios y cuáles las nuestras. Este es el objetivo que guía el presente estudio, con el que pretendemos acercarnos a las creencias de las personas con trastornos depresivos y ansiosos, en su primera consulta en un CSM, respecto a la concepción de sí mismas y de nosotros como profesionales.

Para la discusión de los resultados nos detenemos, en primer lugar, en las diferencias mostradas entre ambos grupos respecto a la autoconstrucción, (*yo real, yo ideal y yo rechazado*). En el grupo trastornos depresivos, el constructo *yo real* alcanza su mayor saturación (-0'55) en el segundo factor, junto a los polos negativos (*pasivo y débil*) de las dimensiones actividad y

## TRASTORNOS POR ANSIEDAD. Factores 1 y 2

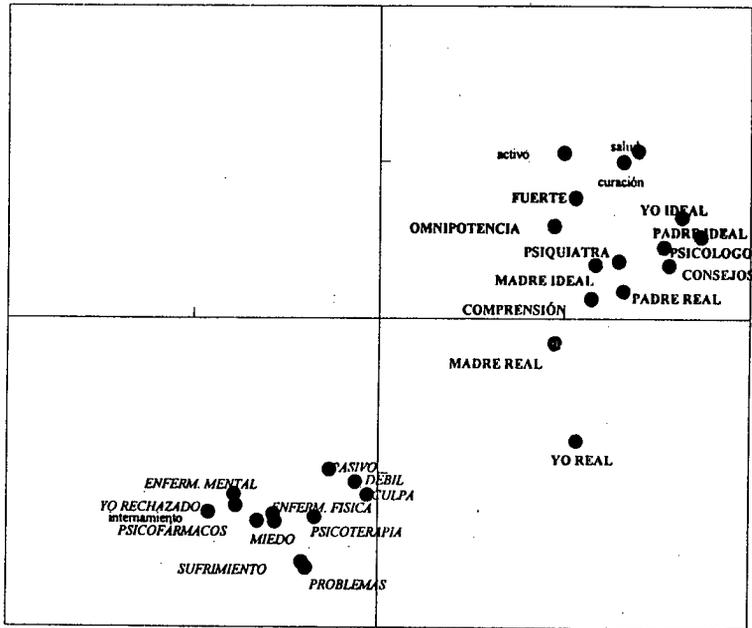


Figura 3. Factor 1: Negrita; Factor 2: Cursiva

potencia establecidas por Osgood y cols. (1957). En este grupo, la imagen que el sujeto depresivo tiene de sí mismo es la de una persona débil y pasiva. Frente a esta autoimagen, el sujeto sitúa, como *activo* y *fuerte*, los constructos *salud* y *omnipotencia*.

Por el contrario, el *yo real* del grupo trastornos por ansiedad obtiene una mayor saturación en el primer factor. La autoimagen de los sujetos de este grupo se sitúa en los polos *activo* y *fuerte*, de las dimensiones actividad y potencia. Como observamos, si bien ambos grupos construyen su yo en función de las mismas dimensiones, los depresivos la realizan en el polo negativo (pasivo y débil), mientras que los trastornos por ansiedad la realizan en el polo positivo (activo y fuerte).

El constructo *yo ideal* aparece para el grupo de depresivos en el tercer factor, vinculado al polo *bueno* de la dimensión evaluativa, mientras los sujetos ansiosos lo construyen en las mismas dimensiones que el *yo real*, como *activo* y *fuerte*. Esta misma diferencia la encontramos respecto al constructo *yo rechazado*, que se sitúa en el polo *malo*, de la dimensión evaluativa, en los depresivos, y como *débil* y *pasivo* en los trastornos por ansiedad.

Observamos, en el ámbito de la autoconstrucción, como el grupo trastorno por ansiedad tiende a autoevaluarse en la dimensión potencia-actividad, donde se discriminan los roles nucleares: *yo ideal* (activo, fuerte), *yo rechazado* (pasivo y débil) y *yo real* (intermedio). En el grupo trastor-

nos depresivos, la dimensión evaluativa forma parte de la construcción del *yo ideal* (bueno) y del *yo rechazado* (malo), en cambio el *yo real* (pasivo y débil) es evaluado en la dimensión potencia-actividad. Estos mismos resultados fueron hallados por Santa María (1995), para una muestra y metodología similar, concluyendo que en los sujetos depresivos la pasividad y la debilidad se constituyen como rasgos egosintónicos, presentando una actitud ambivalente en la adopción de posiciones competitivas, mientras que en los ansiosos, pasividad y debilidad aparecen como egodistónicas.

Abundando en la construcción del *yo real* de los depresivos observamos, en la Figura 2, que este constructo se halla junto a *sufrimiento, enfermedad física, problemas y miedo*. Percibimos que la imagen que tiene el depresivo de sí mismo es la de una persona débil y pasiva, que se siente enferma física, con sufrimiento, problemas y miedo. En el polo opuesto construye la salud, altamente valorada, con características de omnipotencia, fuerza y actividad. En cambio, en los sujetos con trastorno por ansiedad (figura 3), el *yo real* se ubica en una distancia intermedia entre *salud*, ligada a los atributos activo y fuerte, y *enfermedad* (física y mental), vinculada a los atributos pasivo y débil. La persona con trastorno de ansiedad se caracterizaría como alguien que no se considera enfermo, pero tampoco alcanza el nivel de salud deseado.

Los sujetos con trastornos depresivos muestran la tendencia a la autoevaluación en los polos negativos de su subsistema de constructos (en las dimensiones potencia y actividad), lo cual indica un bajo nivel de autoestima. La autoevaluación negativa y, consecuentemente, unos niveles bajos de

autoestima han sido ampliamente señalados como características de las personas depresivas desde diversas corrientes psicológicas.

Para Neimeyer y Feixas (1992), desde la Teoría de los Constructos Personales, la autoconstrucción del sujeto depresivo viene caracterizada por una construcción negativa del *self*, que incluye la discrepancia entre el *yo real* y el *yo ideal* y la negatividad del *self* (*yo real* cercano a los polos negativos de la autoconstrucción).

Desde la teoría psicoanalítica, estas concepciones son recogidas por Freud (1917), pero especialmente desarrolladas por autores como Bibring (1953), Jacobson (1953) y Bleimarch (1997).

Bibring (1953) fue pionero en enfatizar el papel esencial del sentimiento de impotencia/indefensión como núcleo de la depresión. Este mismo autor hace recaer lo definitorio de la depresión, no en la pérdida del objeto, sino en la representación que la persona se hace de sí misma como incapaz de alcanzar sus metas. En la misma línea, Jacobson (1953) considera que en el sujeto depresivo las aspiraciones ideales están en disonancia con las capacidades del sujeto, afectando negativamente a la representación del *yo*.

Bleichmar (1997), ampliando la teoría de Bibring, resalta como esencia de los trastornos depresivos los sentimientos de impotencia y desesperanza para la realización de un deseo al que se está intensamente ligado. No obstante, este autor plantea distintas vías de entrada en la depresión que conllevan al sujeto a tal desesperanza. Entre ellas señala que el deseo esté conformado por un objeto-meta excesivamente elevado, alejado de las posibilidades del sujeto; que el deseo sea irrealizable por ciertas características del sujeto como son

una representación devaluada o severidad de su conciencia crítica; situaciones traumáticas prolongadas que revierten en un sentimiento de que nada se puede hacer frente a la realidad, anulando la posibilidad de deseo.

Desde las corrientes cognitivista y comportamental, también ha sido ampliamente desarrollado la concepción del depresivo como una persona con un bajo nivel de autoestima y un alto nivel de exigencias (Bandura, 1986; Beck, 1979). Las personas depresivas emplean un sistema de creencias con unas altas expectativas de sí mismos, demandas de aprobación y unas expectativas negativas y rígidas de los eventos diarios (preocupación ansiosa, baja tolerancia a la frustración, evitación de problemas e indefensión), lo cual promueve una tendencia a procesar la información personal de forma desvalorizada (Ellis, 1962; McLennan, 1987).

Continuando con el análisis de los datos en los sujetos con trastorno por ansiedad, comprobamos que se evalúan en los polos actividad y fuerza. Esto supondría, que en el sujeto ansioso, su yo no está desvalorizado frente al del depresivo, aunque sí existe igualmente un ideal excesivamente alejado. Estos resultados nos hablarían más de frustración que de baja autoestima. El sujeto ansioso, por sus propias inhibiciones derivadas de sus conflictos internos y externos, mantiene siempre una insatisfacción con su yo, una distancia inalcanzable entre su yo real y su yo ideal. Esta distancia entre el yo real y el yo ideal ha sido propuesta por Ryle y Breen (1972) como característica de las personas neuróticas en general y asociada a altos niveles de frustración y descontento. Estos autores describen al sujeto neurótico, a través de la rejilla, como alguien que aparece distinto a

los demás, distinto a los otros en general y distinto a sus padres en particular, el cual está insatisfecho consigo mismo y que tiende a realizar juicios extremos y a operar con un sistema menos complejo que los sujetos normales.

Si atendemos a la posición del yo real respecto a las imágenes paternas (*padre real, padre ideal, madre real y madre ideal*), en el grupo trastornos por ansiedad todas ellas están incluidas en el primer factor, mientras que en el grupo trastornos depresivos las imágenes del padre real e ideal se encuentran en el primer factor y sólo la imagen materna ideal se haya representada en el tercer factor.

La distancia entre el Yo Real del sujeto y las imágenes parentales o de otros ha sido denominada índice de integración o aislamiento social autopercebido, resultando el aislamiento social una de las características identificadas en los sujetos deprimidos respecto a su construcción interpersonal. Por el contrario, en el grupo trastornos por ansiedad todos estos constructos (*Yo Real e imágenes parentales*) se encuentran en el primer factor. Ello nos informaría, coincidiendo con otras investigaciones, de un menor nivel de integración interpersonal en el grupo de sujetos con trastornos depresivos, frente a los ansiosos con un mayor nivel de integración interpersonal y de las imágenes parentales (Sanz, 1991; Space y Cromwell, 1980).

La no aparición del constructo *madre real* en los depresivos, nos califica a esta figura como "ausente" en este grupo, ya que no se le otorga un peso significativo. Esta percepción de la madre, como ausente en los sujetos depresivos, ha sido informada en la literatura y correlacionada no tanto con una pérdida real de esta figura, sino con la privación de afectos (Barcia,

Ruiz y Valoria, 1992; Parker, 1983). Unas relaciones inadecuadas con los padres son señaladas como factor de vulnerabilidad para padecer depresión.

Respecto a los constructos relativos a la salud/enfermedad advertimos como la persona depresiva construye la enfermedad física como signo de debilidad y pasividad, mientras la enfermedad mental es evaluada como mala y rechazada. Así mismo, la culpa está ligada a la enfermedad mental, frente al miedo que aparece vinculado a la enfermedad física. Para los depresivos la enfermedad mental y el enfermo, representado por la persona que requeriría internamiento o psicofármacos, encarna aquello que no le gusta, rechaza y es opuesto a su yo ideal. Esta actitud de rechazo no aparece hacia la enfermedad física (figura 2).

Para el grupo con trastorno por ansiedad, los constructos *enfermedad física*, *enfermedad mental*, *problemas*, *sufrimiento*, *salud*, *culpa* y *miedo* se distribuyen bajo los atributos pasivo y débil, excepto *salud*, caracterizado como activo y fuerte. Para estos sujetos es la enfermedad en general (física o psíquica) la rechazada como pasiva y débil. El miedo y la culpa son, así mismo, emociones que detentan pasividad y debilidad, emociones identificadas de igual manera en investigaciones con sujetos normales (Osgood y cols., 1957; Parkinson y Lea, 1991), pero que para los ansiosos están ligados a todo lo rechazado.

A partir de estos resultados, podríamos describir a los sujetos con trastornos depresivos de la muestra como personas que se perciben a sí mismas como enfermas físicas, con sufrimiento y problemas, pero no con una enfermedad mental. No obstante, el largo tiempo de padecimiento de los síntomas y el alto consumo de psicofármacos,

como característica diferencial de los depresivos de la muestra respecto a los ansiosos, puede haber estado afianzando esta construcción de su *yo real* como enfermo físico, pasivo y débil.

Para la persona con trastorno por ansiedad, toda enfermedad es construida como rechazada, en tanto que es considerada con atributos de pasividad y debilidad, aspectos que el ansioso rechaza de sí mismo, ya que pueden representar necesidad y dependencia, conflictos psíquicos muy frecuentes en este tipo de cuadros psicopatológicos (Coderch, 1975).

El sujeto ansioso se sitúa como diferente a su construcción de una persona enferma física y a una persona enferma mental, aunque tampoco se encuentra con un nivel de salud satisfactorio. Podríamos utilizar para su comprensión la idea de Ditto y Hilton (1990) respecto a que, generalmente las personas no conciben la enfermedad como un proceso crónico o episódico sino la enfermedad como petición de ayuda. Estos autores exponen que la gente espera un ciclo de enfermedad-tratamiento-cura, donde el tratamiento es por un periodo de tiempo circunscrito y a través del cual se alcanzará la curación. A la luz de esta teoría, entenderíamos que el grupo de sujetos con trastorno por ansiedad, mayormente jóvenes y menos crónicos que el grupo trastornos depresivos, se percibe más como demandante de ayuda por unos síntomas o problemas puntuales, pero no como enfermo.

El constructo *enfermedad mental* se presenta, para la totalidad de la muestra, asociada al *yo rechazado* y a rasgos atribucionales negativos, *malo*, en los sujetos depresivos, y *pasivo* y *débil*, en los sujetos con trastornos por ansiedad. La enfermedad mental pues, es considerada en ambos

grupos como rechazada y diferente a lo que a ellos mismos les sucede. El concepto enfermedad mental remitiría, para los sujetos de la muestra, a una patología de mayor severidad que la caracterizada por síntomas depresivos o ansiosos.

No obstante, los dos grupos de la muestra sitúan al constructo *problemas* junto a *enfermedad mental*. Ello nos indicaría que ambos consideran los aspectos psicosociales como factores implicados en la génesis o mantenimiento de los trastornos mentales (Cormark y Furham, 1998; Kessler, Olfson y Berglund, 1998).

El constructo *psicoterapia* sólo está representado en el grupo trastornos por ansiedad, pues no alcanza el valor mínimo de saturación establecido en el grupo trastornos depresivos. En relación con esto, la mayoría de las investigaciones arrojan datos sobre el desconocimiento generalizado respecto a este tipo de intervención terapéutica, en especial entre las personas de mayor edad, característica del grupo de trastornos depresivos de la muestra (Furnham y Wardley, 1990; Ortiz, Penasa, Béjar y Montilla, 1995).

Si atendemos al análisis de los constructos relacionados con los profesionales y algunas de sus funciones, tanto un grupo como el otro, incluyen los constructos *psicólogo*, *psiquiatra*, *curación*, *comprensión*, *consejos* y *omnipotencia*, en el primer factor (aunque los constructos *omnipotencia* y *comprensión* alcancen saturaciones superiores a 0'45 en otros factores).

Los profesionales de la salud mental, *psicólogo* y *psiquiatra*, son conceptualizados por los sujetos depresivos con características cercanas a las imágenes paternas (*padre ideal*, *padre real*) y a *consejos*. Los sujetos con trastornos por ansiedad, ade-

más de vincularlos con el *padre ideal* y el *padre real*, también los asocian a los constructos *madre ideal* y *comprensión*, ampliando la construcción de los mismos (lo que tiene que ver con un mayor nivel de integración personal).

La distancia establecida entre los profesionales de la salud y el constructo *padre ideal* ha sido señalada como índice de la actitud transferencial que los sujetos con patología depresiva y ansiosa ponen en marcha en la primera entrevista (Crisp, 1964). Una cierta dosis de idealización del terapeuta ha sido asociada a un mejor pronóstico de resultados (Downing y Rickels, 1973; Goldstein, 1986), en cambio si ella es excesiva se convierte en obstáculo para un desarrollo terapéutico satisfactorio, pues con frecuencia la idealización implica un deseo de recuperación rápida, una tendencia a encubrir conflictos y la búsqueda de soluciones mágicas, que pronto pueden convertirse en frustración y abandono del tratamiento (Salcedo, 1990).

En general, el modelo paternalista tradicional parece seguir funcionando en los esquemas de los usuarios, que buscan un profesional que posea las claves de la curación y que se muestre activo en sus intervenciones (Helmchen, 1998).

Así mismo, los profesionales también se construyen cercanos a *curación*. En este sentido, se ha señalado que la demanda y expectativa última de la persona es que el profesional de la salud, en este caso el psiquiatra y el psicólogo, tiene la capacidad de proporcionarle el alivio de sus síntomas y dificultades, que en última instancia es la curación, a través de sus técnicas terapéuticas (Engel, 1980; Mira, Van der Hofstadt, Elvira, Pérez y Carrato, 1994). Los psicofármacos y la psicoterapia, como algo que

el profesional proporciona, son igualmente depositarios de expectativas idealizadas (Bailey y Sims, 1991). El psicofármaco o la psicoterapia no tienen valor por sí mismos, sino que lo adquieren cuando es suministrado por alguien como el psiquiatra o el psicólogo, personas que sí gozan de valor para el usuario de los servicios sanitarios (Martínez, Lemos y Fernández, 1989). No obstante, si el psicofármaco y la psicoterapia pueden ser valorados como positivos, la concepción que tienen los usuarios de las personas que realizan tratamientos de este tipo es, en general, de rechazo; percibidas bajo características de pasiva y débil, por los trastornos por ansiedad, y mala, por los trastornos depresivos.

En esta misma línea, observamos como el constructo *curación* se sitúa muy cercano al constructo *yo ideal* y a *salud* en ambos grupos. Si seguimos a autores como Feixas y Cornejo (1996) y Thunedborg, Allerup, Bech y Joyce (1993), para los cuales la distancia entre el yo real y el yo ideal establece la demanda de ayuda, podemos anticipar que la demanda es la curación, en el sentido de resolución del malestar y desaparición de los síntomas, que en definitiva significa recuperación de la salud. En función de esto podríamos considerar que los sujetos depresivos construyen al psicólogo y al psiquiatra como una figura paterna que tiene en su mano la curación a través de consejos. Para los sujetos con trastorno por ansiedad los profesionales integrarían cualidades de padre ideal, dador de consejos y de madre ideal, con capacidad de comprensión.

A modo de resumen, pasamos a concretar cuáles son las teorías implícitas, respecto a la autoconstrucción, la salud, la enfermedad, los psicólogos y psiquiatras,

de los sujetos con trastornos depresivos y los sujetos con trastornos por ansiedad. Teorías y construcciones con las que los sujetos afrontan la primera cita en el centro de salud mental.

El sujeto con trastorno depresivo se evalúa como pasivo y débil, con un pobre nivel de autoestima, unas altas expectativas de sí mismo y un bajo nivel de integración interpersonal. Se percibe como enfermo físico, con sufrimiento, miedo y problemas. La salud y la enfermedad física son construidas bajo las dimensiones de potencia y actividad; la salud con atributos positivos (fuerte y activo) y la enfermedad con negativos (débil y pasivo). La actitud hacia la enfermedad mental y el enfermo mental es de rechazo, no así para la enfermedad física. Tanto el psiquiatra como el psicólogo se sitúan cercanos a la figura del padre ideal, como dadores de consejos.

El sujeto con trastorno por ansiedad se evalúa en una posición intermedia de la dimensión actividad-potencia, construyendo su yo ideal como activo y fuerte y su yo rechazado como pasivo y débil. No se percibe como enfermo, pero sí muestra insatisfacción personal, con un yo ideal demasiado alejado de su yo real. Muestra unos mayores niveles de autoestima y de integración personal que los depresivos, lo cual se reflejará en su demanda de ayuda. La salud y la enfermedad (tanto física como mental) son evaluadas, al igual que los depresivos, en la dimensión actividad-potencia. Tanto la enfermedad física como la mental son rechazadas y caracterizadas por los atributos débil y pasivo. Debido a su mayor índice de integración personal, el psicólogo y el psiquiatra son situados cercanos a las imágenes madre ideal y padre ideal, como comprensivos y consejeros.

## Referencias

- Baca, E. (1991). Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37, 93-102.
- Bailey, P.E. y Sims, A.C. (1991). The repertory grid as a measure of change and predictor of outcome in the treatment of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 285-293.
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- Bannister, D. y Mair, J.M. (1968). *The evaluation of Personal Constructs*. Londres: Academic Press.
- Barcia, D., Ruiz, E. y Valoria A. (1992). La percepción de las imágenes parentales de los enfermos deprimidos. *Boletín de Psicología*, 34, 27-41.
- Beck, A. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB, 1983.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. En P. Greenacre, (Comp.), *Affective disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Boker, H., Hell, D., Budischewski, K., Hartling, F., Rinner, H., von Schmeling, F., Will, H.; Schoeneich, F. y Northoff, G. (2000) Personality and object relations in patients with affective disorders: idiographic research by means of the repertory grid technique. *Journal of Affective Disorders*, 60(1), 53-59.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Coderch, J. (1975). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder, 1982.
- Cormack, S. y Furnham, A. (1998). Psychiatric labelling, sex role stereotypes and beliefs about the mental ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 44 (4), 235-247.
- Crisp, A.H. (1964). An attempt to measure an aspect of "transference". *British Journal of Medical Psychology*, 37, 17-30.
- Ditto, P.H. y Hilton, J.L. (1990). Expectancy processes in the health care interaction sequence. *Journal of Social Issues*, 46 (2), 97-124.
- Downing, R.W. y Rickels, K. (1973). Predictors of response to amitriptyline and placebo in three outpatient treatment setting. *Journal of Nervous Mental Disease*, 156, 109-129.
- Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1980.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544.
- Feixas, G. y Cornejo, J.M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla*. Barcelona: Paidós.
- Fransella, F. y Bannister, D. (1977). *A manual of repertory grid technique*. Londres: Academic Press, 1990.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En S. Freud, *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- Furnham A. y Wardley, Z. (1990). Lay theories of psychotherapy I: Attitudes toward, and beliefs about, psychotherapy and therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (6), 878-890.
- Goldstein, A.P. (1986). Métodos para mejorar la relación. En Kanfer, F.H. y Goldstein, A.P., *Como ayudar al cam-*

- bio terapéutico. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1993.
- Gómez-Beneito, M. (1971). *Adaptación de la prueba "Repertory Grid" para el diagnóstico y medidas de la orientación sexual; estudio de su validez y sensibilidad*. XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Málaga.
- Helmchen, H. (1998). Mutual patient-psychiatrist communication and the therapeutic contract. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (1), 5-10.
- IASAM (1989). *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía.
- Jacobson, E. (1953). Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. En P. Greenacre (Comp.), *Affective disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs: A theory of personality*. Londres: Routledge, 1991.
- Kessler, R.C., Olfson, M. y Berglund, P. (1998). Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 62-69.
- Martínez, O., Araluce, J., Grijalvo, J., Beitia, M. y Mendezona, J.I. (1995). Demanda y expectativas. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 52, 25-43.
- Martínez, G., Lemos, S. y Fernández, J. (1989). Actitudes hacia los psicofármacos en la rehabilitación de las psicosis. *Psicopatología*, 9 (3), 123-127.
- McLennan, J. (1987). Irrational beliefs in relation to self-esteem and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 43 (1), 89-91.
- McLennan, J., Twigg, K. y Bezant, B. (1993). Therapist construct systems in use during psychotherapy interviews. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 543-550.
- Mira, J.J., Van Der Hofstadt, C., Elvira, V., Pérez, E. y Carrato, E. (1994). Satisfacción y expectativas en el tratamiento del paciente con trastornos neuróticos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28/29, 76-81.
- Murstein, B.I. y Fontaine, P.A. (1993). The public's knowledge about psychologists and other mental health professionals. *American Psychology*, 48 (7), 839-845.
- Neimeyer, R.A. y Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: a comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 47-56.
- Ortiz, A., Penasa, B., Béjar, A., Montilla, J.F. (1995). Actitudes de los pacientes de un centro de salud mental frente a la enfermedad mental, el tratamiento psiquiátrico y los profesionales de salud mental. *Psiquiatría Pública*, 7, 13-19.
- Osgood, E., Succi, G.J. y Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. Chicago: University Illinois Press.
- Parker, G. (1983). Parental "affectionless control" as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parkinson, B. y Lea, M. (1991). Investigating personal constructs of emotions. *British Journal of Psychology*, 82, 73-86.
- Ryle, A. y Breen, D. (1972). Some differences in the personal constructs of neurotic and normal subjects. *British Journal of Psychiatry*, 120, 483-489.

- Salcedo, S. (1990). *Expectativas hacia la enfermedad, el médico y el tratamiento como factores de predicción de la respuesta psicofarmacológica en los trastornos depresivos*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.
- SantaMaría, L. (1995). *Estudio clínico-cognitivo: distimia versus trastornos de ansiedad*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.
- Sanz, J. (1991). Hacia un modelo de depresión desde la psicología de los constructos personales de Kelly. *Boletín de Psicología*, 33, 7-56.
- Space, L. G. y Cromwell, R.L. (1980). Personal constructs among depressed patient. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 150-158.
- Sydow, K.V. y Reimer, C.H. (1998). Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists and psychoanalysts. *American Journal of Psychotherapy*, 52 (4), 463-488.
- Thunedborg, K., Allerup, P., Bech, P. y Joyce, C.R.B. (1993). Development of the repertory grid for a measurement of individual quality of life in clinical trials. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 45-56.

## ANEXO

BUENO	La que le parece más buena.
DÉBIL	La que le parece más débil.
COMPRESIÓN	La que le parece más comprensiva.
CULPA	La que le parece que siente más culpa.
MADRE IDEAL	La que más desearía que fuera su madre.
ENFERMEDAD FÍSICA	La que más le parece que padece una enfermedad física.
ACTIVO	La que le parece más activa.
ENFERMEDAD MENTAL	La que más le parece que padece una enfermedad mental.
PADRE IDEAL	La que más desearía que fuese su padre.
PROBLEMAS	La que le parece con más problemas emocionales.
PSIQUIATRA	La que más le parece un/a psiquiatra.
YO RECHAZADO	La que menos desearía usted ser.
PSICOTERAPIA	La que más le parece que está en tratamiento psicoterapéutico.
MADRE REAL	La que más se parece a su madre.
MALO	La que le parece más mala.
CURACIÓN	La que más le parece que se ha curado de una enfermedad.
SUFRIMIENTO	La que más le parece que sufre.
PSICÓLOGO/A	La que le parece más un/a psicólogo/a.
PADRE REAL	La que más se parece a su padre.
PSICOFÁRMACOS	La que más le parece que está en tratamiento psicofarmacológico.
YO IDEAL	La que más se parezca a como usted le gustaría ser.
PASIVO	La que le parece más pasiva.
INTERNAMIENTO	La que más le parece que esté internada por una enfermedad mental.
OMNIPOTENCIA	La que le parece con más poder y saber.
YO REAL	La que más se parece a usted.
PADRE IDEAL	La que más desearía que fuese su padre.
CONSEJOS	La que más le parece una persona que da consejos.
MIEDO	La que le parece con más miedo.
SALUD	La que le parece con más salud.
FUERTE	La que le parece más fuerte.