

Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia

Guillem FEIXAS i VIAPLANA

Universitat de Barcelona

Luis Ángel SAÚL GUTIÉRREZ

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

David WINTER

Susan WATSON

Barnet, Enfield and Haringey Mental Health Trust (Reino Unido)

Resumen

Los autores presentan una propuesta para la operativización e investigación sobre el cambio de un tipo de conflicto cognitivo, denominado dilema implicativo (DI) en la teoría de los constructos personales. En una muestra de 87 pacientes se miden los DIs y la sintomatología al comienzo y final de la psicoterapia. Los datos sugieren que la psicoterapia los reduce. La disminución de DIs al finalizar el proceso psicoterapéutico parece relacionada con la mejora sintomática, por lo que se estima una relación entre la presencia de DIs y la evolución de la sintomatología que debería confirmarse en estudios controlados. Asimismo, se sugiere el interés de incluir protocolos dirigidos de forma específica a trabajar con los dilemas para incrementar la eficacia de la psicoterapia para aquellos pacientes que los presenten a su inicio.

Palabras clave: conflictos cognitivos; dilemas implicativos; técnica de rejilla; teoría de constructos personales; estudio de resultados; evaluación de sintomatología.

Abstract

The authors present a proposal to operationalize and assess the change of a type of cognitive conflict called implicative dilemma (ID) in the context of personal construct theory. In a sample of 87 patients, DIs and symptoms are assessed at the beginning and the end of the psychotherapy process. Results suggest that psychotherapy reduces both of them. Moreover, the decrease of DIs seems to be related with symptom improvement, for what, a relation is estimated between the presence of ID and symptom reduction, a result that should be confirmed in controlled studies. Overall, these results suggest to include protocols to work with dilemmas as a way to improve the benefits of the psychotherapy for those patients who have them.

Key words: Cognitive Conflicts, Implicative Dilemmas, Repertory Grid Technique, Personal Construct Theory; Outcome Study, Symptom Assessment.

La paradoja neurótica es el término que tradicionalmente se ha utilizado para denominar el fenómeno al que hacen referencia preguntas como las siguientes: ¿Cómo es posible que una persona persista en una conducta que le es nociva y le causa infelicidad? ¿Qué es lo que determina esta persistencia inadaptable e irracional? ¿Qué es lo que le resiste al cambio? (Castelfranchi, 1999). En este sentido, Mowrer (1950, pág. 486) la definió como “paradoja de un comportamiento que no cesa pese a ser autodestructivo”.

Según Mancini (2001), la explicación que se da al problema de la “paradoja neurótica” es crucial para cualquier teoría clínica y, todavía hoy, ha recibido sólo explicaciones parciales e insatisfactorias. Una buena teoría debe dar cuenta de lo que funciona y de lo que no funciona, del cambio y de la llamada “resistencia” al cambio. También se producen conductas “paradójicas” entre los sujetos no clínicos. Sin embargo, en el caso de las conductas patológicas, la impresión de hallarse ante un absurdo es decididamente más clara porque el cambio parece, además, al alcance de la mano y porque los costes de resistirse a dicho cambio son muy elevados.

Este fenómeno paradójico se relaciona y explica tradicionalmente en términos de resistencia al cambio y se ha entendido como una posición “patológica” del paciente (ver Sánchez, 2000; para una revisión). Sin embargo, desde la perspectiva constructivista (por ejemplo, Feixas y Villegas, 2000; Mahoney, 1997), la ausencia de cambio no es un fenómeno patológico o autofrustrante. Por el contrario, desde una visión constructivista es una expresión natural, autoprotectora, que representa el intento por mantener la integridad de un sistema que se experimenta a sí mismo como si se viera empujado muy rápidamente más allá de los límites de su funcionamiento habitual.

La mayoría de enfoques psicoterapéuticos¹ entienden este tipo de situación como un conflicto interno o dilema personal más o menos consciente, “deseo y no puedo” abandonar la situación sintomática, en términos de conflicto interno. Sin embargo, ningún enfoque ha llegado a operativizar exitosamente este estado dilemático en el que el sujeto por un lado desea abandonar una situación que percibe como perjudicial (el síntoma) pero por otro lado el sujeto vive dicha situación como su propia forma de ser. La propuesta de operativización e investigación que nosotros presentamos en este artículo, dentro del marco constructivista, se basa en el concepto de dilema implicativo formulado en el contexto de la Psicología de los Constructos Personales (Botella y Feixas, 1998; Fransella, 2003; Kelly, 1955; 1991).

Consideramos un Dilema Implicativo (DI) como una estructura cognitiva (o esquema) en la que el síntoma, o el polo no deseable de un constructo, se asocia a características positivas que definen la identidad del propio sujeto. El abandono del síntoma supondría, de acuerdo con la estructura cognitiva del DI, dejar de construirse a sí mismo con estos aspectos positivos, lo que representaría una amenaza para el “sí mismo” (véase, entre otros, a Catina, Walter, y Volker, 1990; Feixas y Saúl, 2004; Hinkle, 1965; Tschudi, 1977; y Winter, 1989, 1992).

Desde nuestro punto de vista, el DI permite explicar la situación que hemos descrito como paradoja neurótica, define el concepto de conflicto personal en términos cognitivos

1. Como excepciones tenemos el enfoque conductual clásico, que lo entiende como fruto de condicionamientos externos y no ve al sujeto que lo padece como agente que decide sobre su vida y, por tanto, capaz de tener dilemas personales (alguien que no decide no puede tener dilemas). Tampoco el enfoque sistémico percibe esta situación como un mero conflicto personal.

y hace posible su evaluación, tal como exponemos a continuación.

La definición operacional de DI la sugieren inicialmente Feixas y Sánchez (1998) (véase figura 1) basándose en la asociación que hace una persona en su estructura cognitiva (entendida como sistema de constructos) entre dos tipos de constructos, uno congruente y otro discrepante. Estos constructos personales son distinciones que la persona realiza en su experiencia y se pueden elicitar con la Técnica de Rejilla (TR) (Feixas y Cornejo, 2002; Fransella, Bell y Bannister, 2003; Kelly, 1955). Las asociaciones entre ellos se identifican a partir de las puntuaciones que el paciente otorga en base a dichos constructos a los elementos de la TR. Estos elementos son personas de su mundo interpersonal: familiares, amigos y también el “yo actual” y el “yo ideal”. Atendiendo a las puntuaciones de estos dos elementos, se define un constructo como *congruente* si la diferencia en puntuación entre ellos, en una escala tipo Likert de 7 puntos, es 1 o menor que 1 (siempre que ninguno de los dos sea un 4). De este modo, un constructo congruente es aquel en el que el sujeto sitúa tanto a su “yo actual” como a su “yo ideal” en uno de los polos del constructo. Como ejemplo, en el constructo “se preocupa por los demás” y “pisotea a los demás”, Jorge puntúa su “yo actual” con un 2 (“se preocu-

pa” bastante²) y su “yo ideal” con un 1 (“se preocupa” mucho). Este polo del constructo lo denominamos *polo congruente*. Podemos considerar que el sujeto se encuentra a gusto en ese polo (“preocupándose por los demás”) y normalmente podemos indicar que ese constructo tiene que ver con alguna auto-definición del propio sujeto como persona. Al polo opuesto (“pisotea a los demás”) lo denominamos *polo indeseable*, y es el polo en el cual el sujeto no le gustaría situarse. De hecho, se define ocasionalmente a sí mismo como opuesto a este polo (por ejemplo, diciendo “yo no pisoteo a los demás”).

Por otro lado, Feixas y Sánchez (1998) consideran que un constructo es *discrepante* cuando la diferencia en puntuaciones que el sujeto otorga al elemento “yo actual” y al elemento “yo ideal” en ese constructo es igual o mayor a 4. Esta discrepancia refleja la posición que adopta la persona en relación a los dos polos de un constructo (por ejemplo, “tímido-sociable”), el sujeto se encuentra en

2. En la escala de Likert utilizada, para el constructo “se preocupa por los demás vs. pisotea a los demás”, “1” significa que el sujeto cree que el elemento puntuado se preocupa mucho por los demás, “2” que se preocupa bastante, “3” que se preocupa un poco, “4” que ni se preocupa ni los pisotea, “5” que pisotea un poco a los demás, “6” que los pisotea bastante, y “7” que pisotea mucho a los demás.

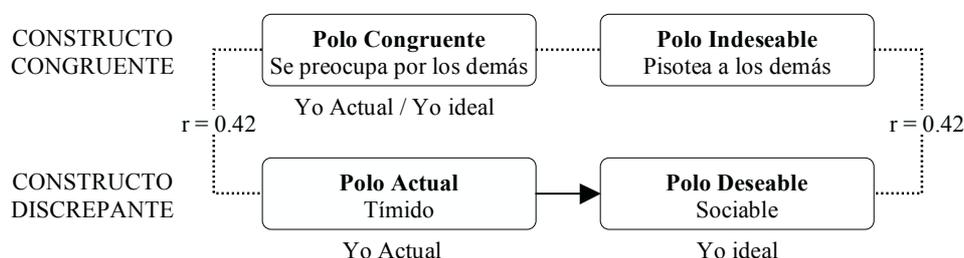


Figura 1. Estructura y ejemplo de Dilema Implicativo.

uno de los extremos (por ejemplo, tímido) y le gustaría estar en el otro (por ejemplo, “sociable”). Al polo en el que se encuentra el “yo actual” del sujeto lo llamamos *polo actual*, y al polo en el que se encuentra su “yo ideal” lo denominamos *polo deseable*. Los constructos discrepantes se refieren a aspectos en los que el sujeto está descontento de sí mismo, que desea cambiar, síntomas en muchos casos.

El dilema se define como una asociación entre un constructo congruente y un constructo discrepante, manifestada por una correlación positiva entre el polo congruente y el actual, y consecuentemente entre el indeseable y el deseable. Es decir, que el cambio deseado en el constructo discrepante implica un cambio no deseado en el constructo congruente. Es por el dilema que genera esta implicación de un constructo con respecto a otro por lo que esta estructura cognitiva recibe el nombre de DI. Como vemos en el ejemplo que aparece en la figura 1, a Jorge le gustaría pasar del polo actual al deseable, de sentirse “tímido” a sentirse “sociable”, pero se encuentra que, aunque no sea consciente de ello, este cambio implica dentro de su sistema cambiar también en el constructo congruente, en la dirección de acercarse al polo indeseable, es decir, a ser una persona que “pisotea a los demás”. Justamente, esa es la definición opuesta que el sujeto tiene de sí mismo. Jorge se considera una persona que “se preocupa por los demás” y, dentro de su construcción, las personas sociables de alguna manera no tienen en cuenta a los demás o los “pisotean”. Por lo tanto, la postura más lógica para mantener la coherencia del sistema es permanecer en el polo actual. Éste es un polo negativo por el sufrimiento que acarrea al sujeto, pero al menos está asociado a aspectos positivos (preocuparse por los demás) que le definen en oposición al polo indeseable. Así, nuestro criterio para señalar que existe un DI consiste

en una correlación por un valor superior o igual a 0.35 entre estos dos constructos, tal como acabamos de describir.

Una vez establecida la base con la que operativizamos el concepto de DI, hemos podido investigar el papel de los DI en la salud mental en el contexto del Proyecto Multicéntrico Dilema (PMD) (véase www.usal.es/tcp). En uno de los estudios, comparamos 284 pacientes que acuden a psicoterapia con un grupo control de 322 participantes, encontramos que en el grupo clínico hay más participantes con DI (52.10%) que en el control (33.90%), y también mayor frecuencia de DI. Asimismo, se encuentran valores más altos de síntomas psicopatológicos entre los participantes con DI, y el nivel de sintomatología se asocia al número de DI (Feixas y Saúl, 2004; Feixas, Saúl y Avila, en prensa).

Hemos realizado otros trabajos con muestras más específicas: depresión (Erazo, 2004), bulimia (Feixas, Montebruno, Compañ, y Sánchez, 2006), síndrome del intestino irritable (Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso, 2004), somatización (Feixas, Cipriano y Varlotta, 2007) y fibromialgia (Feixas, G., Compañ, V., Torres, M. y Aguilar, A., 2006). En todos los casos, en las muestras clínicas se ha encontrado mayor proporción de participantes con DI con respecto a sus grupos control respectivos.

El objetivo principal de la investigación que presentamos a continuación es explorar la evolución de los DI en el proceso terapéutico, es decir, si existen diferencias entre el inicio y el final de la terapia. En segundo término, nos interesa explorar si se establecen diferencias en la mejora sintomática, diferenciando entre las muestras de (1) los pacientes que no tienen DI ni al comienzo de la psicoterapia ni al final, (2) los participantes que sí tienen DI al comienzo y no los tienen al finalizar, y (3) los participantes que

tienen DIs tanto al comienzo como al final de la psicoterapia. Otro objetivo de este estudio es determinar en qué medida la resolución de los DIs y la mejora de la sintomatología están relacionados.

Método

Participantes

Los participantes en este estudio son 87 pacientes de psicoterapia, 34 varones (39.08%) y 53 mujeres (60.92%), con una media de edad de 32.87 años ($dt = 10.54$). Los centros que aportaron los casos para este estudio participan en el PMD y se detallan en la tabla 1.

En cuanto al diagnóstico clínico de los participantes -Eje I del DSM-IV- contamos

solamente con el de la submuestra española (47.13% de los casos)³. De ésta, los diagnósticos predominantes son los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (véase la tabla 2).

Instrumentos y medidas

Técnica de Rejilla

La TR pretende evaluar las dimensiones y estructura del significado personal de un sujeto dado. El objetivo de dicha evaluación es captar la forma en la que una persona da sentido a su experiencia en sus propios tér-

3. De la muestra británica, la única información facilitada es que están excluidos los pacientes con trastornos psicóticos.

Tabla 1. Distribución de los participantes del estudio por institución de procedencia.

<i>Procedencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Barnet, Enfield and Haringey Mental Health Trust (UK)	46	52.90
Universidad de Barcelona	23	26.40
Universidad de Salamanca	15	17.20
Cínica Privada	2	2.30
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)	1	1.20
TOTAL	87	100

Tabla 2. Distribución de los participantes según diagnóstico clínico (Eje I, DSM-IV).

<i>Diagnóstico</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Trastornos del estado de ánimo	14	34.15
Trastornos de ansiedad	11	26.83
Otros problemas objeto de atención clínica	7	17.10
Trastornos de la conducta alimentaria	3	7.40
Trastornos del control de impulsos	3	7.40
Otros trastornos	3	7.40
Total	41	100

minos, mediante el análisis de los constructos con los que la persona organiza su mundo. La TR tiene una doble aplicación, por una parte aporta una imagen estructurada del sistema de constructos del entrevistado, y por otra aporta una serie de índices cognitivos que permiten la comparación entre sujetos (Feixas y Cornejo, 1996; Fransella *et al.*, 2003; Winter, 2003). De entre ellos, en este estudio se emplean las siguientes relacionadas con DIs

- a) *Presencia de DIs*. Se trata de una variable dicotómica que indica la presencia o ausencia de DIs en la TR completada por un sujeto. El valor de presencia viene definido por la identificación de al menos un DI.
- b) *Porcentaje de dilemas implicativos (PDI)*. Se basa en el número de DIs que presenta una rejilla, pero este número se divide por el número total de combinaciones posibles entre constructos tomados dos a dos, como una forma de tener en cuenta el número de constructos elicitados (que puede ser distinto en cada sujeto) y trabajar así con una medida comparable de la frecuencia de DIs de cada sujeto. A la proporción de dilemas implicativos que resulta de esta operación la multiplicamos por 100 para convertirlo en porcentaje.

$$PDI = \frac{d}{\binom{n}{2}} \times 100$$

d: número de DIs presentes

n: número de constructos de la rejilla

SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas (Derogatis, 1994)

Para medir el nivel de sintomatología se utilizó el SCL-90-R para algunos casos, y en otros su versión breve, el *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis 1975; Derogatis y

Melisaratos, 1983). Además de puntuaciones específicas en diversas escalas de sintomatología (p. ej., depresión, ansiedad, somatización, etc.), estos instrumentos proporcionan el índice de severidad de la sintomatología (IGS), una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global. Este índice global del SCL-90-R y del BSI es el cociente de la división entre el total de los valores asignados a los elementos (valores entre 0 = *nada en absoluto*, a 4 = *mucho o extremadamente*) y el número total de ítems. El valor de este índice oscila entre 0 y 4.

Procedimiento

De la base de datos del PMD se seleccionaron aquellos casos clínicos a los que había sido posible, gracias a la colaboración de los terapeutas, aplicarles la TR al inicio y al final de la psicoterapia. La rejilla inicial se administra elicitando los constructos del paciente, pero en la del final de terapia se emplean los mismos constructos que en la inicial con el fin de que ambas sean comparables (mismos constructos y elementos, sólo varían las puntuaciones).

Del total de los 87 participantes, sólo contamos con medidas de sintomatología al inicio y al final del proceso de 50 (57.47%). De ellos, los participantes procedentes de la muestra española (n = 18) cuentan con datos de intensidad de la sintomatología obtenidos con el test SCL-90-R y los provenientes de la muestra británica (n = 32) con datos obtenidos a través de su versión breve, el BSI. Los IGS provenientes de estos dos test se equipararon basándonos en la correlación existente entre ambos tests, en torno al 0.95 (Derogatis, 1993; Derogatis y Cleary, 1977; Derogatis y Spencer, 1982).

Los psicoterapeutas que participaron en la investigación estaban formados en diversas

orientaciones psicoterapéuticas y no siguieron ningún protocolo fijo de intervención psicoterapéutica.

Análisis de los datos

Los datos de las TRs se analizaron con el programa RECORD v. 4 y los índices extraídos con este programa junto con el índice de severidad de sintomatología se analizaron con el paquete estadístico SPSS 11.5.

Entre las pruebas estadísticas utilizadas en este estudio se encuentran principalmente aquellas para determinar si existen diferencias entre grupos, como son la prueba t de Student, y en los casos en los que por tamaño de la muestra no se podía utilizar las pruebas paramétricas, la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas o la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes. Otras pruebas utilizadas son la magnitud del efecto, para obtener índices independientes del tamaño del efecto y poder comparar el cambio producido para cada uno de las submuestras de estudio, y la ANOVA de medidas repetidas, para estudiar la relación de los DIs y la severidad de la sintomatología en los momentos pre y post terapia. En el cálculo de la Magnitud del Efecto (ME) se ha utilizado la siguiente fórmula:

$$ME = \bar{x}_1 - \bar{x}_2 / dt_{\text{promediada}}$$

$$(\text{Donde } dt_{\text{promediada}} = \sqrt{[(dt_1^2 + dt_2^2) / 2]})$$

Hemos tomado puntuaciones de 0.80 o más para definir una magnitud alta, de entre 0.41 y 0.79 para definir una magnitud media, y de 0.20 a 0.40 para definir una magnitud baja. Cuando la ME es menor de 0.20 la consideramos sin efecto, y cuando el signo es negativo, un efecto negativo.

En todos nuestros análisis para rechazar las hipótesis nulas hemos establecido un nivel de confianza del 95%, éstas son rechazadas con un valor $p < 0.05$.

Resultados

En el primer apartado de esta sección de resultados estudiamos la evaluación de los DI en cuanto a su presencia o ausencia y a su PDI, en los momentos del inicio y final de la terapia psicológica por la que pasan estos participantes. Luego intentamos establecer la relación entre el cambio en los niveles de sintomatología y los DIs.

Evolución de DIs durante la psicoterapia

Al comienzo de la psicoterapia los pacientes que presentaban DIs eran algo más de la mitad de los participantes (56.32%). De los pacientes que tenían DIs al comienzo de la terapia, casi el 70% deja de presentarlos al finalizarla (véase tabla 3). Sin embargo, parece común que los participantes que no los tenían al comienzo del proceso terapéutico sigan sin tenerlos al finalizarlo. La situación inversa, que un sujeto que no tuviese DIs los tenga después del tratamiento psicoterapéutico, es mucho más infrecuente. Otro resultado interesante es que una vez finalizado el proceso psicoterapéutico, sólo 18 pacientes del total de la muestra (20.69%) presentan DIs.

Para detectar si los cambios en DIs son estadísticamente significativos aplicamos la prueba no paramétrica de McNemar, con la que obtenemos un estadístico de contraste $\chi^2 = 24.32$ ($p = 0.000$). Con tal valor, podemos afirmar que efectivamente, estos cambios son estadísticamente significativos y no se deben al azar. La dirección del cambio va en el sentido de una reducción de los DIs entre los dos momentos de medición.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con presencia/ausencia de DIs al inicio de la psicoterapia en el momento de medición post terapia.

		Existencia de dilema Post	
		No	Sí
Existencia de dilema Pre	No	92.11% (n = 35)	7.89% (n = 3)
	Sí	69.39% (n = 34)	30.61% (n = 15)
Total (n = 87)		79.31% (n = 69)	20.69% (n = 18)

Evolución de la sintomatología en función de los DIs

El número total de casos con los que contamos con medidas del IGS al inicio y al final del proceso psicoterapéutico es de 50 (18 obtenidos con el SCL-90-R y 32 con el BSI), y su distribución en función de la presencia o no de DIs antes y después de la psicoterapia se indica en la tabla 4. Cada uno de estos grupos va a ser tratado como un submuestra.

La media en la puntuación IGS que presenta la muestra, tomada en su conjunto, al inicio de la terapia es de 1.47 ($dt = 0.93$) y a su finalización es de 0.98 ($dt = 0.90$). Esta diferencia resulta significativa para un estadístico de contraste $t_{(49)} = 4.76$ ($p = 0.000$).

Al inicio de la terapia, la puntuación media en el IGS de los participantes que presentan DIs es de 1.53 ($dt = 1.00$; $n = 31$) y la de los que no los presentan de 1.37 ($dt = 0.80$; $n = 19$). A pesar de que el nivel de severidad de la sintomatología sea mayor en los primeros,

Tabla 4. Número de casos con medidas IGS en función de la presencia/ausencia de Dilemas Implícitos (DIs) al inicio y final de la psicoterapia.

N = 50		Presencia de Dilemas Post	
		No	Sí
Presencia de DIs Pre	No	17	2
	Sí	24	7

estas diferencias no resultan estadísticamente significativas con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Igualmente, al finalizar el proceso terapéutico, el nivel de sintomatología es más alto entre los participantes que presentan DIs ($\bar{x} = 1.30$; $dt = 1.05$; $n = 9$) que entre los que no ($\bar{x} = 0.90$; $dt = 0.86$; $n = 41$). Sin embargo, esta diferencia no resulta tampoco significativa.

Para estudiar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas del IGS del inicio y final de la terapia teniendo en cuenta las submuestras de estudio (participantes que no tenían DIs y siguen sin tenerlos, participantes que tenían y dejan de tenerlos y participantes que tenían y continúan teniendo DIs al finalizar la terapia) aplicamos la *prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Wilcoxon*. Como apreciamos en la tabla 5, podemos considerar que la terapia ha sido exitosa (diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la sintomatología) solamente en los casos en los que no se presentan DIs al finalizar la misma. Esto es, en los casos en los que los participantes no tenían DIs al inicio de la terapia y siguen sin tenerlos al finalizarla y en los casos en los que aun teniendo DIs al inicio de la terapia estos desaparecen al finalizarla.

En la misma tabla 5, podemos apreciar que la ME es mayor para las condiciones en las que no existen DIs al final de la psicoterapia (*submuestras No-No y Sí-No*), y que es incluso

un poco mayor en aquellos casos en los que sí se tenían DIs al comienzo de la terapia y estos han desaparecido. En cambio, en la submuestra que sigue presentando dilemas al final de la terapia observamos una mejoría más limitada, de magnitud baja.

Relación del porcentaje de DIs con la evolución de la sintomatología

Tomando a todos los participantes con DIs al inicio de la psicoterapia y con evaluación en sintomatología a su comienzo y en la finalización ($n = 31$), hemos estudiado la relación de la cantidad de DIs en sus rejillas con la severidad de la sintomatología que presentan en esos dos momentos para examinar si existe interacción. Las variables estudiadas son la PDI y el IGS, y sus valores pueden verse en la tabla 6. Para este estudio hemos realizado una ANOVA de medidas repetidas (tiempo x IGS x PDI).

Los estadísticos para la PDI son $F_{(1,30)} = 5.52$ ($p = 0.026$) y para el IGS son $F_{(1,30)} = 17.00$ ($p = 0.000$). El valor de la interacción entre ambas es $F_{(1,30)} = 8.58$ ($p = 0.006$). Todos los valores son significativos y nos informan

Tabla 6. Medias y desviaciones típicas para el PDI y el IGS para la submuestra con DI al inicio de la psicoterapia ($n = 31$).

	Media	Desv. Tip
PDI pre	4.32	5.36
PDI post	1.17	3.04
IGS pre	1.52	1.00
IGS post	1.00	0.91

de que existe un efecto en la disminución del PDI durante los dos momentos de evaluación (el porcentaje de DIs disminuye con la terapia), en la disminución del IGS (la severidad de los síntomas disminuye con la terapia), y un efecto de interacción entre ambas (la disminución de los dilemas y la disminución de los síntomas están asociados).

Discusión

En los pacientes de nuestro estudio, parece ser que la psicoterapia, aun sin estar focalizada en la resolución de los DI, tiene como uno

Tabla 5. Comparación del nivel de sintomatología (IGS) en los momentos pre y post terapia para las submuestras del estudio y sus valores en Magnitud del Efecto (ME).

Submuestra		\bar{x}	dt	z	p	ME
NO-NO $n = 17$	Pre	1.27	0.78			
	Post	0.84	0.78	-2.44	0.015	0.55
SÍ-NO $n = 24$	Pre	1.53	1.01			
	Post	0.95	0.93	-2.92	0.004	0.60
SÍ-SÍ $n = 7$	Pre	1.50	1.04			
	Post	1.18	0.91	-1.69	0.091	0.33

NO-NO: participantes que no tenían DIs y siguen sin tenerlos.

SI-NO: participantes que tenían y dejan de tenerlos.

SI-SI: participantes que tenían y continúan teniendo DIs al finalizar la terapia.

de sus efectos en la reducción de la presencia de estos conflictos. En efecto, solamente un 20.69% de los pacientes presentan DIs al acabar la psicoterapia, un porcentaje incluso inferior a los datos de otros estudios con población no clínica. Por ejemplo, en el estudio de Feixas y Saúl (2004) era del 33.90% (una diferencia de más de 10 puntos porcentuales). Es por ello, que nos parece lógico pensar que algo tendrá que ver el proceso terapéutico en la reducción de los DIs, aun no trabajando directamente sobre ellos. De confirmarse estos resultados en estudios controlados, deberíamos preguntarnos ¿por qué la población que ha pasado por terapia tiene incluso menos DIs que la población no clínica?

La presencia de DIs en algo más de la mitad de esta muestra es similar a la obtenida en el estudio ya citado de Feixas y Saúl (2004). Lo que aporta de nuevo el presente estudio es que de los pacientes que tenían DIs al comienzo de la terapia, más de dos tercios dejan de presentarlos al finalizarla, y son menos de un tercio los que los siguen presentando. Asimismo, casi la totalidad de los que no presentaban DIs al comienzo de la psicoterapia siguen sin presentarlos una vez finalizada la misma.

Como cabía esperar, al final del proceso terapéutico la intensidad de la sintomatología inicial se ve reducida de forma estadísticamente significativa. En cuanto al papel de los DIs en esta mejoría, hay que señalar que ya al inicio los pacientes que presentan estos DIs tienen mayor nivel de sintomatología, aunque la diferencia no sea significativa. Por otro lado, se da una mayor reducción en la intensidad de la sintomatología entre aquellos pacientes que no presentan DIs al finalizar el proceso de psicoterapia. Efectivamente, por una lado los pacientes que terminan sin DIs tienen un nivel de sintomatología significativamente más bajo, y por otro, son las submuestras con pacientes que no presentan DIs al finalizar la terapia las

que presentan las diferencias entre el momento pre y post terapia en el IGS estadísticamente significativas, y unas mayores ME.

Este resultado parece particularmente importante cuando, como ya hemos comentado, al inicio de la psicoterapia los pacientes con DIs presentan niveles mayores de sintomatología. Incluso si comparamos los que al final los resuelven con los que no, también el nivel es mayor, aunque en ambos casos las diferencias no sean significativas. Se considera que la gravedad de la sintomatología es uno de los mayores predictores del fracaso de la psicoterapia (Clarkin y Levy, 2004; Feixas y Miró, 1993), por lo que debería resultar algo más difícil el cambio en estos pacientes con DIs. Sin embargo, vemos como, al menos los que los resuelven, tiene un buen resultado terapéutico a pesar de su mayor gravedad relativa.

No obstante, sería muy aventurado afirmar que la terapia ha sido exitosa (diferencias estadísticamente significativas en la reducción de la intensidad de la sintomatología) solamente en los casos en los que no presentan DIs al finalizar la misma (submuestras No-No y Sí-No). Como hemos afirmado anteriormente, el pequeño tamaño de las submuestras, su variabilidad y el hecho de que no se trate de un estudio controlado impiden tomar estos datos de una forma más concluyente.

Finalmente, hemos observado una relación entre la presencia de DIs y la evolución de la sintomatología. Parece que no sólo la psicoterapia es más efectiva al reducir la sintomatología cuando resuelve los DIs sino que la proporción de estos DIs va asociada a la reducción de los síntomas.

Conclusiones

Los datos de este estudio naturalístico sugieren que la terapia psicológica, incluso cuando no está dirigida a resolver DIs,

produce una reducción significativa del número de pacientes que los presentan. Este resultado permite apoyar la idea de realizar un estudio con una muestra más amplia en el que se controle el tipo de terapia empleado, las variables de terapeuta, y se compare a un grupo control sin tratamiento. Sin duda, realizar varios estudios de este tipo con muestras más homogéneas en cuanto a su diagnóstico o problema clínico resultaría de un gran interés.

Atendiendo a las medidas de intensidad de la sintomatología, la no presencia de DIs al final del proceso psicoterapéutico está relacionada con la mejora sintomática, a pesar de que nuestro estudio tampoco permite establecer una equivalencia entre ausencia de DIs y salud mental (ni a la inversa). Como comentan Feixas y Saúl (2004), probablemente “nuestra investigación parece sugerir que los dilemas forman parte de la vida pero, cuando no se trabajan, o cuando son excesivos en número (y quizá en intensidad), se pueden asociar a patología. Esto puede ser visto como un argumento a favor de la idea de que no hay una línea de separación que distinga entre los sujetos “normales” y los “patológicos”. Quizá nosotros, como humanos, desarrollamos síntomas cuando, entre otras muchas razones, los dilemas a los que nos enfrentamos son excesivos” (p. 73).

Parece existir una relación entre la frecuencia de DIs y la evolución de la sintomatología. Tanto el PDI como la severidad de los síntomas disminuyen con la terapia y ambas se encuentran relacionadas. Sin embargo, no debemos dejar de mencionar que los datos de severidad de la sintomatología que hemos utilizado (IGS) provienen de dos tests formalmente distintos aunque muy correlacionados, el SCL-90-R y el BSI (este último es la versión abreviada del primero). Sería necesario en futuros estudios utilizar

idénticos instrumentos para la evaluación de dicho índice, e incluso incorporar otros instrumentos para evaluar el cambio.

Los resultados sugieren que se debería prestar más atención a los DIs como variable relevante en el proceso de cambio. Esta conclusión tiene implicaciones tanto para la investigación como la práctica de la psicoterapia. Creemos que a la luz de estos resultados, el manual de tratamiento centrado en los DIs de reciente aparición (Senra, Feixas y Fernandes, 2006) y estudiar su eficacia para aquellos pacientes que presentan estos DIs. Alternativamente, los distintos modelos y manuales de terapia podrían prestar atención a estos conflictos cognitivos y abordarlos de forma explícita como parte del proceso terapéutico. Igualmente, sería interesante estudiar si tener en cuenta los DIs incrementa la eficacia de la psicoterapia.

Referencias

- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L. A. y Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 105-119.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales. Aplicaciones a la Práctica Psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Castelfranchi, C. (1999). La fallacia dello psicologo. Per una teoria degli atti finalistici non intenzionali. *Sistemi Intelligenti*, 3, 435-469.
- Catina, A., Walter, E., y Volker, T. (1990). Positive implication of the symptom and its development during psychotherapy. Comunicación presentada en el *2nd British Conference on Personal Construct Psychology*, York, Reino Unido.

- Clarkin, J. F., y Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. En M. J. Lambert (Comp.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (págs. 194-226). Nueva York: Wiley.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual (4th Ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota: NCS Pearson. [Adaptación española de González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez Abuín, M. Rodríguez Pulido, F. *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas*. Madrid: TEA Ediciones, 2002].
- Derogatis, L. R., y Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
- Derogatis, L. R., y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Derogatis, L. R., y Spencer, P. M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, and Procedures Manual-I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Feixas, G., Cipriano, D. y Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 194-203.
- Feixas, G., Compañ, V., Torres, M., y Aguilar, A. (2006). *Cognitive factors in Fibromyalgia: The role of self-concept and identity related conflicts*. Manuscrito sometido a revisión editorial.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la Técnica de Rejilla mediante el Programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (2002). *RECORD v. 4.0: Análisis de correspondencias de constructos personales*. Barcelona: Psimedia (disponible en internet: www.terapiacongitiva.net/record).
- Feixas, G., y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Feixas, G., Montebruno, C., Compañ, V., y Sánchez, M. (2006). *Self construction, cognitive differentiation and conflicts in a sample of women with Bulimia Nervosa (BN): A Personal Construct approach*. Manuscrito sometido a revisión editorial.
- Feixas, G., y Sánchez-Rodríguez, V. (1998). *Definición formal de dilema implicativo*. Manuscrito no publicado.
- Feixas, G., Saúl, L. A. y Ávila, A. (en prensa). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*.
- Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3ª Ed.)*. Bilbao: DDB.
- Fransella, F. (Ed.) (2003). *International Handbook of Personal Construct Psychology*. Londres: Wiley.
- Fransella, F., Bell, R., y Bannister, D. (2003). *A Manual for Repertory Grid Technique (2ª Ed.)*. Chichester, Reino Unido: John Wiley y Sons.

- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from a view-point of a theory of construct*. Tesis doctoral no publicada. The Ohio State University.
- Kelly, G. A. (1955-1991). *The Psychology of Personal Constructs (Vols. 1 y 2)*. Londres: Routledge.
- Mahoney, M. J. (1997). El estado de la cuestión en la psicoterapia constructiva. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Mancini, F. (2001). La resistencia al cambio o la paradoja neurótica. *Revista de Psicoterapia*, 12(46/47), 5-15.
- Mowrer, O. H. (1950). *Learning Theory and Personality Dynamics*. Nueva York: Ronald Press.
- Sánchez Rodríguez, V. (2000). *La resistencia al cambio en psicoterapia. Una perspectiva constructivista*. Tesis doctoral no publicada: Universidad Autónoma de Madrid.
- Senra, J., Feixas, G., y Fernandes, E. (2006). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, 63-64, 179-201.
- Tschudi, F. (1977). Loaded and honest questions: A construct theory view of symptoms and therapy. En D. Bannister (Ed.), *New Perspectives in Personal Construct Theory*. Londres: Academic Press.
- Winter, D. A. (1988). Constructions in social skills training. En F. Fransella, y L. Thomas (Eds.), *Experimenting with Personal Construct Psychology* (págs. 342-356). Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Winter, D. A. (1989). Resistance to therapy: stubborn opposition or constructive choice? Comunicación presentada en la 3rd European Conference on Psychotherapy Research, Berna, Suiza.
- Winter, D. A. (1992). *Personal Construct Psychology in Clinical Practice: Theory, Research and Applications*. Londres: Routledge.
- Winter, D.A. (2003). Repertory grid technique as a psychotherapy research measure. *Psychotherapy Research*, 13, 25-42.