

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS



EL CAMBIO DEL CONTENIDO DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES A LO LARGO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Autor	Beatriz González Arranz
Directores	Dr. Luis Ángel Saúl Gutiérrez Dr. Jesús Herrero Sánchez
Tutor	Dr. José Navarro Góngora

SALAMANCA, 2011

“A ti, que estás ahí, con los ojos cerrados, bajo la lluvia. Nunca habías imaginado que harías una cosa así. Nunca te habías visto como esas personas que se pasan horas contemplando las olas o una puesta de sol. Seguro que sabes de qué gente estoy hablando. O tal vez no...”

A ellos va dedicado todo este esfuerzo.

Agradecimientos

Me gustaría mostrar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que por su colaboración o apoyo han hecho posible el desarrollo de esta tesis. En primer lugar a todos las personas que han completado los tests de evaluación que se utilizan en esta tesis, clientes de la Unidad de Psicológica y Salud Mental para el Universitario (UAPSMU) y alumnos de la universidad de Salamanca, que en el curso de sus tratamientos psicoterapéuticos han prestado su tiempo y sus datos para esta investigación

A quien me inició y acompañó durante mi investigación, Luis Ángel Saúl Gutiérrez, hoy mi director y Guillén Feixas, por su atención, apoyo y amistad, generosa y desinteresada; y a quienes fueron mis primeros directores, Alejandro Ávila-Espada y Antonio García, por la confianza que depositaron en mí, y por adoptarme como parte de su equipo de investigación.

A todos aquellos psicólogos y profesores a quienes debo todos mis conocimientos, en especial el profesor José Navarro Góngora e Inmaculada Ochoa, por iniciarme en la práctica de la psicoterapia, y a Jesús Herrero por adoptarme a pesar de las dificultades y estar presente hasta el final. A todos ellos por estar siempre ahí y poner a mi alcance todos los medios y contactos para que fuese posible mi desarrollo clínico e investigador.

Al apoyo de mis familiares y amigos, especialmente a José que hizo posible mi formación como psicoterapeuta, que ha sufrido en gran medida el tiempo dedicado a esta tesis y a Juan por su apoyo incondicional.

A todos los que ayudaron a que mi tesis y yo sobreviviéramos a las devastadoras consecuencias del huracán Katrina en nuestro viaje a las Américas.

A todos aquellos enfermos del hospital donde he trabajado todos estos años, a niños y adultos, a los que se han ido y a los que todavía están, porque juntos hemos vivido avances y retrocesos.

A aquellos que hicieron los caminos que hago siempre, los que siempre recorro para encontrarme conmigo misma, aquellos donde mido mis fuerzas para saber dónde soy capaz de llegar sola en menos tiempo, donde mido mis límites, donde busqué respuestas y pensé en porqués.

En definitiva, gracias a todos los que de una u otra manera me han animado y se alegran de que haya culminado el objetivo de finalizar esta tesis.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
INTRODUCCIÓN	13
PARTE TEÓRICA.....	21
CAPÍTULO I: EPISTEMOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA	23
1. El constructivismo como marco epistemológico.....	23
1. 1. Marco Histórico	23
1. 2. Contenido	26
2. El constructivismo clínico de Kelly: “El <i>alternativismo constructivo</i> ”	31
3. La Teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1955)	35
<i>Postulado fundamental</i>	40
<i>Corolarios</i>	41
4. El impacto de la obra de Kelly en la psicología	48
5. La construcción de los trastornos psicológicos	52
CAPÍTULO II: LA EVALUACIÓN CONSTRUCTIVISTA.....	71
1. Características de la Evaluación Constructivista.....	71
2. Procedimiento de Evaluación: La Técnica de la Rejilla.....	78
3. Evaluación de los resultados de la Técnica de la Rejilla.....	83
4. El análisis de contenido	87
4.1. <i>Introducción</i>	87
4.2. <i>Sistema de categorías de contenido para la codificación de los constructos personales</i>	91
4.3. <i>Áreas del Sistema de Categorías para Constructos Personales (SCCP)</i>	93
4.4. <i>Fiabilidad del SCCP</i>	99
CAPÍTULO III: CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA	103
1. Implicaciones de la obra de Kelly en el proceso terapéutico	103
2. La construcción de alternativas a través del lenguaje	112
3. Un lenguaje para el cambio	120
3.1. <i>El lenguaje interrogativo</i>	121
3.2. <i>Reconstruir, Deconstruir y Redefinir significados</i>	128
3.3. <i>Nuevas formas de hablar de los síntomas</i>	129
3.4. <i>El lenguaje de las metáforas</i>	146
3.5. <i>Una conversación enfocada hacia lo positivo</i>	156
3.6. <i>El equipo reflexivo</i>	157
3.7. <i>Cartas terapéuticas</i>	159

3.8. <i>La autocaracterización y la técnica del rol fijo</i>	160
4. Limitaciones o dificultades psicoterapéuticas de este “enfoque”	163
5. El proceso de cambio.....	166
II PARTE EMPÍRICA.....	181
INTRODUCCIÓN A LA PARTE EMPÍRICA.....	183
CAPÍTULO IV: ESTUDIO 1	187
1. OBJETIVOS	187
2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	187
3. MÉTODO	188
3.1. <i>Participantes</i>	188
3.2. <i>Instrumentos de evaluación</i>	190
3.3. <i>Diseño</i>	191
3.4. <i>Procedimiento</i>	192
3.5. <i>Análisis de los datos</i>	195
4. RESULTADOS	198
5. FIABILIDAD DEL ESTUDIO	206
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	210
7. CONCLUSIONES.....	213
8. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO.....	214
CAPÍTULO V: ESTUDIO 2.....	215
1. OBJETIVOS	215
2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	215
3. MÉTODO	216
3.1. <i>Participantes</i>	216
3.2. <i>Instrumentos de evaluación</i>	217
3.3. <i>Diseño</i>	224
3.4. <i>Procedimiento</i>	225
3.5. <i>Análisis de los datos</i>	228
4. RESULTADOS	229
5. FIABILIDAD DEL ESTUDIO	241
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	248
7. CONCLUSIONES.....	252
8. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO.....	254
CAPÍTULO VI: ESTUDIO 3.....	255
1. OBJETIVOS	255
2. HIPÓTESIS	255
3. MÉTODO	256
3.1. <i>Participantes</i>	256
3.2. <i>Instrumentos de evaluación</i>	257
3.3. <i>Diseño</i>	259
3.4. <i>Procedimiento</i>	260
3.5. <i>Análisis de los datos</i>	264
4. RESULTADOS	266
5. FIABILIDAD DEL ESTUDIO	281

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	291
7. CONCLUSIONES.....	294
CONCLUSIONES FINALES	297
1. Resumen de las principales conclusiones extraídas	297
2. Discusión de resultados	300
3. Mejoras deseables.....	307
4. Críticas a la investigación.....	308
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	311
APÉNDICE A: Información sobre la muestra.....	349
APÉNDICE B: Instrumentos de Evaluación.....	355
LA TÉCNICA DE LA REJILLA	355
CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI).....	356
CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI).....	359
APÉNDICE C: Sistema de Categorías de Contenido (modificado)	361
APÉNDICE D. Resultados del Estudio 1	367
APÉNDICE E. Resultados del Estudio 2	371
APÉNDICE F. Resultados del Estudio 3	383

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas correspondientes a la parte teórica:

Tabla 1. <i>Frecuencias de las codificaciones consensuadas y porcentaje de acuerdo entre jueces</i>	100
Tabla 2. <i>Coefficientes del acuerdo entre jueces a nivel de categorías y áreas</i>	102

Tablas correspondientes al Estudio 1:

Tabla 1.1. <i>Ejemplo del método usado para la codificación</i>	193
Tabla 1.2. <i>Ejemplo del método utilizado para el recuento de frecuencias</i>	194
Tabla 1.3. <i>Márgenes para valorar el grado de acuerdo en función del índice Kappa</i>	197
Tabla 1.4. <i>Resumen de resultados. Frecuencias y porcentajes de codificación para cada uno de los grupos de estudio y en cada una de las áreas del sistema de categorías de contenido</i>	199
Tabla 1.5. <i>Tabla comparativa de los porcentajes de codificación por áreas en cada uno de los grupos de población clínica de estudio</i>	201
Tabla 1.6. <i>Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos</i> ..	201
Tabla 1.7. <i>Tabla comparativa de los porcentajes de codificación del grupo de población clínica y el grupo de población no clínica</i>	205
Tabla 1.8. <i>Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos</i> ..	205
Tabla 1.9. <i>Porcentajes de codificación de los jueces en el grupo de población clínica de los trastornos del estado de ánimo</i>	206
Tabla 1.10. <i>Porcentajes de codificación de los jueces en el grupo de población clínica de los trastornos de ansiedad</i>	206
Tabla 1.11. <i>Porcentajes de codificación de los jueces en el grupo de población clínica de los trastornos adaptativos</i>	207
Tabla 1.12. <i>Porcentajes de codificación de los jueces en el grupo de población no clínica</i>	207
Tabla 1.13. <i>Porcentajes de las codificaciones de cada uno de los jueces en cada área y para cada uno de los polos de los constructos</i>	208
Tabla 1.14. <i>Correlaciones entre los jueces en las distintas categorías correspondientes a cada área y en cada grupo</i>	209
Tabla 1.15. <i>Índice de concordancia Kappa entre los jueces</i>	209

Tablas correspondientes al Estudio 2:

Tabla 2.1. <i>Baremos utilizados por el cuestionario de ansiedad estado-rasgo</i>	223
Tabla 2.2. <i>Resultados de las pruebas de evaluación sintomática en población clínica y no clínica</i>	230
Tabla 2.3. <i>Resultados del investigador principal</i>	232
Tabla 2.4. <i>Tabla resumen de los resultados del investigador principal</i>	234
Tabla 2. 5. <i>Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos</i> ..	235
Tabla 2.6. <i>Tabla resumen de los resultados del investigador principal en el área emocional</i>	236
Tabla 2. 7. <i>Prueba χ^2 (ji-cuadrado) en las categorías del área emocional</i>	238
Tabla 2.8. <i>Tabla resumen de los resultados del investigador principal en el área relacional</i>	238
Tabla 2. 9. <i>Frecuencia de constructos, porcentaje por categorías y residuos corregidos del área relacional</i>	240
Tabla 2.10. <i>Resultados del investigador y los jueces en la primera codificación de la población clínica</i>	242
Tabla 2.11. <i>Resultados del investigador y los jueces en la primera codificación de la población no clínica</i>	242
Tabla 2.12. <i>Resultados del investigador y los jueces en la segunda codificación de la población clínica</i>	243
Tabla 2. 13. <i>Resultados del investigador y los jueces en la segunda codificación de población no clínica</i>	243
Tabla 2.14. <i>Resultados de la codificación en el área emocional por parte del investigador y los jueces. Primera codificación en el grupo de población clínica</i>	245
Tabla 2.15. <i>Resultados de la codificación en el área emocional por parte del investigador y los jueces. Segunda codificación en el grupo de población clínica</i>	245
Tabla 2.16. <i>Resultados de la codificación en el área relacional por parte del investigador y los jueces. Primera codificación en el grupo de población no clínica</i>	246
Tabla 2.17. <i>Resultados de la codificación en el área relacional por parte del investigador y los jueces. Segunda codificación en el grupo de población no clínica</i>	246
Tabla 2.18. <i>Correlaciones entre los jueces en las distintas categorías correspondientes a cada área, en cada grupo y para cada una de las codificaciones</i>	247
Tabla 2.19. <i>Índices de concordancia Kappa inferiores en cada uno de los grupos de estudio</i>	248

Tablas correspondientes al Estudio 3:

Tabla 3.1. <i>Número de sesiones con cada cliente</i>	262
Tabla 3.2. <i>Resultados de las pruebas de evaluación sintomática en población clínica.</i>	267
Tabla 3.3. <i>Contraste de resultados de cuestionarios entre la muestra de población clínica y no clínica</i>	268
Tabla 3.4. <i>Magnitud del efecto</i>	269
Tabla 3.5. <i>Resultados del investigador principal</i>	271
Tabla 3.6. <i>Tabla resumen de los resultados del investigador principal</i>	273
Tabla 3.7. <i>Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos</i> ...	274
Tabla 3.8. <i>Tabla resumen de los resultados del investigador principal en el área emocional</i>	275
Tabla 3.9. <i>Tabla resumen de los resultados del investigador principal en el área personal</i>	276
Tabla 3.10. <i>Tabla comparativa de los resultados de la primera y segunda evaluación del grupo de población clínica con la población no clínica.</i>	278
Tabla 3.11. <i>Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos</i>	279
Tabla 3.12. <i>Resultados del investigador y los jueces en la primera codificación de la población clínica (tr. depresivos) en su primera evaluación anterior al proceso terapéutico.</i>	282
Tabla 3.13. <i>Resultados del investigador y los jueces en la primera codificación de la población clínica (tr. depresivos) en su segunda evaluación posterior al proceso terapéutico.</i>	282
Tabla 3.14. <i>Resultados del investigador y los jueces en la segunda codificación de la población clínica (tr. depresivos) en su primera evaluación anterior al proceso terapéutico</i>	283
Tabla 3.15. <i>Resultados del investigador y los jueces en la segunda codificación de la población clínica (tr. depresivos) en su segunda evaluación posterior al proceso terapéutico.</i>	283
Tabla 3.16. <i>Resultados de la codificación en el área emocional por parte del investigador y los jueces. Primera codificación en la evaluación anterior al proceso terapéutico en el grupo de población clínica (tr. depresivos).</i>	284
Tabla 3.17. <i>Resultados de la codificación en el área emocional por parte del investigador y los jueces. Segunda codificación en la evaluación anterior al proceso terapéutico en el grupo de población clínica (tr. depresivos).</i>	285
Tabla 3.18. <i>Resultados de la codificación en el área personal por parte del investigador y los jueces. Segunda codificación en la evaluación posterior al proceso terapéutico en el grupo de población clínica (tr. depresivos).</i>	286
Tabla 3.19. <i>Resultados de la segunda codificación por áreas tanto por parte del investigador como de los jueces. Evaluación Pre y Post</i>	287
Tabla 3.20. <i>Resultados de la segunda codificación en el área emocional tanto por parte del investigador como de los jueces. Evaluación Pre y Post</i>	288
Tabla 3.21. <i>Resultados de la segunda codificación en el área personal tanto por parte del investigador como de los jueces. Evaluación Pre y Post</i>	289

Tabla 3.22. <i>Correlaciones entre los jueces en las distintas categorías correspondientes a cada área, en cada grupo y en cada una de las codificaciones.</i>	290
Tabla 3.23. <i>Índices de concordancia Kappa inferiores en cada uno de los grupos de estudio.</i>	291

Tablas correspondientes al Apéndice A:

Tabla A1. <i>Sexo y edad de los componentes de la muestra del Estudio 1</i>	349
Tabla A2. <i>Sexo y edad de los componentes de la muestra del Estudio 2</i>	350
Tabla A3. <i>Sexo y edad de los componentes de la muestra del Estudio 3</i>	351
Tabla A4. <i>Número de constructos y elementos de la muestra del Estudio 1</i>	352
Tabla A5. <i>Número de constructos y elementos de la muestra del Estudio 2</i>	353
Tabla A6. <i>Número de constructos y elementos del Estudio 3</i>	354

Tablas correspondientes al Apéndice E:

Tabla E 1. <i>Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica (usando el original SCCP)</i>	371
Tabla E 2. <i>Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población no clínica (usando el original SCCP)</i>	372
Tabla E 3. <i>Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica (usando el SCCP modificado)</i>	373
Tabla E 4. <i>Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población no clínica (usando el SCCP modificado)</i>	374
Tabla E 5. <i>Muestra clínica: Resultados por áreas – Polo 1 (n = 653)</i>	376
Tabla E 6. <i>Muestra Clínica: Resultados por áreas - Polo 2 (n = 653)</i>	376
Tabla E 7. <i>Muestra Clínica: Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 644)</i>	376
Tabla E 8. <i>Muestra Clínica: Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 645)</i>	377
Tabla E 9. <i>Muestra población no clínica: Resultados por áreas - Polo 1 (n = 576)</i>	378
Tabla E 10. <i>Muestra de población no clínica: Resultados por áreas - Polo 2 (n = 576)</i>	378
Tabla E 11. <i>Muestra de población no clínica: Resultados por categorías – Polo 1 (n mínimo = 564)</i>	379

Tabla E 12. <i>Muestra de población no clínica: Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 564)</i>	379
Tabla E 13. <i>Muestra Clínica: Resultados por áreas - Polo 1 (n = 653)</i>	380
Tabla E 14. <i>Muestra Clínica: Resultados por áreas - Polo 2 (n = 653)</i>	380
Tabla E 15. <i>Muestra Clínica: Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 648)</i>	380
Tabla E 16. <i>Muestra Clínica: Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 648)</i>	381
Tabla E 17. <i>Muestra de población no clínica: Resultados por áreas - Polo 1 (n = 576)</i>	381
Tabla E 18. <i>Muestra no clínica: Resultados por áreas – Polo 2 (n = 576)</i>	382
Tabla E 19. <i>Muestra no clínica: Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 572)</i>	382
Tabla E 20. <i>Muestra no clínica: Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 572)</i>	382

Tablas correspondientes al Apéndice F:

Tabla F 1. <i>Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica antes del proceso terapéutico (usando el original SCCP)</i>	383
Tabla F 2. <i>Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica después del proceso terapéutico (usando el original SCCP)</i>	384
Tabla F 3. <i>Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica antes del proceso terapéutico (usando el SCCP modificado)</i>	385
Tabla F 4. <i>Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica después del proceso terapéutico (usando el SCCP modificado)</i>	387
Tabla F 5. <i>Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 1 (n = 325)</i>	388
Tabla F 6. <i>Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 2 (n = 325)</i>	388
Tabla F 7. <i>Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 321)</i>	389
Tabla F 8. <i>Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 320)</i>	389
Tabla F 9. <i>Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 1 (n = 321)</i>	390
Tabla F 10. <i>Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 2 (n = 321)</i>	390
Tabla F 11. <i>Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 315)</i>	390

Tabla F 12. <i>Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 312)</i>	391
Tabla F 13. <i>Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 1 (n = 324)</i>	391
Tabla F 14. <i>Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 2 (n = 324)</i>	392
Tabla F 15. <i>Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 321)</i>	392
Tabla F 16. <i>Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 320)</i>	392
Tabla F 17. <i>Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 1 (n = 321)</i>	393
Tabla F 18. <i>Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 2 (n = 321)</i>	393
Tabla F 19. <i>Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 319)</i>	394
Tabla F 20. <i>Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 319)</i>	394

ÍNDICE DE FIGURAS

Figuras correspondientes a la parte teórica y a la presentación de la parte empírica:

<i>Figura 1.</i> Ciclo de la Experiencia.....	45
<i>Figura 2.</i> Ejemplo de la Técnica de la Rejilla.....	82
<i>Figura 3.</i> Ejemplo de un dilema.....	173
<i>Figura 4.</i> Presentación del Estudio 1	184
<i>Figura 5.</i> Presentación del Estudio 2 y Estudio 3	185
<i>Figura 6.</i> Resultados del Estudio 1	301
<i>Figura 7.</i> Resultados del Estudio 2 y 3	305
<i>Figura 8.</i> Aspectos característicos en los trastornos depresivos	307

Figuras correspondientes al Estudio 1 (en Apéndice D):

<i>Figura D. 1.</i> Porcentaje de codificación de constructos en el área moral	367
<i>Figura D. 2.</i> Porcentaje de codificación de constructos en el área emocional.....	367
<i>Figura D. 3.</i> Porcentaje de codificación de constructos en el área relacional.....	368
<i>Figura D. 4.</i> Porcentaje de codificación de constructos en el área personal.....	368
<i>Figura D. 5.</i> Porcentaje de codificación de constructos en el área intelectual/operacional	369
<i>Figura D. 6.</i> Porcentaje de codificación de constructos en el área de valores e intereses.....	369

INTRODUCCIÓN

Este proyecto de investigación se emplaza dentro del marco epistemológico constructivista. La epistemología es una disciplina filosófica que reflexiona sobre el conocimiento de la realidad, cuestión frente a la cual “coexisten dos posturas fundamentales: el objetivismo y el constructivismo” (Feixas & Villegas, 1998, pp. 17-19). El constructivismo asume la existencia de la realidad, pero manifiesta que esta realidad no se nos revela directamente, sino que debe ser construida, se nos hace accesible sólo a través de nuestro proceso de construcción (Kelly, 1955/1991a). Esta visión contrasta con la tradicional, el objetivismo, que sostiene que la realidad está representada directamente en la mente del sujeto, que recibe pasivamente los estímulos del medio (Feixas, 1998).

La afirmación de Kelly (1955/1991a) de que la realidad se puede interpretar de diferentes maneras es algo que comparten muchos teóricos o pensadores constructivistas (por ejemplo, Bateson, 1979; Kenny & Gardner, 1988; Mahoney, 1988a; Maturana & Varela, 1987; Von Foerster, 1981; Watzlawick, 1984b) sin que se pueda señalar a uno de ellos como el sistematizador de la epistemología constructivista (Feixas y Villegas, 1998). Realmente son muchos los autores que han enfatizado y desarrollado esta posición constructivista que tiene de base nuestro trabajo de investigación (por ejemplo, Botella & Feixas, 1998; Feixas, 2001; Feixas & Villegas, 1990, 1998, 2000; Fransella, 2003; Lyddon, 1988; Mahoney, 1991, 2003, 2005; Mahoney & Lyddon, 1988; R. A. Neimeyer & Mahoney, 1998; Novak, 1988, 1993; Winter, 1992, 2007). Sus últimas publicaciones e investigaciones nos han servido como referencia y apoyo a nuestro estudio, ampliando nuestro planteamiento constructivista de base inspirado en la obra de Kelly “*La Psicología de los Constructos Personales*”, publicada en 1955.

En base a estos planteamientos constructivistas, asumimos que no tenemos un acceso directo a la realidad con independencia de nuestras construcciones o esquemas culturales, sociales, psicológicos y de género (Feixas, 2001). El proceso de conocer se

concibe como una génesis continua de marcos de interpretación y no como un descubrimiento de la realidad. Esto implica que una misma situación puede ser vivida de formas muy distintas por distintas personas. En consecuencia, el criterio de conocimiento verdadero se sustituye por el criterio de conocimiento útil o funcional, e implica también, y esto tiene importantes repercusiones terapéuticas, que una persona no es víctima de la realidad, sino de su construcción de esa realidad (Feixas & Villegas, 1998).

En el campo clínico, puesto que no existe una sola forma de construir, al trabajo terapéutico se le puede añadir el análisis de las peculiaridades que le son características al sistema de construcción del cliente. Se trata de crear un contexto favorable para que el cliente reflexione acerca de cómo construye su realidad y acerca de las consecuencias favorables y desfavorables derivadas de su forma de hacerlo. Y en segundo lugar, se potencia a través de la conversación terapéutica, una negociación de nuevas modalidades de construcción que progresivamente desplacen a las problemáticas, ya que todas nuestras percepciones están abiertas al cuestionamiento y reconsideración. Esta posición filosófica es la que Kelly llamó “alternativismo constructivo” (Kelly, 1955/1991a, p. 11).

Este planteamiento ha dirigido el esfuerzo de los investigadores constructivistas a entender los procesos de formación de significado y sus métodos de evaluación se dirigen hacia este objetivo. De este modo, han centrado gran parte de sus procedimientos a la evaluación de los *constructos personales* (G. J. Neimeyer, 1996). Los constructos personales, tal como los definió Kelly (1955/1991a) son dimensiones bipolares de significado que constituyen el conjunto estructurado del conocimiento que tiene el individuo para entender y anticipar su mundo de experiencia. De tal forma que el constructo tiene una doble función, por una parte la de procesar la información que llega a los sentidos y por otra, anticipar los acontecimientos futuros (Bannister & Mair, 1968). Esta dimensión evaluativa puede o no aparecer simbolizada por una etiqueta verbal, por ejemplo, *bueno-malo*, *simpático-antipático*, etc. (Botella & Feixas, 1998). Además, los constructos son personales, no existen independientemente de la persona que los utiliza, cada persona crea sus propios constructos (Feixas, 2001). “La distinción que efectúa un constructo, no es algo que existe en las cosas del mundo, sino algo que

construimos o puntuamos, algo de lo que nosotros, (y no la realidad exterior), somos responsables” (Feixas & Villegas, 1998, p. 21).

La evaluación constructivista, es por tanto, una evaluación centrada en estas dimensiones empleadas por la persona para comprender y estructurar su realidad (Senra, Feixas, & Fernandes, 2006), donde el terapeuta se interesa por las libertades de movimiento dentro del sistema de construcción establecido, sus potencialidades y recursos. El propósito principal de este enfoque de evaluación psicológica es estudiar las avenidas de movimiento que permite el sistema y su finalidad, representar los cursos de movimiento más factibles (Feixas & Villegas, 1998). Actualmente existen un conjunto flexible y variado de formas de evaluación constructivistas (para una revisión más profunda consultar G. J. Neimeyer, 1996), la más conocida en España y que ha sido empleada en nuestro estudio es la Técnica de la Rejilla de Kelly (1955/1991a). La Técnica de la Rejilla es, en su diversidad de formas, una manera de explorar la estructura y contenido de estas teorías implícitas o redes de significado a través de las cuales la persona percibe y actúa en relación a los acontecimientos de su vida.

La evaluación de los resultados obtenidos a través de la rejilla se puede realizar a dos niveles básicos, centrándose en el contenido y en la estructura de las construcciones del cliente (G. J. Neimeyer, 1996). Estos dos tipos de análisis no son mutuamente excluyentes, son dos formas complementarias de cómo el sistema de constructos personales puede ser analizado. A nivel estructural podemos ayudarnos de programas informáticos ideados para realizar el análisis de los datos. El más utilizado en el contexto hispano es el programa RECORD v.4 (Feixas & Cornejo, 2002). A nivel de contenido, las rejillas se pueden analizar de manera cualitativa haciendo referencia, por ejemplo, al contenido temático de los constructos. Se trata de recoger los constructos de cada rejilla y agruparlos por similitud. Para hacer esto, podemos utilizar como referencia el Sistema de Categorías de Contenido para la Codificación de Constructos Personales (SCCP) desarrollado por Feixas, Geldschläger, Carmona y Garzón (2002). Estos autores presentaron un sistema de cuarenta y cinco categorías de contenido para la codificación de constructos personales obtenidos mediante la administración de la Técnica de la Rejilla. Estas categorías están estructuradas en seis áreas básicas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual/operacional, y de valores/intereses. De este

modo, podemos analizar cuáles son las áreas temáticas de los constructos elicitados, es decir, agrupar los constructos por áreas y detectar cuáles son las más predominantes y cuáles son más deficitarias. La presencia de varios constructos con un mismo contenido temático subyacente nos va a indicar cuáles son las áreas del sistema de construcción del cliente con un mayor grado de estructura y de mayor relevancia personal. Este procedimiento se puede llevar a cabo tanto a nivel individual como grupal, pudiendo poner a prueba hipótesis relacionadas con el tipo de contenido predominante en distintos grupos de sujetos, así como identificar áreas carentes de constructos. De esta forma el terapeuta puede atender a ciertas regularidades que de forma general se dan en muchos clientes, especialmente si los agrupamos por características psicopatológicas, sin perder nunca de vista la unicidad de cada existencia concreta (Feixas & Villegas, 1998).

Podemos decir que existe un interés creciente por el estudio de la estructura cognitiva y el contenido de las construcciones de los clientes (Winter, 1992). Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones dentro de la psicología de los constructos personales están dirigidas a analizar las variaciones en los constructos y elementos elicitados en la Técnica de la Rejilla, usando medidas estructurales, y se han realizado muchas menos investigaciones en relación al contenido. Una revisión bibliográfica sobre el tema nos ha permitido detectar investigaciones que tienen como objetivo el estudio de los contenidos predominantes de los constructos personales en determinadas poblaciones clínicas. De tal manera, que la asociación entre las dificultades presentadas por los clientes y el contenido del sistema de constructos ha sido ya señalada. Por mencionar algunas de estas investigaciones podemos hablar de los estudios de Glantz, Burr y Bosse (1981) cuyos resultados demuestran que los alcohólicos se caracterizan por la falta de constructos interpersonales y emocionales, los estudios de Fransella (1972) quien encontró que los tartamudos utilizaban más constructos concernientes a la interacción social, o los estudios de Sperlinger (1976), quien demostró que las personas con depresión utilizaban más constructos relativos a la autosuficiencia, lo cual fue también confirmado por Caine, Wijesinghe y Winter (1981). Una de las áreas en las que se han concentrado bastantes estudios ha sido el área emocional. Así por ejemplo, se ha encontrado que las personas diagnosticadas de esquizofrenia utilizan menos

constructos emocionales (Gara, Rosenberg, & Mueller, 1989). Se han encontrado resultados similares en mujeres que han sufrido abuso sexual (Harter, Erbes y Hart, 2004), concretamente utilizan menos constructos referidos a la activación emocional, experiencias de calma, tranquilidad y relajación; mientras que encontramos un subsistema firmemente organizado de constructos concernientes a emociones en personas con depresión (Silverman, 1977; y más recientemente, Montesano, Feixas & Varlotta, 2009).

Algunos de estos resultados se han relacionado con la teoría o visión de que los individuos elaboran los sistemas de constructos en las áreas problemáticas en las que se presentan dificultades particulares, esto se refleja en el extenso número de constructos que disponen dentro de esta área, cuando se comparan con otros miembros de su cultura (Sperlinger, 1976). Éste es el caso por ejemplo de las personas con depresión, con un mayor porcentaje de constructos en el área emocional (Silverman, 1977). La explicación de esas investigaciones sugiere que el área problemática es primaria y los individuos elaboran su sistema de constructos en esa área. Estas características del sistema de constructos del cliente pueden determinar los síntomas que presenta así como su persistencia. De tal modo que la persona expresa su dolor o angustia de un modo u otro en función del área predominante en su sistema de constructos (Winter, 1992). Dicho de otro modo, el cliente elige sus síntomas en concordancia con su posición personal hacia el mundo (Smail, 1978).

Sin embargo, otros autores, como E. Button (1985) se cuestionan la dirección que se establece en esta asociación entre los síntomas y el contenido de los constructos personales. Button se preguntaba si los altos niveles de construcción emocional detectados por Silverman (1977) representan un estilo cognitivo que predispone a ciertos individuos a sufrir depresión o este estilo se desarrolla con los síntomas depresivos. Según este autor, la respuesta a esta pregunta necesitaría de un estudio longitudinal.

Por otro lado, vemos también como todas estas ideas reflejan que las investigaciones en torno a la depresión han girado sobre aquellos datos que muestran un mayor porcentaje de constructos en un área determinada, en este caso el área emocional. Sin embargo, en los estudios anteriormente mencionados, la asociación entre las

dificultades presentadas por los clientes y el contenido del sistema de constructos, no dejan clara la relación establecida. En algunos casos las dificultades presentadas por los clientes se asocian a una falta de constructos en un área determinada, por ejemplo, los alcohólicos se caracterizan por la falta de constructos interpersonales y emocionales (Glantz et al., 1981). La ausencia de constructos en estas áreas daría lugar a conductas evitativas en relación a las mismas, ello podría llevar a esta persona a refugiarse en el alcohol. Sin embargo, en otros casos como en la depresión, no se habla de ausencia de constructos en un área sino de un mayor número de constructos en el área emocional (Silverman, 1977). Si un mayor número de constructos en un área determinada está asociado a un mejor manejo de las experiencias vividas en ese nivel, resulta extraño que la depresión se haya caracterizado por un mayor número de constructos emocionales, ya que es concretamente en esta área donde presentan una de sus mayores dificultades. Por todo ello, no queda claramente definido si es el escaso número de constructos en un área determinada o si es el alto porcentaje de constructos en otra lo que se asocia a un determinado grupo de población clínica.

Partiendo de estos datos, esta investigación tiene como objetivo conocer más sobre el contenido de los constructos personales, analizando diferentes grupos de población clínica en comparación con un grupo de población no clínica, y profundizando en el análisis del contenido de los constructos personales en la depresión. Para ello se han realizado diferentes estudios:

En nuestro primer estudio se ha trabajado con un grupo de población clínica de 30 personas (diez con trastornos del estado de ánimo, diez con trastornos de ansiedad y diez con trastornos adaptativos) y un grupo de población no clínica (treinta estudiantes de psicología), con el objetivo de comparar el contenido de sus constructos personales. En el análisis de los resultados veremos si realmente existen diferencias sustanciales en las frecuencias de codificación a lo largo de las áreas del sistema de categorías, y si realmente es mayor el porcentaje de constructos emocionales en los trastornos del estado de ánimo.

Para corroborar y ampliar estos datos, se ha realizado un segundo estudio donde se ha ampliado la muestra de población clínica, concretamente se ha seleccionado una muestra de 43 clientes diagnosticados de depresión; y se ha ampliado

también la muestra de población no clínica, un total de 43 personas. A todos ellos se les ha administrado dos cuestionarios de evaluación de sintomatología, la adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; original de Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; adaptación al castellano por Conde & Useros, 1975) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970/1982). Todo ello con el objetivo de comparar en ambos grupos, las frecuencias de codificación a lo largo de las áreas del sistema de categorías. A través de estos resultados, veremos si existe un mayor porcentaje en el área emocional en el grupo de población clínica frente al grupo de población no clínica.

A partir de los resultados obtenidos, se ha realizado un tercer estudio centrado en la evolución del contenido de los constructos personales a lo largo del proceso terapéutico, basándonos en un enfoque terapéutico inspirado en la epistemología constructivista, la terapia narrativa (Freedman & Combs, 1996; Gonçalves, 1995, 2002; Linares, 1996; Parker, 1999; Payne, 2002; White, 2007; White & Epston, 1990/1993). De acuerdo con la teoría de los constructos personales (TCP, Kelly, 1955) son las percepciones de diferencias, es decir, nuestro sistema de constructos, lo que determina nuestra actuación; por lo tanto, con una terapia que promueva la captación de nuevas diferencias, obtendremos nuevas respuestas. En otras palabras, cambios en esas construcciones harán posibles necesariamente nuevos cursos de acción (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996). Una manera de conseguirlo es mediante narraciones alternativas, la consideración de construcciones alternativas (basado en el alternativismo constructivo, de Kelly, 1955/1991a, p. 11). Para llevar a cabo esta investigación se han realizado dos evaluaciones del contenido de constructos personales en una muestra de 21 clientes, una evaluación inicial y otra al finalizar la terapia y se han utilizado dos cuestionarios de evaluación de sintomatología, la adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; original de Beck et al., 1961; adaptación al castellano por Conde & Useros, 1975) y otro de ansiedad, el STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Spielberger et al., 1970/1982), también al principio y final de la terapia.

A través de este proyecto de investigación se tratará de aportar más información sobre algunos de los aspectos aún sin esclarecer en este campo. Por una parte, trataremos de

definir si es el escaso número de constructos en un área determinada, o si es el alto porcentaje de constructos en otra, lo que se asocia a un determinado grupo de población clínica, en concreto en la depresión. En segundo lugar, trataremos de obtener más información que permita esclarecer la pregunta de E. Button (1985) en relación a los aspectos de la construcción de la depresión: ¿Los altos niveles de construcción emocional detectados por Silverman (1977) representan un estilo cognitivo que predispone a ciertos individuos a sufrir depresión o este estilo se desarrolla con los síntomas depresivos?

Consideramos estos planteamientos lo suficientemente complejos como para justificar este proyecto de investigación. Sus resultados, implicaciones teóricas y clínicas, serán finalmente discutidos y plantearán nuevas dudas y futuros trabajos de investigación.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I: EPISTEMOLOGÍA CONSTRUCTIVISTA

1. El constructivismo como marco epistemológico

1. 1. Marco Histórico

El constructivismo es una posición epistemológica con sólidas raíces en la historia de la filosofía de la ciencia y el pensamiento en general (Feixas & Villegas, 1998). Aunque el término constructivismo se está introduciendo recientemente en el vocabulario de la psicología, sus temas básicos están presentes en figuras de la antigüedad (véase Feixas & Villegas, 1998; Mahoney, 2003, 2005; Thomas & Segal, 2006). Como expresó Watzlawick: “En lo que al constructivismo se refiere, sólo el nombre es moderno” (Watzlawick & Hoyt, 1988, p. 276). Aún así, su visibilidad y popularidad creciente son nuevas, así como el mayor interés por el punto de vista constructivista en la psicología (Mahoney, 2005).

Entre los defensores más antiguos, de alguna forma de constructivismo se encuentran, por ejemplo, Lao Tse (siglo VI a.C.), Buda (560-477 a.C.) y el filósofo del cambio incesante, Heráclito (540-475 a.C) (Mahoney, 2003). Algunos sugieren que Lao Tse quién ponía su énfasis en la estructura receptiva y flexible de la mente, pudo encontrarse y ejercer alguna influencia sobre un joven que posteriormente era conocido como Buda (Mahoney, 2005). Los paralelismos entre estas dos tradiciones son significativos (Mikulas, 2002). El constructivismo de Buda es evidente en el comienzo del libro de sus reflexiones espirituales: “Somos lo que pensamos. Todo lo que somos surge con los pensamientos. Con los pensamientos creamos el mundo” (citado en Walsh, 1999, p. 45).

Heráclito (540-475 a.C) también enunció aspectos esenciales del constructivismo. Sostenía que todo cuanto existe debe fluir. Inmortalizó el apotegma de que no puedes bañarte dos veces en el mismo río (Mahoney, 2005) y cuestiones derivadas cómo ¿es un

río siempre el mismo río? o la persona, ¿es la misma persona en dos momentos diferentes? Para él, no es sólo el agua la que se mueve o el río el que cambia, la persona también cambia por la experiencia (Mahoney, 2005). Su énfasis en el proceso, es un aspecto central del constructivismo.

Además de Lao Tse, Buda y Heráclito, muchos otros pensadores han contribuido a lo que denominamos actualmente constructivismo (Mahoney, 1988a, 2005), por ejemplo, Giambattista Vico (1668-1744), Immanuel Kant (1724-1804), Arthur Schopenhauer (1788-1860) y Hans Vaihinger (1852-1933). Todos ellos enfatizaron el carácter proactivo y modelador del ser humano y su papel a la hora de configurar la realidad a la que respondemos (R. A. Neimeyer, 1998)

Vico (1710/2002) a través del análisis de diferentes fábulas y mitos populares defendió que el conocimiento humano debe entenderse como un proceso de construcción que tiene lugar en un contexto social e histórico. Vico elaboró su doctrina al hilo de una oposición al racionalismo cartesiano, frente al cual subrayó que “sólo puede entender el hombre las cosas que él mismo hace; (...) el único camino para conocer algo es hacerlo. (...) Así, el conocimiento es conciencia operativa de nuestro mundo experiencial” (Feixas & Villegas, 1998, p. 29). En este sentido, la posición de Vico es semejante a la de Kant (1781/2002). Kant que diferenciaba entre *noumena* (la cosa en sí) y *phenomena* (la experiencia personal), sostuvo que nunca podemos liberarnos de nuestros propios procesos de experiencia. “Para Kant la mente es creadora de significado, no mero receptáculo de impresiones sensoriales” (Feixas & Villegas, 1998, p. 29). Sugirió que conocemos mucho más de lo que nos damos cuenta; y que hacemos clasificaciones continuamente.

Schopenhauer también merece que se reconozca su aportación en la herencia filosófica del constructivismo (Magee, 1983/1991). Observó, por ejemplo, que “el mundo de la experiencia forma parte de la construcción en la que el observador está implicado activamente; lo que es propio de su naturaleza en permanente cambio y, por ello, evanescente e insustancial” (Magee, 1983, p. 342).

La obra de Schopenhauer influyó en Freud, Jung, Vaihinger, Wittgenstein y Heidegger. El enfoque de Vaihinger (1911/2003) incluía dimensiones constructivistas, como reflejan sus escritos “la mente no sólo capta, también asimila y construye”

(1911/1924, p. 2). También Wundt contemporáneo de Vaihinger incluía dimensiones constructivistas en su enfoque (Blumenthal, 1975, 1980, 1985; Sherrington, 1906); así como William James que investigó algunos aspectos esenciales de constructivismo. Él y algunos de sus colegas transmitieron la curiosidad del constructivismo durante la transición del siglo XIX a XX.

Los desarrollos posteriores de constructivismo incluyeron el trabajo clásico de Frederic Bartlett (1932/1995) sobre los procesos de reconstrucción de la memoria. Su investigación demostró que el recuerdo no es un simple proceso de recuperación de copias de la experiencia de un fichero mental. Demostró que tendemos a organizar y simplificar los recuerdos, y que solemos adornar y elaborar los detalles concretos, de forma que se ajusten a la historia que emerge. Bartlett consideró la memoria como un proceso constructivo en el cual hay una creación de algo nuevo en cada acción de recuerdo; de lo cual se sigue una concepción constructivista del aprendizaje que no podía haber madurado en aquel momento histórico, en plena euforia conductista (Feixas & Villegas, 1998).

Casi al mismo tiempo, Piaget (1926/1987) comenzaba una serie de estudios sobre el desarrollo cognitivo en niños. Piaget describió el conocimiento como la búsqueda de un equilibrio dinámico entre aquello que nos resulta familiar y lo que nos resulta novedoso. Este equilibrio se consigue gracias a la coordinación de los procesos de asimilación y acomodación. La asimilación es esencialmente la incorporación de experiencias nuevas en las estructuras de conocimiento antiguas. La acomodación es la modificación de las estructuras antiguas, cuando las experiencias nuevas son demasiado diferentes como para poder manejarlas. Ambos procesos, asimilación y acomodación, implican construcción, lo cual nos lleva a considerar su epistemología como constructivista (Koplowitz, 1975). Piaget destacó que organizamos el mundo gracias a que nos organizamos a nosotros mismos, y este aspecto de autoorganización impregna la visión constructiva de la experiencia humana (Mahoney, 2005). Sin embargo, a pesar de haber propuesto nociones constructivistas fundamentales, Piaget no ha sido reconocido precisamente por esta contribución (Feixas & Villegas, 1998).

El libro de Friedrich A. Hayek (1952/2004) *“El Orden Sensorial”* ofreció una potente exposición teórica del constructivismo. Hayek demostró que gran parte de lo que

creemos conocer del mundo exterior es, de hecho, conocimiento de nosotros mismos.

Otro acontecimiento fundamental en la emergencia del constructivismo fue la publicación de “*Psicología de los Constructos Personales*” de George Kelly en 1955. Su teoría del alternativismo constructivo (Kelly, 1955/1991a), mejor conocida como teoría de los constructos personales (TCP), destacaba tanto las opciones como los patrones en la autoorganización de la personalidad. Su teoría se convirtió en un enfoque psicoterapéutico nuevo. Y su trabajo ha fomentado una considerable investigación sobre la personalidad y psicoterapia (Feixas, 1990, 1995; Feixas, Procter, & G. J. Neimeyer, 1993; Lyddon, 1995; Stewart & Berry, 1991; Walker, Costigan, Viney, & Warren, 1996). Sin embargo, su teoría tampoco se consolidó en el contexto de los años cincuenta, cuando fue propuesta (Feixas & Villegas, 1998).

El constructivismo siguió desarrollándose poco a poco durante toda la segunda mitad del siglo XX y a partir de los años 80 ha marcado con gran importancia al modelo psicoterapéutico sistémico y al cognitivo. Actualmente, dentro del campo de la psicoterapia es el foco de atención de numerosos libros y de dos revistas internacionales (“*The Journal of Constructivist Psychology*”, anteriormente *Journal of Personal Construct Psychology*, editado por Taylor y Francis; y “*Constructivism in the Human Sciences*”). La rapidez de su crecimiento ha hecho que, en ocasiones, pareciera un desarrollo muy reciente, cuando, de hecho, está presente desde hace siglos (Mahoney, 2005).

Sin embargo, no podemos decir que el constructivismo sea aceptado por todos los psicólogos (Feixas & Villegas, 1998). Estos autores consideran que una de las posibles razones de esta no aceptación puede ser la falta de interés que despiertan las cuestiones epistemológicas y filosóficas en general.

1. 2. Contenido

El reciente florecimiento de esta postura constructivista se debe a “su valor epistemológico como marco integrador, como metaparadigma, como posición amplia que supone una concepción del ser humano y de la realidad” (Feixas & Villegas, 1998,

p. 17). Como postura epistemológica es una disciplina filosófica que trata sobre el problema del conocimiento de la realidad, sin embargo, su amplitud no sólo le otorga un valor filosófico sino que también tiene importantes implicaciones en el campo de la psicología aplicada (Feixas & Villegas, 1998). Por esta razón se ha elegido como marco integrador de este trabajo de investigación ligado a la práctica terapéutica.

Como hemos dicho, el constructivismo se encuentra relacionado teóricamente con el problema del conocimiento de la realidad, para algunos incluso con el de la existencia objetiva de la realidad con independencia del conocimiento (Feixas & Villegas, 1998). “Frente a esta cuestión coexisten dos posturas fundamentales, la del realismo ingenuo sobre el que se sustenta el objetivismo y la del realismo crítico sobre el que se sustenta el constructivismo” (Feixas & Villegas, 1998, p. 13).

El constructivismo propone que la realidad no se nos revela directamente, sino que debe ser construida (Kelly, 1955/1991a; Feixas, 2001). Así es que no tenemos un acceso directo a la realidad con independencia de nuestras construcciones o esquemas culturales, sociales, psicológicos y de género (Feixas, 2001). Esto implica que “es el sujeto (observador) quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior, y que la realidad puede ser interpretada en distintas formas. Así, la idea de adquirir un conocimiento ‘verdadero’ acerca de la realidad se desvanece” (Feixas & Villegas, 1998, p. 19).

Este enfoque contrasta con la postura tradicional, el objetivismo (véase Feixas & Villegas, 1990; Mahoney, 1991). Para el objetivista la realidad se representa directamente en la mente del sujeto, quien recibe pasivamente los estímulos del entorno; la realidad es lo que nos manifiestan los sentidos. Sin embargo, para el constructivista, los sentidos nos hacen sensibles a la experiencia pero nuestro sistema participa activamente en su construcción; la realidad “solamente es percibida a través de transformaciones cognitivas (construcciones) determinadas por la estructura del sujeto cognoscente” (Feixas & Villegas, 1998, p. 19).

El constructivismo se presenta como una tesis epistemológica y psicológica a la vez, que se preocupa de responder a la doble pregunta de cómo conocemos y cómo llegamos a conocer (Maturana, 1970). Feixas y Villegas (1998) responden a esta pregunta de forma concisa: “nuestro conocimiento es una construcción de la realidad, y esta

construcción es, a su vez, construida. La cuestión criteriológica, pues, se desplaza del `ser´ al `conocer´ y de la `verdad´ a la verosimilitud” (Feixas & Villegas, 1998, p. 27).

Desde el punto de vista psicológico la presunción básica del constructivismo es reflejada de forma metafórica por Sluzki (1985): “Cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que se percibe de modo que pase a ser percibido como realidad” (citado en Feixas & Villegas, 1998, p. 21). Estos mapas son experimentados como la manera en que son las cosas. “Si esta realidad percibida es, además, real o no en sí misma es una cuestión que distingue a los constructivistas de acuerdo al grado de ‘radicalidad’ en que se sitúan” (Feixas & Villegas, 1998, p. 21). Sin embargo, este desacuerdo no es una cuestión epistemológica sino ontológica (Feixas & Villegas, 1998; R. A. Neimeyer & Mahoney, 1998). De tal forma que los constructivistas coinciden en su concepción del conocimiento, están de acuerdo en que no podemos llegar a conocer la realidad directamente (una posición epistemológica) aunque discrepan en sus afirmaciones acerca de la realidad, discrepan en su creencia respecto a si la realidad existe o no independientemente de un observador (una posición ontológica) (Feixas, 1998).

Estas diferencias ontológicas entre los constructivistas han llevado a Von Glasersfeld (1984) a plantear una distinción entre constructivismo *trivial* y *radical* (Feixas & Villegas, 1998). El constructivista trivial comparte la idea de que inventamos o construimos nuestra realidad, al mismo tiempo que cree en una realidad ontológica objetiva; sin embargo, el radical desestima la existencia de tal realidad (Feixas & Villegas, 1998). Algunos seguidores del constructivismo han enfatizado esta diferencia entre Kelly y Maturana (véase por ejemplo Feixas, 1998; Kenny & Gardner, 1988; Mahoney, 1988a). Para Maturana “nada existe fuera del lenguaje” y la realidad es sólo “una proposición explicativa” (Maturana, 1988, p. 80). Sin embargo, Kelly ha afirmado claramente su presunción sobre la existencia de la realidad al señalar que “suponemos que existe realmente el universo y que gradualmente el hombre lo va entendiendo” (Kelly, 1955/1991a, p. 5).

Feixas y Villegas (1998) emplean una explicación metafórica de las distintas posturas epistemológicas y ontológicas planteadas:

La epistemología constructivista se basa en la afirmación de que operamos de acuerdo con el mapa que construimos de la realidad, pero que un mapa no es un territorio. Es algo que puede ser más o menos útil según su adecuación, pero no es más que una descripción del territorio en términos del observador. La epistemología objetivista sostiene que el mapa se corresponde con el territorio, que es una especie de fotocopia reducida de la realidad. En cambio, la posición más ontológicamente extrema (representada ejemplarmente por Maturana) defiende que el mapa es el único territorio existente, lo único que tenemos es un mapa (Feixas & Villegas, 1998, p. 24).

El planteamiento constructivista que se sigue en este trabajo es el de Kelly, desarrollado en su obra *“La Psicología de los Constructos Personales”* publicada por vez primera en 1955. A través de esta obra Kelly sienta las bases de la TCP, partiendo de un postulado filosófico explícito. Según Kelly “el significado de la experiencia es una construcción personal, y no se nos revela directamente mediante la simple observación de la realidad externa” (citado en Botella & Feixas, 1998, p. 27). Es un tipo de “constructivismo moderado” (Feixas & Villegas, 1998, p. 22), por el hecho de aceptar la existencia de un mundo ontológicamente real e independiente, aunque incognoscible en sí mismo. Para Kelly, el ser humano adopta ante el mundo la postura de un científico, elaborando hipótesis, poniéndolas a prueba y si es necesario adecuándolas en base a la realidad (Kelly, 1955/1991a; véase también Feixas & Villegas, 1998; Winter, 1992). Se trata de un conocimiento aproximativo que con frecuencia le obliga a reconsiderar o reconstruir todo su sistema de construcción de la experiencia (Feixas & Villegas, 1998). Partiendo de estas premisas, Kelly desmarcaba su interés de las teorías psicológicas del momento, entre ellas el Conductismo, que se encontraba en pleno auge y tornaba el objeto de estudio de la psicología hacia los sistemas de atribución de significado de la realidad, en vez de estudiar la realidad en sí misma (Botella y Feixas, 1998).

Últimamente se equipara la TCP con el constructivismo; sin embargo, Kelly no se pudo pronunciar sobre esta etiqueta puesto que el término se empezó a utilizar extensamente a partir de los años ochenta, cuando hacía ya más de una década que él había fallecido (Feixas, 2001). El constructivismo es una posición epistemológica, sólo eso, y por tanto se sitúa en un nivel lógico superior. Según Feixas (2001) no se puede considerar que el constructivismo sea una nueva escuela o modelo de psicoterapia.

No se hace ninguna afirmación específica acerca de cómo funcionan los seres humanos a nivel psicológico o social, ni tampoco acerca de su sufrimiento, ni de cómo propicia una modalidad de terapia que lo alivie, todo esto se reserva a teorías concretas como la TCP. Sin embargo, es evidente que desde principios de los ochenta esta posición epistemológica influyó en la mayoría de los modelos de psicoterapia, particularmente en el cognitivo y el sistémico (Feixas, 2001, p. 13).

Además de la TCP, en la actualidad existe una variedad de teorías psicológicas y/o enfoques de terapia que se inspiran, total o parcialmente, en la epistemología constructivista, algunas de ellas mencionadas en nuestro recorrido histórico: las teorías de Piaget (1970) y Vygotsky (1934), la concepción de la memoria de Barlett (1995/1932), el constructivismo social de Gergen (1991), las perspectivas narrativas y hermenéuticas (Bruner, 1990/1998; White & Epston, 1990/1993), la terapia cognitiva posracionalista de Guidano (1991/1994), la teoría de los procesos de cambio de Mahoney (1991), la terapia cognitivo-narrativa de Gonçalves (1994, 2002), y formas de proceder terapéutico como las que caracterizan en los 80 al constructivismo sistémico. Todos estos enfoques tienen en común la visión del ser humano como un ser proactivo, que construye activamente el significado que otorga a su experiencia y que se adapta a su entorno a la vez que lo modifica, en lugar de un ser reactivo que responde a los estímulos del medio (Feixas, 2001, 2003; véase también Mahoney, 1988b, 1991). La construcción de este significado se hace de acuerdo con un patrón coherente a su sentido de identidad que le permitirá identificarse a si mismo a pesar de las situaciones cambiantes con las que se encuentre (Feixas, 2001, 2003).

Las respectivas visiones constructivistas de estos enfoques constituyen una metateoría, es decir, una familia de teorías relacionadas entre sí, aunque con matices diferenciales, que comparten un conjunto de presupuestos y afirmaciones en torno a los procesos de formación del significado. Todos ellos conciben el proceso de conocer como una génesis continua de marcos de interpretación y no como un descubrimiento de la realidad. En consecuencia, el criterio de conocimiento verdadero se sustituye por el criterio de conocimiento útil o funcional. En el campo clínico esto hace que las actuaciones del terapeuta se encaminen a alcanzar dos importantes objetivos: en primer lugar, crear un contexto favorable para que el cliente reflexione acerca de cómo construye su realidad y acerca de las consecuencias favorables y desfavorables derivadas de su forma de hacerlo, y en segundo lugar, potenciar a través de la conversación terapéutica una negociación de nuevas modalidades de construcción que progresivamente desplacen a las problemáticas (Meichenbaum, 1997).

2. El constructivismo clínico de Kelly: “*El alternativismo constructivo*”

Kelly es uno de los pioneros del pensamiento constructivista en la psicología (Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998; Mahoney & Gabriel, 1987). Su nombre completo es George Alexander Kelly, nace el 28 de Abril de 1905 en Perth, Kansas y muere el 6 de marzo de 1967 (Fransella, 2003).

Aparte de la influencia del neokantiano Vahinger y de Dewey (véase Fransella, 2003), Kelly elaboró su postura epistemológica a través de su práctica clínica (Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998). Empezó su carrera académica en una pequeña universidad que cubría una zona rural muy extensa de Kansas, donde la crisis de los años 30 había provocado una grave situación de penuria. Conmovero por las circunstancias del momento, decide proveer a las personas de esta zona de servicios de psicología clínica (Botella & Feixas, 1998). La mayor parte de sus clientes carecían de dinero; otros no podían acudir, siendo él y sus estudiantes los que se desplazaban a sus domicilios, recorriendo incluso largos trayectos. En definitiva, pocos recursos y muchas responsabilidades.

Por otra parte, el escaso desarrollo de la psicoterapia en ese momento ofrecía muy pocas opciones al profesional (Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998). En principio, Kelly usó el entrenamiento freudiano estándar que cualquier psicólogo licenciado recibía en esos días. Los clientes se tumbaban en un diván, le contaban sus sueños, asociaban libremente; y él, les transmitía sus impresiones. Es posible que estas personas recibiesen las interpretaciones freudianas como terriblemente extrañas; sin embargo, las aceptaban fácilmente, ponían su fe en él (George Boeree & Gautier, 2006).

No obstante, el propio Kelly no estaba conforme con las interpretaciones clásicas freudianas. Las consideraba un poco fuera de tiempo y lugar, como muy poco apropiadas para la vida de las familias granjeras de Kansas. Además, la tendencia de los psicoanalistas era a dar interpretaciones a los clientes como si fuesen verdades absolutas. A medida que pasó el tiempo, empezó a notar que sus interpretaciones se estaban volviendo cada vez menos ortodoxas. De hecho, empezó a hacerlas como posibles explicaciones, como hipótesis que proporcionaban una base de experimentación. Lo que ofrecía eran interpretaciones ficticias no basadas en la teoría psicoanalítica, Botella y Feixas (1998) nos describen el ejemplo de la interpretación ofrecida ante un trastorno gástrico, éste se debía a una rebelión de su estómago contra todo tipo de nutrición, no sólo la alimentaria, también por ejemplo, la educativa. Sus clientes le escuchaban tan atentamente como siempre y empezaron a mejorar lenta pero firmemente.

Empezó a creer que lo que verdaderamente le importaba a estas personas era que tenían una explicación para lo que les pasaba; que tenían una vía para comprender sus dificultades. Lo que importaba era que en el caos de sus vidas desarrollaban un cierto orden. Y descubrió que, mientras que se aceptaba de buena manera cualquier orden que surgiera de una figura de autoridad, cualquier orden y comprensión que proviniera de sus propias vidas, de su propia cultura, era incluso mejor (George Boeree & Gautier, 2006).

Así fue como a través de su práctica clínica, Kelly tomó conciencia del papel central de la (re)construcción de la experiencia del cliente, en el sentido de generar alternativas más viables (Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998). El criterio principal no se centraba en la veracidad de la interpretación ofrecida sino como específica Feixas

(1998), se centraba en: “a) su relevancia para dar cuenta de lo que el cliente considera crucial; y b) su potencial para la generación una manera alternativa de afrontar el futuro” (p. 277).

Partiendo de esta idea Kelly desarrolló su teoría y su filosofía. La teoría vendría un poco después de una filosofía que llamó *alternativismo constructivo* y que hace explícita en las páginas introductorias de su obra (Kelly, 1955/1991a). El *alternativismo constructivo* se basa en la idea de que si existe una sola realidad verdadera, la realidad siempre se experimenta desde una u otra perspectiva o construcción alternativa. “Una misma situación puede ser vivida de formas bien distintas, idiosincráticas, por distintas personas” (Feixas & Villegas, 1998, p. 23), yo puedo tener una construcción, tú tienes otra y alguien que vivió hace tiempo tuvo otra. Kelly desarrolla esta premisa ideológica que resulta fundamental en la comprensión de su teoría: rechaza las visiones pasivas y deterministas del ser humano, que lo hacen instrumento de su pasado o de su inconsciente, y opta por una psicología basada en la concepción de la persona como agente activo.

El ser humano es constructor de significados, y tanto sus emociones, como sus pensamientos, imágenes, acciones, lenguaje, incluso sueños, posturas y gestos formarían parte de un mismo proceso básico de dar significado a la experiencia (Feixas, 2001). Se trata de un proceso complejo, continuo y circular. Todo lo que pensamos o sentimos ocurre en relación al significado que la persona le otorga a la situación; y al mismo tiempo, estos pensamientos o emociones, afectan a dicho significado (Feixas, 2001).

Dentro de este proceso nos encontramos en ocasiones con el sufrimiento de una persona. Decir que todo lo que vivimos está sujeto a una gran variedad de construcciones, “tantas como nuestro ingenio pueda crear” (Kelly, 1970, p. 1), no quiere decir que una construcción no pueda ser mejor que otra para una persona (Landfield & Leitner, 1980), tan sólo nos recuerda que todas nuestras percepciones están abiertas al cuestionamiento y reconsideración (Feixas, 2001; Kelly, 1966/1970). El sufrimiento tiene que ver con el significado, con la construcción de los acontecimientos (Feixas & Villegas, 1998), a veces las personas no tienen un significado, otras es un significado que no les sirve. Por lo tanto, la tarea

psicoterapéutica se centrará en ayudar al cliente a dar significado a la experiencia (Feixas, 2001), en ocasiones, un nuevo significado de esa experiencia.

Partir de esta base de que la realidad puede ser construida de muchas maneras puede hacer pensar que para el constructivismo todo vale, sin embargo no es ésta la postura que se desprende de la epistemología constructivista (véase Feixas, 2001). La idea de asumir que siempre existe una forma alternativa de construir la realidad (Kelly, 1955/1991a), no quiere decir que cualquier alternativa sea válida, se trata de buscar aquella que resulte más útil para nuestro cliente. “Lo que importa es que este significado sea coherente para él, no que sea verdadero” (Feixas, 2001, p. 32). No se trata de un desprecio por la verdad, sino del reconocimiento de la imposibilidad de alcanzarla independientemente de nuestras construcciones (Feixas, 2001).

Kelly considera que para entender el comportamiento, necesitamos comprender cómo la persona construye la realidad, cómo la entiende, cómo la percibe, más que verdaderamente qué es la realidad. De hecho, puntualiza que la visión de cualquiera de la realidad, incluso la del científico más exacto, es simplemente eso, una perspectiva. Y por tanto, siempre habrá la posibilidad de otras perspectivas posibles. El constructivismo clínico de Kelly se basa en este punto, en la generación de alternativas. Para Kelly constructivismo es un adjetivo que califica a alternativismo, lo que supone situar el énfasis en la posibilidad de crear formas de vida alternativas tal como corresponde a su orientación dirigida especialmente a la actividad clínica.

Recordando la metáfora de la semántica general empleada por Feixas y Villegas (1990), Kelly reconoce la existencia de un territorio (la realidad) y de un mapa (nuestra construcción de la realidad), pero deja claro a) que el “mapa no es el territorio...” (Korzybsky, 1941, pp. 58-60), sino sólo una re-construcción de éste, y b) que sólo podemos conocer el territorio explorando en base al mapa que tenemos y perfilándolo a medida que avanzamos.

Muchas de estas ideas que Kelly desarrolló se encuentran actualmente bien situadas en la psicología contemporánea. Sin embargo, Kelly, apenas alcanza algún crédito por sus innovaciones.

3. La Teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1955)

Fue en 1955 cuando George A. Kelly presentó su voluminosa obra “*The Psychology of Personal Constructs*”, un proyecto de psicología alternativa de corte fenomenológico asentado sobre bases epistemológicas constructivistas. La forma en que Kelly nos presenta su obra es bastante peculiar e inusual en psicología, en primer lugar porque no utiliza los tópicos y términos característicos de la psicología de su época sino que lo hace utilizando un lenguaje muy específico e idiosincrásico que resulta coherente sólo después de haberse familiarizado con él, por ejemplo, en su obra Kelly nos habla de constructos. Y en segundo lugar, por la forma en que nos presentó su teoría, a modo de un postulado fundamental seguido de once corolarios. “Probablemente quería diferenciar claramente su teoría de las otras existentes” (Feixas & Villegas, 1998, p. 73). Esto hace que su obra tenga una presentación muy distinta a las demás.

Cuando Kelly nos habla de constructos se refiere a un proceso psicológico de la persona. Kelly (1955/1991a) define un constructo como la manera en la que dos o más cosas son similares y, por tanto, distintas de una tercera o más cosas. Los constructos son elementos mínimos de conocimiento, actos discriminativos que encarnan a su vez semejanza y diferencia. Al trazar una distinción o una semejanza formamos un constructo (Feixas & Villegas, 1998)

El constructo es una “dimensión evaluativa bipolar que puede o no aparecer simbolizada por una etiqueta verbal y que discrimina entre elementos en función del atributo específico que abstrae. Por ejemplo, *bueno* versus *malo*, *simpático* versus *antipático*, (...)” (Botella & Feixas, 1998, p. 67). Además, los constructos son personales, no existen independientemente de la persona que los utiliza. Cada persona crea sus propios constructos (Feixas, 2001). “La distinción que efectúa un constructo, no es algo que existe en las cosas del mundo sino algo que construimos o puntuamos, algo de lo que nosotros (y no la realidad exterior) somos responsables” (Feixas & Villegas, 1998, p. 21). De tal forma que al intentar describir cualquier cosa (persona, objeto, experiencia...), nos encontramos rápidamente pensando en términos de a qué se parece y a qué no, creando nuestros constructos personales.

Un constructo, y el propio acto de construir, se realiza basándonos en las conclusiones que hemos sacado de nuestra experiencia pasada y nos sirve para anticipar

el futuro (Feixas, 2001; Kelly 1955/1991a). Es como un puente entre pasado y futuro donde constructos y acontecimientos se entrelazan, de forma que los acontecimientos otorgan definición a los constructos y los constructos brindan significado a los acontecimientos (Feixas, 2001). Así se atribuye a estos constructos una doble función, por una parte la de procesar la información que llega a los sentidos y así entender los acontecimientos; y por otra, anticipar los acontecimientos futuros (Bannister & Mair, 1968).

No usamos la dicotomía consciente-inconsciente para hablar de los constructos personales; pero hemos de reconocer que algunos de los constructos son fugaces y escurridizos. Esto se debe a que son *laxos* en lugar de *rígidos* o definidos (véase Kelly, 1955/1991a), o bien porque no están limitados por el simbolismo de las palabras u otros actos (Feixas, 2001). Como hemos dicho anteriormente no todos los constructos pueden ser expresados verbalmente (Kelly 1955/1991a), aún así, si son importantes en la vida de una persona, es un error decir que son inconscientes (Feixas, 2001).

Además de constructos verbales o no verbales, rígidos o fugaces, podemos hablar de “constructos supraordenados o nucleares” (Kelly 1955/1991a, p. 356), aquellos que son más importantes o más generales, aquellos que juegan un papel central en la construcción del self y en la organización de todo el sistema y que incluyen a otros constructos como elementos dentro de su contexto; o “constructos subordinados o periféricos” (Kelly 1955/1991a, p. 356), aquellos que están incluidos como elementos dentro de otros. Cada constructo puede ser subordinado de unos y al mismo tiempo supraordenado de otros (Bannister & Mair, 1968). La importancia de distinguir este tipo de constructos viene dada por el hecho de que los constructos nucleares, aquellos que nos permiten mantener nuestra identidad, y dan sentido a nuestras acciones y sentimientos, suelen ser más estables y resistentes al cambio (Bannister & Mair, 1968; Hinkle, 1965). Todo cambio tiene que ser mínimamente coherente con este sentido de identidad, a no ser que se modifique la estructura nuclear. Sin embargo, la reformulación de los constructos periféricos será mucho más fácil (Kelly 1955/1991a, véase también Bannister & Mair, 1968).

Hemos de aclarar también que el constructo es una dicotomía, no un continuo (Feixas, 2001). Esta afirmación da lugar a que muchos erróneamente piensen que todas

las cosas del mundo deben juzgarse como blancas o negras, nunca grises. Por ello aclaramos que el ser humano trata con el mundo tanto en términos de categorías como de continuos. Pero la base, a partir de la que erige categorías o continuos puede ser vista en esencia como una unidad dicotómica diferenciadora e integradora: el constructo personal (Feixas, 2001).

A través de estos constructos organizamos nuestras experiencias principalmente por medio de clasificaciones y categorizaciones (Mahoney, 2005). Schopenhauer refleja esta idea en su aforismo, el cual dice que “hay dos tipos de personas en el mundo, aquellos que creen que hay dos tipos de personas en el mundo y aquellos que no lo creen” (citado en Mahoney, 2005, p. 39). Un dicho que recoge el corazón del pensamiento constructivista.

“Los constructos que uno se aplica a sí mismo y a sus relaciones interpersonales tienen una importancia especial. Constituyen el foco principal de la psicoterapia” (Feixas, 2001, p. 193). Cuando trabajamos con un cliente hemos de tener en cuenta que “la palabra está sujeta a la persona que la articula; o, más rigurosamente a su sistema de construcción, ese complejo de constructos personales del que forma parte” (Feixas, 2001, p. 59). Cuando alguien usa una palabra está expresando, en parte, su propia construcción de los acontecimientos. Por lo tanto, cuando hablamos con alguien no debemos suponer que sus palabras tienen un par asociado en el mundo real al que nosotros podamos acceder mágicamente, ni tampoco debemos buscar en nuestros datos acumulados, cuál es el par que mejor encaja con esa palabra; lo que debemos hacer es examinar el sistema de constructos personales que la dio a luz y le otorgó el peculiar significado que esa persona intenta comunicar (Feixas, 2001).

Conocer los constructos personales de nuestro cliente es también importante porque establecen los patrones de recursos humanos de que dispone; “sendas a través de las cuales puede desplazarse y alterar el curso de su vida” (Feixas, 2001, p. 193). Estas sendas pueden confundirse metafóricamente hablando con un “laberinto” (metáfora utilizada por Feixas, 2001, pp. 71-72). Cada uno de nosotros, mediante su proceso de construcción, cava sin descanso sus sendas, y crea su propio laberinto. Este laberinto es concebido como una red de constructos, cada uno de ellos puede ser aplicado a una variedad de acontecimientos distintos para enfocarlos e investirlos de un significado

personal. Los cauces de movimiento dentro de este laberinto son avenidas de doble sentido, en esencia pares de alternativas que puede escoger. Avenidas sujetas a continua revisión, avenidas interdependientes que con frecuencia hace difícil que una persona altere uno de ellos sin considerar los efectos disruptivos sobre otras porciones del sistema.

Las diferentes sendas de este laberinto (su sistema de constructos personales) proporcionan al ser humano libertad de elegir, pero también limitan su acción. Le otorga libertad porque le permite tratar con el significado de los acontecimientos en vez de dejarse llevar por ellos; y limitación, porque nunca puede hacer una elección que se encuentre fuera del mundo de alternativas que para sí mismo ha erigido (Feixas, 2001). “Conocer estos constructos ayuda al terapeuta a predecir y controlar las posibles reacciones del cliente a la amenaza, incluyendo esa amenaza siempre implícita, en mayor o menor medida, que conlleva la propia psicoterapia” (Feixas, 2001, p. 193).

Además todo constructo tiene un ámbito de conveniencia limitado para ayudar a la persona a abordar sus circunstancias (Feixas, 2001; Kelly 1955/1991a). “Fuera de ese ámbito, el constructo es irrelevante (...). Por tanto, conocer el rango de conveniencia de cualquier constructo formulado por un cliente es también esencial para comprender el comportamiento que ese constructo estructura” (Feixas, 2001, p. 78).

Entrar y conocer estos laberintos no es tarea fácil, ni tan siquiera para un terapeuta experimentado (Feixas, 2001). Algunos de sus caminos están señalizados con palabras pero otros tienen indicadores difíciles de reconocer, misteriosos y otros incluso pueden carecer de indicadores. En ocasiones nos encontramos con caminos que nunca han sido transitados, o bien caminos que el cliente se niega a transitar. “Con frecuencia, el terapeuta se impacienta e intenta prematuramente abrir atajos en los que él y su cliente terminan atrapados” (Feixas, 2001, p. 72).

Uno de los errores más comunes al tratar este tema se basa en la suposición de que las discriminaciones humanas son de naturaleza esencialmente cognitiva, sin embargo éstas también pueden tener lugar a los niveles emocionales o fisiológicos (Kelly, 1969d). Tampoco tiene por qué ser un proceso necesariamente verbal. El ser humano discrimina incluso a un nivel primitivo y conductual (Kelly, 1969d; véase también Feixas, 2001). Por ejemplo, asustarse en dos ocasiones diferentes implica que, de una u

otra forma, ambas han sido asociadas o construidas como el mismo acontecimiento temible (Kelly, 1969d; véase también en Feixas, 2001). Por lo tanto, la utilización del constructo *cognitivo vs. emocional* que en tantas ocasiones ha sido aplicado a la TCP clasificándola como teoría cognitiva (véase por ejemplo, Patterson, 1973; Pervin, 1970) y como algo opuesto a *afectiva o emocional*, resulta ser una concepción totalmente desorientada (Botella & Feixas, 1998). El constructo *cognitivo vs. emocional* no se aplica a la TCP, “Kelly (1977) no aceptó que para explicar las manifestaciones emocionales de los procesos de construcción de la experiencia fuese necesario recurrir a un sistema de explicación diferente del utilizado para explicar sus manifestaciones cognitivas” (citado en Botella & Feixas, 1998, p. 75).

El constructivismo nos sugiere que conocer es vivir, y todos los fenómenos que ocurren en el vivir (pensamientos, emociones, comportamientos, imágenes, sueños, etc.) forman parte de nuestra vida y, por tanto, forman parte del proceso de dar significado a la experiencia que vivimos (véase Mancini & Semerari, 1990). No se niega, sin embargo, que son modalidades distintas de la experiencia, son fenómenos cualitativamente distintos, sin duda, pero todos ellos son formas de conocer, de dar sentido a la realidad a través de la experiencia vivida (Feixas, 2003).

A nivel psicoterapéutico, esta visión constructivista tiene como consecuencia una reconsideración de las emociones, conductas y, por supuesto, de la cognición tradicional (los pensamientos) dejando de verlas como entidades en sí mismas sino como parte del proceso de conocer, de dar significado a la experiencia (Feixas, 2003). Las emociones tienen que ver con un significado que a lo mejor el cliente no sabe expresar, pero no por eso dejan de tener un sentido. Vivir una emoción es una forma de dar significado a una experiencia (Feixas, 2003).

Una vez que conocemos más sobre el lenguaje que Kelly empleó al presentar su teoría, podemos hablar más sobre ella. La TCP empieza con una metáfora “el hombre como científico” (Kelly, 1955/1991a, p. 4; véase también Feixas, 1998; Kenny, 1984). A través de sus experiencias con los granjeros de Kansas, Kelly fue consciente de cómo estas personas estaban intentando comprender lo que les ocurría. Al igual que un científico tiene una teoría, las personas comunes tienen construcciones de su realidad. Tienen expectativas o anticipaciones, de la misma forma que los científicos poseen

hipótesis y las ponen a prueba con sus comportamientos, de forma similar a los experimentos científicos. Finalmente, esas experiencias mejoran su comprensión de la realidad, como los científicos ajustan su teoría para que encaje en los hechos.

El movimiento central en este proceso científico iría desde la hipótesis al experimento u observación; desde la anticipación a la experiencia o comportamiento. Kelly se basa en este movimiento para presentar su teoría que describe a modo de un postulado fundamental seguido de once corolarios (Kelly, 1955/1991a). Probablemente, su educación inicial como matemático tuvo mucho que ver con este grado de formalización al exponer su teoría (Botella & Feixas, 1998).

Postulado fundamental

“Los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la manera en que anticipa los acontecimientos” (Kelly, 1955/1991a, p. 32).

“El constructo personal es el proceso básico que da significación a la experiencia humana, estructurando la entrada de los estímulos externos al individuo de acuerdo con los esquemas que él mismo se ha ido configurando” (Feixas & Villegas, 1998, p. 74). Estos constructos que la persona tiene sobre sí misma y sobre el mundo permiten integrar cada acontecimiento dándole un sentido, y dando lugar a una anticipación significativa. En este proceso las construcciones nucleares más supraordenadas jugarán un papel central en la organización de todo el sistema y propiciarán un sentido unificado e integrado de la experiencia (Feixas & Villegas, 1998).

En esta actividad constructiva están implicados, formando parte de un proceso global tanto la atención, como la percepción, la memoria, la motivación, el aprendizaje y la conducta (Feixas & Villegas, 1998). La conducta es aquí considerada un experimento que tiene como objetivo la validación o invalidación de los constructos y éstos nos permitirán la anticipación de los acontecimientos (Kelly, 1966/1970; véase también Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998).

Con esto Kelly se avanzó a las teorías sobre el procesamiento de información. De la misma manera que los esquemas (Barlett, 1932/1995), los constructos personales son, al mismo tiempo, canal de procesamiento perceptivo de entrada y canal conductual de salida. Son canales de comprensión, anticipación y acción al mismo tiempo (Feixas & Villegas, 1998).

Corolarios

1. *Corolario de Construcción:* La persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas (Kelly, 1955/1991a, p. 35).

Cada acontecimiento que nos encontramos tiene su propia identidad, nunca nos encontraremos dos acontecimientos exactamente iguales. Por lo tanto, la única de forma que el ser humano tiene de prever un acontecimiento es a través de una construcción que le permita inferir una similitud entre dos de ellos. Y esa misma construcción que sirve para inferir la similitud, nos permitirá también distinguirlos de todos los demás (Feixas, 2001). En este proceso actuamos como personas conservadoras, construimos nuestras anticipaciones usando nuestra experiencia pasada, esperamos que las cosas ocurran tal y como lo han hecho antes. Buscamos los patrones, las consistencias, en nuestras experiencias.

Así se produce la anticipación de los acontecimientos, mediante la superposición de dimensiones de interpretación (los constructos personales), proceso que se origina en la capacidad de la persona para advertir similitudes y diferencias en los acontecimientos. Estas dimensiones pueden ir acompañadas de la adjudicación de una etiqueta verbal, pero esto no es necesariamente así, la discriminación no es siempre verbal (Botella & Feixas, 1998).

2. *Corolario de Individualidad:* Las personas difieren entre sí respecto a la construcción de los acontecimientos (Kelly, 1955/1991a, p. 38)

Cada persona es esencialmente única y desarrolla su propia forma de ver el mundo. Y esto es así incluso cuando dos personas tienen la misma experiencia (Dallos,

1991/1996). Un caluroso día de verano puede ser estimulante para mí y dañino para otro, hasta el punto de poder provocar ciertas enfermedades. Incluso aunque el acontecimiento externo sea el mismo, es poco probable que las dos personas lo construyan de forma idiosincrásica (Botella & Feixas, 1998). Ni siquiera las construcciones individuales son idénticas (Feixas, 2001).

3. *Corolario de Organización:* Cada persona desarrolla característicamente, para su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos (Kelly, 1955/1991a, p. 39).

“La noción de sistema implica un conjunto interconectado de elementos más simples (constructos personales) estructurado como totalidad integrada. Esta totalidad es más que la suma de las partes” (Feixas & Villegas, 1998, p. 75). Un solo constructo por si mismo no permite hacer predicciones, estas son hechas a lo largo de las interrelaciones entre los constructos. Si los constructos estuvieran simplemente flotando sin conexión alguna, no podríamos ser capaces de usar su información para que nos lleve a otra, no seríamos capaces de anticipar. Sólo cuando los constructos están interrelacionados y organizados formando un sistema pueden servir para la elaboración de útiles y consistentes anticipaciones (Bannister & Mair, 1968).

En este sentido, recordamos que existen unas construcciones de rango más superior, supraordenadas o nucleares que gobiernan los procesos de mantenimiento de la persona; y otras construcciones subordinadas a éstas que son más periféricas (Kelly 1995/1991a; véase también Feixas & Villegas, 1998). Hinkle (1965) probó que las construcciones más supraordenadas y nucleares ofrecen una mayor resistencia al cambio que las periféricas que pueden ser alteradas sin mucha dificultad (véase también Bannister & Mair, 1968; Feixas & Villegas, 1998).

A veces, la relación entre dos constructos es muy estrecha. Si se usa consistentemente un constructo para que prediga a otro, tenemos una construcción estrecha. Si pedimos a una persona que elija ente ser una persona sana o enferma, podría elegir sana, si le preguntamos por qué, podría decirnos por ejemplo, *porque quiero ser independiente*.

La independencia ocuparía un lugar superior en la jerarquía de esta persona, además ser independiente supone estar sana para ella, hay una estrecha relación entre estos constructos (Dallos, 1991/1996).

Por supuesto también hay muchos constructos que son independientes entre ellos. Y también puede haber una relación ente ellos más libre, cuando existe una conexión, pero no es absoluta; no son estrictamente necesarios entre ellos. Por ejemplo, en el caso anterior, esta misma persona podría decir que estar sana no necesariamente supone ser independiente, aunque pueda suponer serlo si uno lo elige (Dallos, 1991/1996). Esta es una forma más flexible de usar los constructos.

4. *Corolario de Dicotomía:* El sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos (Kelly, 1955/1991a, p. 41).

Kelly expresaba mediante la dicotomía que no podemos construir algo en un sentido sin afirmar que no lo hacemos en el sentido inverso. Cada constructo es una operación simultánea de integración (la forma en que dos o más cosas son similares) y diferenciación (distintas de una tercera) (Feixas & Villegas, 1998). Cada constructo tiene dos extremos o polos, allí donde hay delgadez debe haber gordura, donde hay alto, debe haber bajo, donde hay arriba debe haber abajo y así sucesivamente. Si todo el mundo fuese gordo, entonces lo gordo se volvería insignificante (falta de significado) o idéntico. Por otra parte, no sólo existe blanco o negro, por su puesto a quien le guste los grises puede tenerlos (Feixas, 2001; Kelly, 1966). Los constructos nos ayudan a localizar los eventos, comprenderlos y anticiparlos, al igual que los ejes cartesianos (x, y, z) nos sirven de guía para localizar unos puntos y expresar las relaciones o distancias entre ellos (Feixas, 2001; Kelly, 1966).

5. *Corolario de Elección:* La persona escoge para sí misma, en una construcción dicotómica determinada, aquella alternativa con la que anticipa más posibilidades de elaborar su sistema (Kelly, 1955/1991a, p. 45).

Nosotros escogemos cómo construir o interpretar la realidad y también escogemos interpretar esa realidad de la forma en que creamos que mejor nos vendrá. Para hacer esto, la persona cuenta con unas avenidas dentro de su sistema de constructos a través de las cuales se puede mover y actuar. Las alternativas de movimiento están dibujadas por los dos polos de cada constructo que configura su sistema. “La persona elegirá para construir aquel polo que le sea más útil para anticipar los acontecimientos de una forma coherente con sus anteriores construcciones” (Feixas & Villegas, 1998, p. 77).

6. *Corolario de Ámbito:* Un constructo sólo es conveniente para la anticipación de un ámbito finito de acontecimientos (Kelly, 1955/1991a, p. 48).

Un constructo permite anticipar únicamente un número limitado de acontecimientos, dado que la dimensión de abstracción que lo constituye sólo se aplica a determinados elementos y no a otros, que resultan irrelevantes (Botella & Feixas, 1998). De tal forma que cada constructo se caracteriza por un ámbito de conveniencia (el conjunto de elementos a los que puede llegar a aplicarse) y un foco de conveniencia (el conjunto de elementos sobre los que funciona especialmente bien) (Botella & Feixas, 1998; Feixas, 2001). Sin embargo, dos personas que utilicen un constructo con la misma etiqueta verbal pueden atribuir ámbitos y focos de conveniencia diferentes, ya que el significado de un constructo depende de su uso personal y no necesariamente del que le adjudique el diccionario (Botella & Feixas, 1998).

7. *Corolario de Experiencia:* El sistema de construcción de una persona varía a medida que construye las réplicas de los acontecimientos (Kelly, 1955/1991a, p. 50).

A través de nuestra experiencia ponemos a prueba nuestras hipótesis, nuestros constructos personales. Si las cosas ocurren como esperábamos, surge la validación; en caso contrario, la invalidación (Feixas & Villegas, 1998). Ante una invalidación tenemos que adaptarnos, reconstruir, se genera una revisión de nuestro sistema de construcción; en otras palabras aprendemos de la experiencia.

Kelly describe este proceso de vivir, de experimentar, a través del Ciclo de Experiencia (Kelly, 1977, p. 12; véase también Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998; Winter, 1992). Este ciclo fue formalizado por R. A. Neimeyer (1985a) tal como se presenta en la Figura 1. A través de este proceso vemos como la experiencia puede conducir al cambio o a la consolidación de un constructo (véase Figura 1).

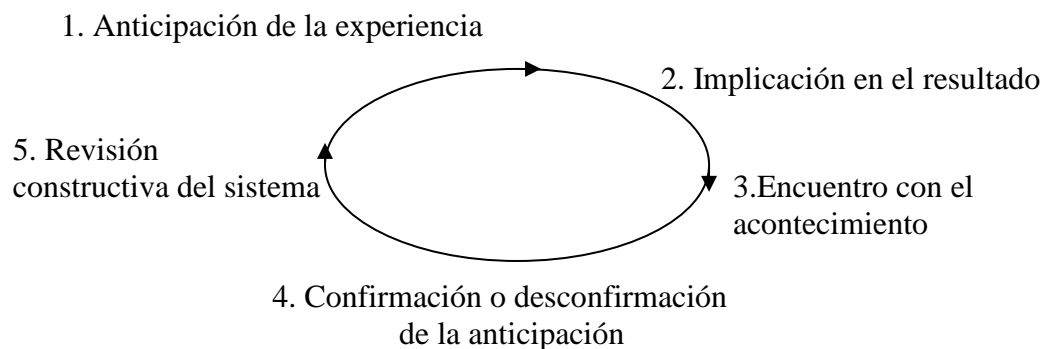


Figura 1. Ciclo de la Experiencia

Botella y Feixas (1998) nos describen brevemente cada una de estas fases. La primera fase del ciclo es la fase de anticipación. Esta fase viene determinada por el sistema de constructos personales (Feixas & Villegas, 1998) y en ella la persona elabora una hipótesis personal sobre el curso probable de un acontecimiento (Botella & Feixas, 1998). La siguiente fase es la fase de implicación, Botella y Feixas (1998) consideran esta fase equiparable a una apuesta: “cuanto mayor es la cantidad que se juega más se puede llegar a ganar” (p. 70). En la tercera fase, se produce el encuentro con el acontecimiento, la persona contrasta su hipótesis con la realidad y analiza así su valor predictivo. Su anticipación se confirma cuando el resultado es compatible con su predicción y se desconfirma cuando no lo es. En caso de que la anticipación se invalide es cuando se requiere una revisión del sistema de constructos y es probable que tengan que revisarse algunos constructos supraordenados. Finalmente, el ciclo se cierra cuando los resultados de esa revisión constructiva del sistema se incorporan a las futuras hipótesis o anticipaciones.

Un ejemplo usado por Kelly (citado en Bannister & Mair, 1968) para explicar la variación del sistema de construcción ante nuevos acontecimientos es el de un hombre de pueblo que se va a vivir a la ciudad usando su constructo *simpático-antipático*, pero ante este nuevo contexto social empieza a encontrarse con determinadas situaciones que previamente categorizaba como *antipáticas* como relativamente *agradables*. Gradualmente va considerando el alejamiento de sus vecinos como una forma de respeto a la privacidad y no como algo negativo. Algo en la distinción implícita del constructo ha debido cambiar.

8. *Corolario de Modulación*: La variación en el sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos en cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variantes (Kelly, 1955/1991a, p. 54).

Un constructo es “permeable” si admite en su ámbito de conveniencia nuevos elementos (Kelly, 1955/1991a, p. 56). El constructo *bueno vs. malo*, por ejemplo, es considerablemente permeable, dado que admite un gran número de elementos, ya sean ideas, teorías, alimentos, personas, etc. (Botella & Feixas, 1998). Sin embargo, el constructo *responsable vs. irresponsable* es mucho más impermeable, dado que admite menos tipos de elementos, podemos emplearlo con las personas pero no podremos aplicarlo a otros objetos.

Según Kelly, la capacidad de alterar un constructo determinado también depende de la permeabilidad de aquéllos supraordenados a él (Botella & Feixas, 1998). “Es previsible que las personas que organizan sus sistema de constructos a partir de unas pocas dimensiones supraordenadas sumamente impermeables tengan dificultades para reorganizar el sistema, incluso ante la evidencia de su invalidación” (Botella & Feixas, 1998, p. 64).

9. *Corolario de Fragmentación*: Una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles ente sí (Kelly, 1955/1991a, p. 58).

Una vez especificado que los constructos personales se organizan en un sistema ordenado jerárquicamente, Kelly tuvo que indicar el polo de contraste de esta organización: la fragmentación. De este modo, “el corolario sugiere que existe cierto grado de diferenciación del sistema de construcciones personales en distintos subsistemas, y que tomados por separado, puede darse el caso que lleven a una inconsistencia lógica” (Feixas & Villegas, 1998, p. 76). Un padre puede pasar de abrazar y besar a su hijo a abofetearle o incluso ignorarle poco después. Ante un observador casual, su respuesta no podría haber sido anticipada por sus respuestas anteriores (ejemplo citado en Bannister & Mair, 1968).

Un grado excesivo de fragmentación y diferenciación llevan a una desorganización del pensamiento característica del pensamiento esquizofrénico (Bannister & Fransella, 1966; Feixas & Villegas, 1998).

10. Corolario de Comunalidad: Los procesos psicológicos de dos personas serán similares en la medida en que una emplee una construcción de la experiencia similar a la de la otra (Kelly, 1955/1991a, p. 63).

“Si los procesos psicológicos de dos personas son diferentes en la medida en que construyen su experiencia de forma diferente, también serán similares en la medida en que sus construcciones de la experiencia sean similares” (Botella & Feixas, 1998, p. 66). Si nuestra comprensión de la realidad es similar, así serán también nuestras experiencias, nuestros comportamientos y nuestros sentimientos.

Este corolario explica las similitudes que se observan en los procesos de construcción de la experiencia de personas que pertenecen a un mismo grupo familiar, cultural, ideológico, etc. (Botella & Feixas, 1998). La aplicación de constructos similares, irá seguido de procesos similares de investigación, comportándose de forma semejante ante determinadas situaciones (Botella & Feixas, 1998; Feixas, 2001).

11. Corolario de Sociabilidad: Una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquella (Kelly, 1955/1991a, p. 66).

Para mantener una relación social o en términos de Kelly, una relación de rol, es necesaria la construcción de los procesos de construcción de los demás (Kelly, 1955/1991a; véase también Botella & Feixas, 1998; Leitner, 1998). Para ello no es necesario poseer el mismo sistema de constructos, podemos conseguirlo simplemente a través de un proceso de comprensión empática (Feixas & Villegas, 1998). En otras palabras, para que exista una relación significativa con otra persona debemos poder construir en cierto grado el modo en que el otro construye, debemos de ser capaces de ponernos en su lugar (Feixas & Villegas, 1998). Sólo cuando somos capaces de predecir lo que harán los demás podemos ajustarnos a su conducta (Botella & Feixas, 1998).

Un ejemplo de relación de rol es la propia relación terapéutica (Botella & Feixas, 1998). Pero para que así sea, el terapeuta debe tener la capacidad de construir y anticipar los procesos de construcción del cliente, debe ser capaz de ponerse provisionalmente bajo la piel de esta persona (Botella & Feixas, 1998; Feixas, 2001).

El postulado fundamental y los once corolarios descritos son la base sobre la que se sustentan toda una serie de modelos de descripción y comprensión del ser humano que conforman una de las teorías más complejas y elaboradas en psicología y que conllevan una serie de implicaciones para la psicología clínica (Botella & Feixas, 1998).

4. El impacto de la obra de Kelly en la psicología

A pesar de que en el momento de la publicación de su obra magna "*The Psychology of Personal Constructs*" (Kelly, 1955), fue muy difícil su encaje dentro de las teorías dominantes del momento y muy escasa su recepción, las investigaciones en el marco de esta teoría se han incrementado. Su influencia se ha desplegado preferencialmente en los Estados Unidos y en Inglaterra. R. A. Neimeyer, Baker y Neimeyer (1989) al hacer una revisión histórica de la evolución de las investigaciones en la psicología de los constructos personales dan cuenta de más de mil seiscientas publicaciones hasta 1986

(Feixas & Villegas, 1998). Una revisión más actual (Saúl, López-González, & Moreno-Pulido, 2008) menciona la existencia de más de 2200 trabajos que utilizan el instrumento de evaluación de constructos personales más estructurado y popular desarrollado por Kelly (1955/1991a), la Técnica de la Rejilla.

Es en los años ochenta cuando la obra de Kelly empezó a tomar relevancia en algunos ámbitos y eso se empezó a traducir en algunas muestras de reconocimiento científico. Por ejemplo, se atribuye principalmente a Kelly y a Piaget el haber presentado una visión del ser humano como activo constructor del conocimiento, idea que fue propulsora de muchos aspectos de la revolución cognitiva de los años cincuenta y sesenta. De hecho, nociones ahora tan aceptadas y populares como la de *esquema* tienen un paralelismo en los constructos de Kelly (Feixas, 2001).

En el ámbito de la psicología de la personalidad, la TCP aparece con espacio propio en la mayoría de manuales, sin perder presencia hasta nuestros días, a pesar de todos los cambios que se han vivido en esta área. En general, el enfoque de Kelly se puede considerar un predecesor del interaccionismo, de las teorías implícitas (o laicas) de la personalidad, de los enfoques ideográficos y los modernos enfoques de la psicología narrativa (véase Feixas & Villegas, 2000; Gonçalves & Craine, 1990; Sarbin, 1986).

Otra área en la que Kelly ha recibido tributos de reconocimiento ha sido la de la psicología clínica, y en particular en la aparición de las terapias cognitivas. Tanto Beck como Ellis y muchos otros autores de orientación cognitiva o cognitivo-conductual reconocen, en las primeras páginas de sus obras, el papel precursor de Kelly al señalar que la persona actúa de acuerdo a como construye los estímulos, y no a los estímulos mismos (Feixas, 2001). Varios de estos terapeutas cognitivo-conductuales (Guidano & Liotti, 1983; Mahoney, 1980) evolucionan hacia una visión constructivista de la psicoterapia a principios de los años ochenta. Tal como había planteado Kelly, estos autores reconocen que nuestro conocimiento es siempre construido activamente por la persona, quien da sentido a su experiencia de acuerdo con su sistema de significados (Feixas, 2001). Este enfoque constructivista se distingue de los que Mahoney y Gabriel (1987) llaman terapias cognitivas racionalistas (o cognitivo-conductuales), las cuales consideran que los problemas surgen a causa de cogniciones erróneas o distorsionadas, errores de inferencia o creencias irracionales, que el terapeuta debe corregir. Ello

supone, implícitamente, asumir que el terapeuta tiene acceso a una realidad no sesgada ni distorsionada, y que la salud se corresponde con una visión correcta de la realidad. Sin embargo, el constructivismo asume que no es posible tal acceso privilegiado a la realidad, y que todo nuestro conocimiento es autorreferencial, se basa en nuestras construcciones, las cuales pueden generar predicciones más o menos ajustadas, o más o menos compartidas por nuestro entorno social, pero no más verdaderas, en un sentido absoluto (Feixas, 2001). Por otro lado, la actividad de construir la experiencia no se limita a los pensamientos que tenemos sobre lo que nos pasa o sobre nosotros mismos, sino que, por ejemplo, las emociones se consideran formas fundamentales de conocimiento en las psicoterapias constructivistas (Feixas, 2001; Feixas & Villegas, 2000, R. A. Neimeyer & Mahoney, 1995). En el contexto de estas terapias hoy en día la TCP tiene un lugar muy relevante (un ejemplo de ello son los congresos sobre *Constructivismo en psicoterapia* que se vienen celebrando desde 1990). Es fácil observar como las terapias cognitivas tradicionales (incluyendo las cognitivo-conductuales) han ido incorporando cada vez más aspectos provenientes de la TCP y las otras teorías constructivistas, a la vez que cada vez hay más autores que se consideran a sí mismos constructivistas/narrativos (por ejemplo, Haaga & Beck, 1993; Meichenbaum, 1997). En síntesis, las terapias cognitivas en la actualidad dan más importancia al significado de los síntomas, tal como los construye el cliente (otorgando menos peso al verdadero significado o función del síntoma según el terapeuta); emplean mucho más los propios términos del cliente y cuentan más con él a la hora de construir soluciones y generar alternativas (Padesky, 2000).

Aunque la TCP no es una teoría exclusivamente individual (Botella & Feixas, 1998), son varios los autores que han cuestionado el especial énfasis en los aspectos individuales de la construcción de la experiencia que George Kelly hizo en su formulación inicial de la TCP (por ejemplo, Balnaves & Caputi, 1993; Feixas, 1992; Mascolo, 1992). Lo que Kelly pretendía era recuperar a la persona como objeto de la psicología, en lugar de partes aisladas de ella; sin embargo, también abrió la posibilidad de dar una interpretación parcial de su teoría, dando prioridad a la individualidad sobre la comunalidad (Botella & Feixas, 1998). Pero Kelly no trataba de crear un sistema estrictamente individualista, así por ejemplo, reconocía el importante papel de la cultura

como sistema validador (Feixas & Villegas, 1998). “Su aportación reside más en la recuperación de una perspectiva subjetiva (*versus* objetiva) que en el énfasis exclusivo en la individualidad (*versus* la comunalidad)” (Botella & Feixas, 1998, p. 35).

Como consecuencia, la mayor parte de los trabajos recuperados de la década de los 60 y 70 son referidos a aspectos subjetivos e individuales en la interpretación de la realidad (Botella & Feixas, 1998). Años más tarde, otros autores reclaman la necesidad de atender a aspectos compartidos de la construcción del significado desde la TCP (por ejemplo, Balnaves & Caputi, 1993; Botella & Herrero, 2000; Feixas, 1992; Mascolo, 1992). Estos trabajos inciden en cómo lo personal y lo colectivo mantienen una relación dialéctica en el proceso global de atribución de significado (Botella & Feixas, 1998). El estudio se centra en los procesos de atribución de significado a la experiencia, procesos subjetivos por definición pero no procesos exclusivamente individuales, sino que integran aspectos colectivos concebidos como un marco de comprensión compartida (Botella & Feixas, 1998). En este sentido, los procesos de atribución de significado se vinculan al lenguaje (véase por ejemplo, Maturana & Varela, 1987). A través de su diálogo continuo, las personas generan y mantienen una red de significados compartidos. El lenguaje, vehiculado por la cultura (y viceversa) es el medio mediante el cual se negocian los procesos personales de construcción sobre uno mismo y sobre los demás (Botella & Feixas, 1998). Este lenguaje facilita y restringe nuestras construcciones, favoreciendo aquellas que tienen un sentido socialmente comprensible. Incluso nuestra propia identidad se genera y mantiene en el diálogo con los demás.

Hoy, “el dilema *individualidad vs. comunalidad*” (Botella & Feixas, 1998, p. 35) se plantea como una elección desde el punto de vista del observador. Así en la psicoterapia nos podemos plantear diferentes niveles de análisis (individual, familiar, grupal, social). Con determinados clientes o en determinadas etapas, el terapeuta puede optar por centrarse en los aspectos individuales e idiosincrásicos de sus procesos de construcción; y en otros puede interesarse más, por ejemplo, en el origen familiar o cultural de tales procesos (Botella & Feixas, 1998).

5. La construcción de los trastornos psicológicos

La descripción de un trastorno es en esencia una construcción (E. Button, 1985). La gente usa los diagnósticos porque les permiten anticipar, les ayudan a predecir qué cosas pueden esperar de ciertas personas. Según Kelly, así como los constructos personales son “avenidas de movimiento para el cliente” (Kelly, 1955/1991a, p. 89), los diagnósticos son “avenidas de movimiento para el terapeuta” (Kelly, 1955/1991b, p. 154). Los trastornos son formas de ver determinadas conductas o experiencias, son constructos inventados por los clínicos para tratar de entender, predecir o anticipar ciertas conductas y experiencias (E. Button, 1985).

Precisamente la TCP se focaliza en particular en este aspecto del proceso psicológico de la persona, su necesidad de anticipar, su búsqueda hacia el futuro. Esto sería más fácil si no fuera porque el mundo existe a lo largo de una dimensión temporal. Ese tiempo trae cambios y los cambios exigen una reconstrucción continua de los acontecimientos. “La experiencia de cada día exige la consolidación de algunos aspectos de nuestro punto de vista, la revisión de algunos otros y el completo abandono de los demás” (Kelly, 1955, p. 14). Por esta razón Kelly (1955) definió la psicopatología en términos de un sistema de construcción que era impermeable al cambio y la salud psicológica como un proceso continuado de revisión y fluctuación (citado en G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996). El trastorno o problema es definido por Kelly como “cualquier construcción personal que es usada de forma repetida a pesar de recibir una invalidación continuada” (Kelly, 1955/1991b, p. 193; véase también Feixas & Villegas, 1998; Winter, 2007) y es considerado como una incapacidad del sistema de construcción del cliente para acomodarse a los acontecimientos con los que se enfrenta (Feixas & Villegas, 1998; R. A. Neimeyer & Feixas, 1989). En su lugar, el cliente pone en marcha estrategias que permitan evitar esa invalidación, dichas estrategias determinarán diferentes psicopatologías (Winter, 1992, 2003).

Desde la TCP, en vez de ver los síntomas como el resultado de determinadas experiencias o algunos eventos biológicos, se interpretan como el intento de la persona por comprender sus experiencias (E. Button, 1985). Las construcciones que el cliente hace respecto a sí mismo y sus síntomas, se mantienen porque le sirven como

estrategias funcionales que le permiten evitar o escapar de la invalidación. Si el terapeuta mira hacia los síntomas y quejas del cliente con el propósito de encontrar cómo estos pueden servirles para anticipar acontecimientos, la conducta del cliente no le parecerá más desconcertante que las de cualquier otra persona. Por esta razón, el terapeuta de los constructos personales busca en clientes que parecen resistirse a la terapia la coherencia de sus actos dentro de su sistema de construcción.

Esta forma de definir los problemas psicológicos y sus síntomas, implica que los trastornos están asociados a un fracaso para completar el Ciclo de Experiencia, proceso de experimentación que caracteriza el funcionamiento óptimo de la persona (Botella & Feixas, 1998; R. A. Neimeyer, 1987; Winter, 1992). El sistema que presenta problemas tendrá algún tipo de disfunción o bloqueo en cualquiera de las cinco fases descritas en el ciclo de la experiencia (véase Figura 1). R. A. Neimeyer (1985a) sugiere además que cuanto más temprano ocurre el bloqueo dentro del ciclo de la experiencia, más severo será el desorden resultante.

Todos nosotros empleamos estrategias con el fin de dar mejor sentido a nuestro mundo, a nuestras experiencias y tratando de cubrir o evitar la invalidación. Óptimamente, hay una cíclica y equilibrada interacción de estrategias contrastantes, pero los desórdenes tienden a involucrar el uso casi exclusivo de una estrategia particular. Los desórdenes pueden ser por consiguiente clasificados en términos de las estrategias que les caracterizan. Kelly (1955/1991a) describe estas estrategias como constructos diagnósticos, nos habla así por ejemplo de *rigidez*, *laxitud*, *constricción* y *dilatación* (conceptos que más tarde definiremos). Sin embargo, no trata con ello de proporcionar un recetario para todos los problemas psicológicos, simplemente un modelo sobre éstos. Kelly se resiste a definir los trastornos de forma categórica a través del sistema de diagnóstico internacionalmente usado, el cual no permite a menudo construcciones alternativas de los problemas. Y opta por el contrario, por los “diagnósticos transitivos” (Kelly 1995/1991b, p. 153), usando dimensiones de diagnóstico que enfocan las avenidas de movimiento que se abren a la persona que presenta un problema psicológico, en lugar de etiquetar a esta persona como un enfermo. Un aspecto importante es que estas dimensiones o constructos diagnósticos son tan aplicables a la conducta “normal” como “anormal”.

Estos constructos diagnósticos son también utilizados por R. A. Neimeyer (1987) quien siguiendo el planteamiento constructivista de la definición de trastorno, sugiere dos ejes fundamentales de conceptualización de los problemas del cliente, el primero se refiere a las dificultades en el proceso de construcción y el segundo a sus características estructurales (véase Feixas & Villegas, 1998).

Las **dificultades en el proceso de construcción** se basan en el ciclo de la experiencia Kelliano, proceso que se da en todo sistema de construcción (véase Figura 1). A través de este ciclo, cuando las personas actúan, experimentan con su propio construir. Sus construcciones quedan abiertas para ser apoyadas o no por acontecimientos posteriores (R. A. Neimeyer, 1996). Si sus constructos reciben invalidación la persona puede ampliar su área de interés, con la esperanza de que al abarcar cada vez más cosas, dé con algo que le ayude a dar un mejor sentido a la avalancha de acontecimientos. Este acrecentamiento es, con frecuencia indiscriminado (Feixas, 2001). En este caso se denomina “dilatación” (Kelly 1955/1991a, p. 352) y es usada por ejemplo por personas diagnosticadas como paranoicas o maniacas (Kelly 1955/1991b; Winter, 1992).

Por otro lado, cuando se mueve en la dirección opuesta, hablamos de “constricción” (Kelly, 1955/1991a, p. 352). “Una persona constriñe cuando intenta reducir su mundo a un tamaño manejable: al ocultarse bajo las sábanas o al tratar de detener el reloj cometiendo suicidio. Es frecuente encontrar personas que oscilan violentamente sobre este eje” (Feixas, 2001, p. 235). Las personas diagnosticadas como depresivas, por ejemplo, tienden en general a obstaculizar la fase de implicación (Feixas & Villegas, 1998). Reducen sus experiencias para minimizar el contacto con los acontecimientos y así evitar encontrarse con hechos que cuestionen la validez de su construcción predominante negativa. De esta forma es como preservan su sistema de la invalidación. Esta forma de actuar tiende a perpetuarse así misma dando lugar a un ciclo recurrente difícil de romper y donde cualquier intento de cambio es vivido como una invalidación potencialmente amenazante (Feixas & Villegas, 1998).

La agorafobia es también un claro ejemplo de la constricción del mundo de una persona a su propio hogar. Las investigaciones indican que esta estrategia les permite evitar la ansiedad asociada a los conflictos interpersonales, un área en la que estas

personas presentan un bajo nivel de construcción (Winter & Gournay, 1987). Esta investigación también sugiere que el mundo interpersonal del agorafóbico se constriñe incluyendo sólo a su esposo/a cuya construcción suele ser similar a la suya y quien por consiguiente es probable que sea una constante fuente de validación (Winter, 1992). La construcción parece proveer más anticipaciones válidas pero en un estrecho rango de eventos, de tal forma que su uso consistente impide la posibilidad de abarcar otro tipo de situaciones.

El segundo eje de conceptualización de los problemas del cliente propuesto por R. A. Neimeyer (1987), se refiere a las **características estructurales del sistema de construcción**, dicho de otro modo, se refiere a las propiedades globales del sistema de construcción (Feixas & Villegas, 1998). En este sentido, podemos diferenciar entre “sistemas rígidos” (Feixas & Villegas, 1998, p. 103), son sistemas que se encuentran de forma muy monolítica y que se observan muy a menudo en los sistemas de construcción de algunos clientes neuróticos (Bannister, 1962), y “sistemas laxos o desconectados” (Feixas & Villegas, 1998, p. 103) muy comunes en el pensamiento esquizofrénico (Bannister, 1963). En resumen, “el hecho de construir de forma laxa implica el uso de constructos con poca capacidad de contrastación (etéreos, no operacionales), difícilmente verbalizables o concretizables, con interrelaciones muy vagas entre ellos; que conducen a expectativas muy amplias y difusas” (Feixas & Villegas, 1998, p. 103). Un sistema de construcción laxo pierde así su poder predictivo, lo que les lleva a predicciones variables. Esto explica que las personas que presentan esquizofrenia no puedan formar planes concretos y organizados de actuación. Existen varios estudios con resultados consistentes a los de Bannister y si bien se han propuesto explicaciones alternativas para estos resultados, ninguna parece completamente convincente (Winter, 1992). La adopción de esta estrategia en respuesta a la invalidación puede llevar también a otro tipo de dificultades, no sólo al desorden del pensamiento, ello dependerá de la magnitud y persistencia en su utilización. Si en vez de una invalidación persistente, la persona experimenta una sola pero profunda invalidación, por ejemplo respecto a su visión del mundo como un lugar seguro, su respuesta puede ser una fragmentación de su sistema de constructos, este modelo se ha

observado en el desorden de estrés postraumático (Winter, 2003). “Por el contrario, el hecho de construir de forma rígida supone el uso de constructos muy concretos y operativos, con relaciones implicativas muy intensas entre sí que conducen a predicciones concretas e invariables” (Feixas & Villegas, 1998, p. 103). Esta dimensión, “rigidez-laxitud” (Kelly, 1955/1991a, p. 357), no supone que alguno de sus polos sea deseable por sí mismo. El criterio de salud vendría dado por la posible alternancia de las dos formas de construcción; en cambio, el trastorno se deriva de la fijación en una de ellas (Feixas & Villegas, 1998).

Según Kelly (1955/1991b) tanto la rigidificación como la laxitud de las construcciones puede ser empleado como una estrategia defensiva para contrarrestar la ansiedad (véase también Winter, 1992). Sin embargo, el uso persistente de construcciones rígidas sólo sería una estrategia viable si la persona viviese en un mundo no cambiante, que no es el caso (Winter, 1992). Así, cuando nuestras anticipaciones fallan, invalidan algún constructo y esto puede implicar que alguno de nuestros constructos nucleares pierda su utilidad, lo cual puede resultar muy amenazante. Por esta razón, el constructor rígido puede mostrarse muy resistente a modificar su construcción ante la prueba de evidencias que aparecen para desconfirmarlo. Según Kelly, este es a menudo el problema del neurótico, la inhabilidad para tolerar la invalidación (Winter, 1992). Mientras que la persona con un funcionamiento óptimo “se mantendrá abierta a una cantidad moderada de confusión en relación con la revisión continua de su sistema de construcción” (Kelly 1955/1991b, p. 237).

En sus estudios Bannister (1962) también analizó como en la construcción neurótica existe una tendencia a tener relaciones entre constructos muy rígidas. Según sus resultados, esto implicaba una fuerte restricción en el número de posibilidades con las que un neurótico puede ver una situación dada. Para estas personas todas las situaciones tienden a ser vistas como más o menos réplicas exactas de situaciones previamente experimentadas y consecuentemente, la conducta llega a ser rígida y estereotipada (Bannister, 1962). La asociación del trastorno neurótico con una organización rígida ha sido también demostrado en otros estudios como los de Caine et al. (1981); Ryle y Breen (1972) y Winter (1988). También se ha encontrado un patrón de rigidez constructiva y de intolerancia a la incertidumbre en los clientes obsesivos, cuyo sistema

de constructos es de acuerdo con Kelly (1955/1991a), característicamente impermeable (Winter, 1992). Otras evidencias de construcción rígida se han demostrado en clientes con anorexia (Mottram, 1985) y consumidores de heroína (Goggins, 1988).

Este patrón de construcción rígida se ha encontrado que es particularmente superior en el área problemática (Winter, 1992). Por ejemplo, Silverman (1977) ha demostrado como los neuróticos están caracterizados por una alta rigidez constructiva en el área afectiva. Este alto grado de estructura en la construcción de subsistemas relacionados con los síntomas de los individuos puede ser explicado a través del uso del Corolario de Elección de Kelly (1955/1991a). El cliente elige construirse a sí mismo como caracterizado por el síntoma porque hacerlo así conlleva más implicaciones o posibles anticipaciones, y por lo tanto más posibilidades para la elaboración del sistema de constructos, que construyéndose a sí mismo sin el síntoma (Caine et al., 1981; Feixas & Villegas, 1998; Winter, 1992). El síntoma puede llegar a ser “la razón por la cual las experiencias caóticas reciben una estructura y significado” (Kelly, 1955/1991a, p. 272). Esta idea fue también apoyada por autores como Tschudi (1977) y Fransella (1970), quienes interpretan el síntoma como una forma de vida a la que no se renunciará hasta que una forma de vida alternativa igualmente elaborada haya sido desarrollada. En muchos casos la alternativa a presentar un síntoma(s) podría implicar una relativa ausencia de predicciones sobre uno mismo. E. J. Button (1983b) explica en este sentido la resistencia al cambio de clientes que presentan anorexia, considerando que estas personas podrían tender a preservar su estado de delgadez por no tener más dimensiones disponibles para anticiparse a sí mismas, y a ellas mismas con relación a los demás, que a través de la delgadez. Este análisis recibe apoyo en los hallazgos de que el cambio hacia una visión preferida del self ocurrirá sólo si la capacidad implicativa de esta visión es mayor que lo es la de la construcción presente (Hayden, 1979). El problema al que se enfrentan estos clientes que se caracterizan a sí mismos por el síntoma es que al restringir su mundo al área del síntoma o conducta problema, el subsistema de constructos en relación a este área probablemente llegue a estar más estructurada, y al mismo tiempo se limitan cada vez más sus oportunidades de elaborar una auto-construcción alternativa que ofrezca un grado equivalente de estructura (Winter, 1992). Semerari y Mancini (1987) ofrecen otro modelo interpretativo. Según

estos autores, siempre que el cliente recibe validación de una construcción del self caracterizada por su síntoma, hay una invalidación simultánea de la anticipación de movimientos hacia el self ideal; además, esta experiencia de invalidación va acompañada de emociones negativas como ansiedad o amenaza. Como ya mencionó Kelly (1955/1991b), incluso aunque el síntoma aporte varias ganancias, “cada una de estas ganancias lleva asociado el coste de pérdidas en otros frentes” (p. 168).

Ansiedad, amenaza, culpa, miedo, agresión u hostilidad, son entre otras, emociones negativas que están probablemente implicadas en algún grado en los trastornos psicológicos (McCoy, 1981). Son constructos que Kelly añade en su teoría para hablarnos sobre el cambio psicológico y que son de gran relevancia clínica. Kelly los llamó *constructos de transición*, dado que se refieren a las experiencias que tenemos cuando cambiamos nuestros puntos de vista sobre nosotros mismos o el mundo (véase Kelly, 1955/1991a; Kelly, 1955/1991b). Así por ejemplo, cuando Kelly habla de la ansiedad no la define como un trastorno psicológico, sino como un mensajero del cambio, ese cambio podrá dar lugar o no a un trastorno (Kelly 1955/1991b).

Como resultado del proceso de construcción basado en el ciclo de la experiencia, los constructos reciben validación o invalidación y en función de ello el resultado será una emoción positiva, como competencia percibida ante la validación, o una emoción dolorosa como resultado de su invalidación (McCoy, 1981). Como destaca Bannister (1977), es en esas ocasiones cuando uno intenta pegarse al suelo para evitar el cambio o bien huyes hacia delante en respuesta de algún reto o revelación, elaborando agresivamente tu experiencia o cayendo en el caos ante la velocidad de los cambios. En ocasiones, nos encontraremos con situaciones a las que no podemos dar sentido y nuestro sistema tendrá que cambiar para que la experiencia no tenga cada vez menos significado; es en esas ocasiones cuando nuestro lenguaje convencional hace referencia a los sentimientos (Fransella, 2003).

Estas son algunas definiciones constructivistas de las emociones descritas por Kelly (1955/1991a) y McCoy (1977) (citadas por ejemplo en Botella & Feixas, 1998; Feixas, 2001; Feixas & Villegas, 1998; Fransella, 2003; Kelly, 1991a; G. J. Neimeyer, 1996; Winter, 1992).

- *Amenaza*: Implica invalidación de los constructos centrales de uno mismo. “La conciencia de un cambio inminente y comprensivo en la propia estructura nuclear” (Kelly 1955/1991a, p. 361). “Los constructos nucleares son aquellos que gobiernan los procesos de mantenimiento de la persona, aquellos mediante los que mantiene su identidad y su existencia” (Kelly, 1955/1991a, p. 356). La anticipación de un cambio significativo inmediato en estos constructos nucleares provoca el sentimiento de amenaza, como en el caso de alguien cuya estructura nuclear consista en la construcción de sí mismo como independiente, fuerte, libre y se sienta amenazado por la dependencia y atadura que percibe de forma creciente en su relación de pareja (Botella & Feixas, 1998).

Una persona se siente amenazada cuando se encuentra en el umbral de un cambio profundo y significativo en sí misma. Podemos usar otro ejemplo, y es la amenaza que puede sentir un cliente ante lo que les pueda ocurrir como resultado de la terapia (Feixas, 2001; Feixas & Villegas, 1998). “Incluso la idea de que el cambio será beneficioso y conducirá a una mayor felicidad no reduce la amenaza que la terapia ofrece al cliente” (Feixas, 2001, p. 235).

- *Culpabilidad*: “Conciencia de desplazamiento del self respecto a la propia estructura nuclear” (Kelly, 1955/1991a, p. 370). En otras palabras, la culpa se experimenta cuando una persona se da cuenta de que está actuando de forma discrepante a como se percibe así mismo, está haciendo algo que no podría haber anticipado de sí mismo (Bannister & Mair, 1968). Por ejemplo, si una persona que se define a sí misma como una persona sincera y se ve obligada a mentir, se sentirá culpable y su autoestima se verá amenazada (Dallos, 1991/1996).
- *Miedo*: Conciencia de un cambio inminente e incidental en la propia estructura nuclear (Feixas & Villegas, 1998). Es muy parecido a la amenaza, pero “nos sentimos amenazados ante aquello que conocemos más y sentimos miedo sobre aquello que conocemos menos” (véase Kelly 1955/1991a, pp. 364-365).
- *Ansiedad*: Definida por Kelly como la “conciencia de que los acontecimientos a los que uno se enfrenta caen fuera del ámbito de conveniencia del sistema de constructos” (Kelly 1955/1991a, p. 365). Cuando uno es consciente de que no tiene los constructos que necesita para hacer las interpretaciones y predicciones de

los acontecimientos (G. J. Neimeyer, 1996). “Es la percepción del caos (...) Sin constructos en los que basar las anticipaciones, uno parece estar a merced de los acontecimientos; no sabe qué postura asumir mientras espera que se presenten, o qué hacer cuando ya han llegado” (Feixas, 2001, p. 235).

- *Hostilidad*: Más que una emoción es considerado como un comportamiento asociado a una emoción, al igual que lo sería la agresividad (Feixas & Villegas, 1998). Se produce cuando la gente no consigue apoyo para sus predicciones pero intenta obtener dicho apoyo de todos modos (véase Kelly 1955/1991a). Se puede dirigir al mundo externo, en forma de enfado, o hacia uno mismo, en forma de depresión (G. J. Neimeyer, 1996). “No es el deseo de causar daño a alguien, (...) es más bien un truco al que el extorsionista apela para preservar el statu quo psicológico y librarse de la responsabilidad de revisar su perspectiva” (Feixas, 2001, p. 237).

Mandler (1982) propone que la tonalidad positiva o negativa de las emociones depende del propio conocimiento del mundo. De tal forma que aquellas situaciones en las que uno sabe cómo responder irán asociadas a emociones de carácter más positivo y de intensidad relativamente moderada; sin embargo, ante el conocimiento limitado de una situación, se produce incongruencia respecto a los patrones de respuesta y la emoción resultante puede ser positiva o negativa dependiendo del éxito o fracaso en el proceso de acomodación. Con el tiempo y a lo largo de su desarrollo, las personas aprenden a controlar sus emociones porque cada vez van adquiriendo una mayor habilidad, precisión y exactitud para predecir cómo responderán ante diferentes situaciones ambientales, y la capacidad de predecir la propia conducta produce una experiencia emocional de naturaleza más deliberada (Botella & Feixas, 1998). Esta formulación es coherente con la idea de Kelly según la cual las emociones dependerán de la validación o invalidación de nuestras anticipaciones (Botella & Feixas, 1998)

Durante mucho tiempo se han equiparado las emociones a los problemas; sin embargo, es nuestra extraña relación con las emociones fundamentalmente más problemática, que esas emociones en sí mismas (Mahoney, 1991). A pesar de que la sociedad ha definido las emociones negativas como potencialmente peligrosas y

disfuncionales, las emociones juegan un papel fundamental en el desarrollo de las personas. Todos los cambios psicológicos significativos están frecuentemente asociados con episodios de alta intensidad emocional (Mahoney, 1991; Rice & Greenberg, 1984). A menudo, estos episodios de alta intensidad emocional son expresiones naturales del sistema humano que intenta reestructurar su sistema de construcción de una manera más viable. Tanto terapeutas como clientes se impacientarían y asustarían menos con las emociones dolorosas si las vieran como una abertura o desarrollo del sistema en busca de un mayor equilibrio con su mundo. Desde una perspectiva constructivista, las emociones intensas son unos poderosos aliados para el cambio.

Además, el concepto de funcionamiento óptimo según la TCP no reside en la búsqueda de la felicidad, la autonomía o la homeostasis (Walker, 1992). Consiste en la continúa ampliación, revisión y reelaboración de nuestras teorías personales sobre el mundo y sobre nosotros mismos. Según Kelly, una persona sana, psicológicamente hablando, “es aquella que se aventura a explorar lo desconocido; aquella que experimenta la excitación y la frustración, el reto y la ansiedad, la satisfacción y desaliento de vivir en los límites de su propia experiencia” (Botella & Feixas, 1998, p. 74).

Otro marco desde el cual podemos conceptualizar los trastornos es el referido al *contenido de sistema de construcción* del cliente (Kelly, 1955/1991b). Varias investigaciones con grupos de personas con diferentes diagnósticos indican que existe una relación entre el contenido predominante del sistema de constructos personales y sus síntomas, aunque la naturaleza de esta relación no queda claramente señalada. Así por ejemplo, contamos con los estudios de Glantz et al. (1981) cuyos resultados demuestran que los alcohólicos se caracterizan por la falta de constructos interpersonales y emocionales; los estudios de Fransella (1972) quien encontró que los tartamudos utilizaban más constructos concernientes a la interacción social; McKain, Glass, Arnkoff, Sydnor-Greenberg y Shea (1988) han encontrado una asociación entre la timidez y la tendencia a construir a los otros en términos relacionales; G. J. Neimeyer y Hall (1988), encontraron que mujeres de las que habían abusado frecuentemente usaban más constructos relativos a la fuerza, que mujeres que no lo habían sufrido;

Harter et al. (2004) estudiando a este mismo colectivo, encontraron que estas mujeres utilizan menos constructos referidos a la activación emocional, experiencias de calma, tranquilidad y relajación; Howells (1979) en su estudio sobre pedofilia encontró que los pedófilos usaban más constructos relacionados con egoísmo, dominio y sumisión, en relación con otros prisioneros. Igualmente, Sperlinger (1976) demostró que los sujetos depresivos utilizaban más constructos relativos a la autosuficiencia, lo cual fue también confirmado por Caine et al. (1981).

Una de las áreas en las cuales se han encontrado bastantes estudios ha sido el área emocional. Así por ejemplo, se ha encontrado que las personas con esquizofrenia utilizan menos constructos emocionales (Gara et al., 1989), esto parece ser congruente con aquellas investigaciones que han asociado las recaídas en la esquizofrenia con altos niveles de expresión emocional en sus relaciones (Brown, Birley & Wing, 1972; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Kies, & Sturgeon, 1982); los altos niveles de emocionalidad expresada estarían fuera del rango de conveniencia de sus sistema de constructos y por consiguiente serían una fuente provocadora de ansiedad (Winter, 1992). Igualmente se ha encontrado un subsistema de constructos pobremente elaborado en esta área en personas con agarofobia (Lorenzini & Sassaroli, 1988), en personas con dolores crónicos (véase por ejemplo, los estudios de Drysdale, 1989; Forrest & Wolkind, 1974), y en personas que han cometido actos de extrema violencia (Winter, 1992). Batty y Hall (1986) también observaron una escasez de constructos emocionales en personas que presentaban síntomas anoréxicos y bulímicos, resultado que los autores relacionan con el fuerte control de sus emociones en estos clientes. De manera opuesta, contamos con estudios que muestran un subsistema muy firmemente organizado de constructos concernientes a emociones en los depresivos (Silverman 1977; más recientemente Montesano et al., 2009).

Con respecto a las personas con agarofobia, resultan también de interés las investigaciones de Hafner (1979) donde la infidelidad aparece como un constructo supraordenado tanto en estas personas con agarofobia, como también en sus parejas; este resultado parece consistente con las formulaciones sobre la agorafobia como una estrategia protectora que permite al fóbico evitar la posibilidad de tener fantasías sobre relaciones sexuales ilícitas.

Algunos de estos resultados se han relacionado con la teoría o visión de que los individuos elaboran los sistemas de constructos en las áreas problemáticas en las que se presentan dificultades particulares, esto se refleja en el extenso número de constructos que disponen dentro de esta área, cuando se comparan con otros miembros de su cultura (Sperlinger, 1976). Éste es el caso por ejemplo de las personas con depresión, con su mayor porcentaje de constructos en el área emocional (Silverman, 1977). La explicación de esas investigaciones sugiere que el área problemática es primaria y los individuos elaboran su sistema de constructos en esa área. Estas características del sistema de constructos del cliente pueden determinar los síntomas que presenta así como su persistencia. De tal modo que la persona expresa su dolor o angustia de un modo u otro en función del área predominante en su sistema de constructos (Winter, 1992). Dicho de otro modo, el cliente elige sus síntomas en concordancia con su posición personal hacia el mundo (Smail, 1978).

Sin embargo, otros autores, como E. Button (1985) se cuestionan la dirección que se establece en esta asociación entre los síntomas y el contenido de los constructos personales. Button se preguntaba si los altos niveles de construcción emocional detectados por Silverman (1977) representan un estilo cognitivo que predispone a ciertos individuos a sufrir depresión o este estilo se desarrolla con los síntomas depresivos. Según este autor, la respuesta a esta pregunta necesitaría de un estudio longitudinal.

Otro tipo de estudios han tratado de aportar más información sobre la relación entre los síntomas que presentan los clientes y el contenido de sus constructos personales. Esta relación ha sido también examinada en función de cómo se definen a sí mismos (la construcción de la identidad del self o autoconcepto) y de cómo construyen a los otros (Winter, 1992). En términos de la TCP, el self puede considerarse como una construcción o teoría personal compuesta por un conjunto de hipótesis sobre uno mismo. Esta teoría personal tiene la finalidad última de dar sentido a la información procedente de uno mismo y de la interacción entre uno y los demás, permitiendo que la persona organice su experiencia y mantenga un sentido de autoconsistencia a través de diferentes momentos y situaciones. Feixas y Cornejo (1996) proponen una serie de perfiles generales como aproximación a la construcción del autoconcepto basándose en

la combinación entre la correlación *yo-ideal* (autoestima), *yo-otros*, e *ideal-otros*, todos ellos índices obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla de Kelly (1955/1991a). Una correlación positiva *yo-ideal* (autoestima), *yo-otros*, e *ideal-otros*, indica una visión globalmente positiva que puede resultar sana y adaptativa; una correlación positiva *yo-ideal*, correlación negativa *yo-otros* y correlación negativa *ideal-otros*, sugiere una sensación subjetiva de superioridad, no sólo uno es diferente a los demás, sino que los demás no son como deberían ser; la combinación de correlación negativa *yo-ideal*, correlación positiva *yo-otros*, y correlación negativa *ideal-otros*, define una visión negativa tanto de uno mismo como de los demás; por último, la correlación negativa *yo-ideal* y la correlación negativa *ideal-otros*, configura el perfil típico de la depresión. Sin embargo, Botella y Feixas (1998) nos advierten del peligro de utilizar este tipo de patrones o perfiles psicológicos derivados de las correlaciones entre elementos de la rejilla como una nueva taxonomía psicopatológica. Ante la falta de investigaciones controladas que permitan extraer conclusiones fiables al respecto, es necesario rehuir de este posible riesgo (Feixas & Cornejo, 1996). Por su parte, Norris y Makhoul-Norris (1976) afirman que estos patrones son sólo ayudas temporales para la comunicación en la difícil área del autoconcepto.

Varios estudios sobre la forma en que los clientes se definen a sí mismos, aportan evidencia de una autoconstrucción desfavorable no sólo en personas diagnosticadas de depresión (Axford & Jerrom, 1986; R. A. Neimeyer, 1985c; Ross, 1985), sino también en otras patologías, por ejemplo en personas diagnosticadas de anorexia (Batty & Hall, 1986; E. Button, 1987) y en delincuentes (Stanley, 1985). Sin embargo, las personas diagnosticadas como psicóticas presentan una construcción de sí mismos mucho más favorable (Miskimins, Wilson, Braucht & Berry, 1971; Winter, 1975).

Como hemos comentado, los depresivos además de autodefinirse como muy diferentes a cómo les gustaría ser, es decir a su “yo ideal” (véase Feixas, De la Fuente & Soldevila, 2003, p. 156) se definen también como muy diferentes a los otros (R. A. Neimeyer, 1985c; Ryle & Breen, 1972), esto hace más probable la aparición de dificultades interpersonales en estos clientes (Axford & Jerrom, 1986; Space & Cromwell, 1980). Las personas que se construyen a sí mismos como diferentes de los otros tienen más dificultades o son más inexactos a la hora de predecir las

construcciones de los otros (Winter, 1988) y además, los otros tienen más dificultades para anticipar sus construcciones (Adams-Webber, 1973), esto les hace sentir ansiedad y esforzarse menos en mantener una relación. La asociación entre una alta diferenciación entre yo-otros y la construcción negativa de uno mismo es consistente con el modelo de percepción del self y los otros de Adams-Webber (1986) quien igualmente sugiere que esta situación es mayor en personas con depresión. Resultados similares se han encontrado en otros diagnósticos como esquizofrenia, obsesivo compulsivo, trastornos de ansiedad (Millar, 1980) y en mujeres que habían sufrido incesto de niñas (Harter, Alexander, & R. A. Neimeyer, 1988). E. J. Button (1983a) también encontró que en los psicópatas se da la dificultad de construir los procesos de construcción de los otros o la incapacidad para anticipar a los otros.

Si bien, personas con depresión y esquizofrenia comparten sus dificultades relacionales en base a un mayor contraste en su autodefinición en relación a los otros y sus consecuentes dificultades en la predicción de sus construcciones, éstos se diferencian en su autodefinición en relación a su yo ideal, muy diferente en la depresión y muy similar en la esquizofrenia (Miskimins et al., 1971; Space, Dingemans, & Cromwell, 1983; Winter, 1975). Algunos estudios también informan sobre la relación entre una favorable construcción sobre sí mismos y una baja exactitud en la predicción de la construcción de los otros (Landfield & Schmittiel, 1983). Una explicación de las dificultades relacionales en las personas con esquizofrenia, en relación a su limitada habilidad para construir a los otros, tiene que ver con la laxitud de su sistema de constructos, esto hace que su sistema de constructos no tenga la base adecuada para hacer predicciones. Esta puede ser la explicación de por qué estas personas con esquizofrenia son menos capaces de predecir la construcción de los otros en comparación con la población no clínica (Jackson & Carr, 1955).

E. Button (1990) añade en sus estudios, que en las personas con síntomas neuróticos y agorafóbicos, la construcción del self no sólo se define en contraste con la de los otros significativos sino que estos son además contruidos muy favorablemente. La construcción altamente favorable de los otros es muy vulnerable de invalidación, con posibles trágicas consecuencias como se demuestra en los estudios de Howells (1983) sobre personas violentas. Éstas tienden a asignar a los otros, incluyendo sus víctimas,

los polos positivos de sus constructos, construyéndoles de forma incluso más favorable que a ellos mismos. La amenaza resultante puede llevar a esta persona a eliminar a aquella que es la fuente de su amenaza.

Otros estudios establecen una asociación entre la exactitud en la predicción de la construcción del otro y la mayor similitud entre el sistema de constructos personales de ambos (Wood, 1977). Esto está relacionado con la idea de Kelly (1955/1991a) de que entre las personas que son capaces de entenderse entre ellas, habrá más similaridad o comunalidad en su pensamiento. Comunalidad y sociabilidad han sido asociados con una mayor satisfacción en las relaciones familiares y también en las parejas. Sin embargo, esto no necesariamente implica la ausencia de trastornos, como es evidente en un estudio sobre adolescentes anoréxicas y sus madres (Hall & Brown, 1983).

Por otra parte, se ha examinado la relación entre los síntomas de los clientes y cómo construyen a los otros, si lo hacen de una forma más objetiva o psicológica. En este sentido, se ha encontrado que aquellos que usan más constructos psicológicos para describir a los otros suelen presentar más síntomas de carácter psicológico que somático (McPherson, 1972; McPherson & Gray, 1976; Smail, 1970). Smail (1978) sugiere que estos resultados indican que el cliente puede estar eligiendo sus síntomas en concordancia con su posición personal hacia el mundo. Otros estudios muestran aspectos similares, como los de McPherson y Gray (1976), sus resultados sugieren que aquellos que usan más constructos de carácter psicológico es más probable que etiqueten sus sensaciones corporales de excitación como psicológicas, por ejemplo, como ansiedad. Por otro lado, parece haber una asociación entre la escasez de constructos psicológicos y la tendencia a presentar más síntomas somáticos. Leff (1973) por ejemplo, habla de las diferencias culturales en relación a esto, observó que la gente de los países en vías de desarrollo utiliza menos constructos emocionales que aquellos de los países desarrollados, y era más probable que expresasen sus problemas somáticamente. Otros estudios aportan más evidencia en relación a la asociación entre la escasez de constructos emocionales y la presencia de problemas somáticos. Traue, Gottwald, Henderson y Bakal (1985) han observado como las personas que sufren fuertes dolores de cabeza poseen muy pocos constructos de tipo emocional. Resultados similares se han obtenido en las personas que sufren dolores crónicos de espalda con

una tendencia a obtener bajas puntuaciones en las escalas de depresión (Forrest & Wolkind, 1974; Gentry, Shows, & Thomas, 1974; Hanvik, 1951), sugiriendo que sus dolores enmascaraban una depresión (Engel, 1959). Drysdale (1989) ha aportado evidencias sobre como en los problemas crónicos, las personas presentan menos enfado que en las condiciones agudas; y el constructo *depresión* era más subordinado en aquellas personas cuyo dolor era de mayor duración. Todos estos resultados guardan relación con la idea de Pennebaker (1985), quien afirma que impedir la discusión de un evento traumático está asociado con un mayor riesgo de enfermedad, mientras que hablar o escribir sobre ese evento reduce la probabilidad de padecer de enfermedades relacionadas con el estrés. Sugiere que trasladar los eventos traumáticos en palabras o formas no verbales de expresión, permite a la persona estructurar y encontrar significado a sus experiencias. La persona que es capaz de construir sus experiencias en términos emocionales es menos probable que necesite de una interpretación somática sobre lo que siente. Rowe (1987) relaciona esto con la agorafobia, su pobre subsistema de constructos relativos a emociones (Guidano & Liotti, 1983) y las experiencias tempranas de estos clientes. Si como niño descubres que cuando dices a tu madre *mama, estoy asustado*, eres ignorado, castigado o humillado; y sin embargo, si dices *mama, estoy enfermo* te hacen sentir cómodo y querido, entonces esa persona no va a desarrollar el lenguaje de las emociones y tendrá dificultad para trasladar sus sensaciones corporales en emociones (Rowe, 1987, pp. 159-160). Como soporte a esta visión encontramos también los estudios de Frazer (1980) sobre las familias de los agorafóbicos, en estas familias aparecían reglas estrictas concernientes a las expresiones de sus emociones.

Otra área de interés se refiere a la construcción que el cliente hace de su propia sintomatología. Cuanto más favorablemente interpreten su quejas, más resistencia habrá a renunciar a ellas. Hinkle (1965) observó como en algunas situaciones los clientes se enfrentan a un conflicto cognitivo que él llamó *dilemas implicativos* (para una revisión véase Saúl, 2006). Se trata de aquellas situaciones en las que el síntoma se asocia a aspectos positivos que tienen que ver con características que definen la identidad del propio cliente, de tal modo que su abandono representaría una amenaza para el sí mismo. Por una parte está el deseo de abandonar la sintomatología, con todos los

aspectos negativos que ella acarrea, pero por otra parte, se encuentra que esa misma sintomatología está cargada de connotaciones e implicaciones relacionadas con definiciones positivas de sí mismo, y que su abandono implicaría pasar a un polo opuesto e indeseable para el propio cliente (Feixas, Saúl, Ávila-Espada, & Sánchez, 2001). Rycroft (1968) hablaba de la asociación que muchos clientes establecen entre depresión o ansiedad y ternura, sensibilidad u otras virtudes. Otros estudios (Winter, 1988, 1989) sugieren que muchas personas que se consideran a sí mismas como tímidas, asocian a las personas con habilidades sociales con una amplia variedad de características negativas (egoísmo, vanidad, insensibilidad, arrogancia, inconsideración, etc.). Igualmente, sufrir estrés puede llevar la implicación para el cliente de ser una persona más humana y virtuosa (Winter, 1982). Rowe (1971) describe en este sentido el caso de una mujer deprimida que había dividido su mundo entre *buenos - pobrecita gente* y *malos - gente que se encuentra bien*, esta persona no respondía a la terapia, probablemente porque prefería continuar viéndose como pobrecita con la implicación de que era buena. Fransella (1972) ha observado un patrón similar en un cliente tartamudo que construía a los tartamudos como buenos y las personas sin problemas de fluidez verbal como malos. Abraham (1955) sugiere en este sentido que los agorafóbicos evitan así la construcción del sí mismo como potencialmente infiel. Feixas, Saúl, Winter y Watson (2008) han encontrado una relación entre la resolución de estos dilemas implicativos durante la terapia y el éxito terapéutico; por el contrario, su no resolución está relacionada con el mantenimiento de la sintomatología. No obstante, la existencia de dilemas implicativos en un sujeto no está relacionado con patología (Feixas, Saúl, & Ávila, 2009).

También existen clientes que construyen la queja desde una perspectiva muy negativa, esta construcción es la categoría donde incluyen a otros con problemas similares al suyo pero ellos no se identifican en esos términos. Por ejemplo, Hoy (1973, 1977), encontró que muchos alcohólicos mantenían un estereotipo negativo de los alcohólicos pero no se construían a sí mismos como alcohólicos. Por otro lado, estarían aquellos clientes que construyen sus quejas de forma negativa pero que también se aplican esa construcción negativa a sí mismos, esto les permite quizás mantener una construcción idealizada de la vida sin el problema. Estos clientes construyen la vida sin

el problema de una forma muy idealizada y esa creencia ilusoria de que la pérdida del síntoma le permitiría llegar a conseguir sus ideales sólo se puede mantener mientras se mantenga el síntoma. Esta podría ser una posible explicación al mantenimiento de estos síntomas (Fransella, 1972).

Como vemos, la TCP puede proporcionar al terapeuta un modelo sobre el proceso de construcción del significado desde el cual se pueden entender los problemas y el sufrimiento del consultante; sin embargo, a pesar de ello y a pesar de lo amplia que pueda llegar a ser su formación y experiencia, el terapeuta desconoce el significado que el cliente da a los acontecimientos, ignora el contenido de su sistema de construcción, la temática y la trama de su narrativa dominante. Estos contenidos no pueden darse por supuestos, el terapeuta debe explorarlos para cada persona en concreto, dejándose guiar por ella. Esta es la razón por la cual este enfoque otorga un gran peso a la exploración del sistema de constructos y al proceso de construcción del cliente (Botella & Feixas, 1998).

Puesto que no existe una sola forma de construir, cada sistema de constructos tendrá unas peculiaridades características (...) Ello no excluye, sin embargo, que el terapeuta pueda estar atento a ciertas regularidades que de forma general se dan en muchos clientes, especialmente si los agrupamos por características psicopatológicas. Pero no debe perder nunca de vista la unicidad de cada existencia concreta (Feixas & Villegas, 1998, p. 145).

CAPÍTULO II: LA EVALUACIÓN CONSTRUCTIVISTA

1. Características de la Evaluación Constructivista

Las creencias que caracterizan a los enfoques constructivistas determinan las peculiaridades de sus estrategias de evaluación. Entre estas creencias que distinguen la esencia y el estilo de evaluación constructivista se sitúan por ejemplo, el énfasis que se otorga a los significados personales, el papel activo que se atribuye a la persona como cocreador de esos significados, la negación del acceso directo a la realidad y la naturaleza autoorganizada y de evolución progresiva de nuestras estructuras de conocimiento (Lyddon & Alford, 1996; G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996).

El constructivismo está basado en la premisa de la formación de significado; el ser humano se esfuerza constantemente en interpretar su experiencia, buscando un significado a los acontecimientos que le rodean (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996). Los pensadores constructivistas han centrado sus esfuerzos en entender estos procesos de formación de significado y sus métodos de evaluación se dirigen hacia este objetivo (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996). Así los constructivistas se han centrado en gran parte de sus procedimientos en la evaluación de los constructos personales.

La posición constructivista asume que la estructura cognitiva individual está organizada jerárquicamente, de tal forma que algunas construcciones ocupan un rol más central y otras uno más periférico en el sistema de constructos de la persona (Kelly, 1955/1991a; véase también Feixas et al., 2003; R. A. Neimeyer, 1987; G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996). Los constructivistas se interesan más por los constructos nucleares que por sus manifestaciones periféricas (Botella & Feixas, 1998), centran más su atención en conocer esos procesos de ordenamiento nuclear que dan al individuo un sentido de la realidad, identidad y control profundamente experimentados (Mahoney,

1991). Pero se encuentran con una dificultad, el carácter más tácito y esquivo de esta estructura nuclear requiere un enfoque de evaluación diferente a los procedimientos convencionales, requiere un enfoque de evaluación más laxo, evocador y simbólico, diferente a esos autoinformes rígidos y explícitos que se utilizan por ejemplo en los procedimientos cognitivo-conductuales (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996; R. A. Neimeyer, 1988). Por esta razón, a los terapeutas constructivistas les gusta trabajar con el cliente para explorar las implicaciones más concretas o abstractas de sus construcciones verbalizadas y elaborar por ejemplo, cuáles han sido sus metáforas usadas (Mair, 1989a, G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996; R. A. Neimeyer, 1986; Landfield, 1971). El constructivismo fomenta de modo especial la variedad, cultivando una diversidad de maneras de evaluar (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996).

En el proceso de evaluación, Kelly sugiere que para entender a la otra persona, tenemos que tener en cuenta su sistema de constructos personales (Bannister & Mair, 1968). Una conducta no será significativa a menos que los constructos que con ella están siendo probados sean apreciados (Bannister & Mair, 1968), de ahí su relevancia terapéutica. Considerado en el contexto del sistema de construcción del cliente, el síntoma o problema adquirirá pleno significado como la mejor estrategia al alcance de la persona en ese momento con tal de poder continuar anticipando los acontecimientos (según sugiere el Corolario de Elección de Kelly, 1955/1991a). Por lo tanto, los métodos de evaluación constructivistas adoptan una concepción fenomenológica y contextual, interesándose sobre todo por la comprensión del marco subjetivo y/o interpersonal en que se enmarca el problema motivo de demanda (Botella & Feixas, 1998). Así, la conducta humana no va a ser considerada como una respuesta a estímulos externos o impulsos internos, sino como la forma en que una persona se formula preguntas a si misma y a su entorno (Botella & Feixas, 1998). Por lo tanto, para comprender su problema, el terapeuta debe entender lo mejor posible qué preguntas está formulando esta persona con su acción, qué experimento está poniendo en práctica, qué hipótesis está intentando contrastar (R. A. Neimeyer, 1987). Cada conducta es un experimento que se pone a prueba.

Si para comprender a otra persona tenemos que tener en cuenta su sistema de constructos personales, conocer ciertos aspectos de su contenido y estructura, entonces

tenemos que reconocer que el otro es el experto en esta situación (Bannister & Mair, 1968). El cliente es experto en su mundo personal, en el contenido de su vida, tiene una mayor experiencia acerca de las ventajas y limitaciones de su sistema de significado. Sin embargo el terapeuta es en un principio, totalmente ignorante a este respecto y tendrá que aprender de cada cliente (Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998). Por su parte el terapeuta es el experto en relaciones humanas, en el funcionamiento de los sistemas de construcción (Feixas & Villegas, 1998) y posee más pericia en lo concerniente a las habilidades facilitadoras del cambio. Por eso este modelo se define como un modelo de “experto a experto” (Feixas & Villegas, 1998, p. 105, véase también Botella & Feixas, 1998; Feixas, 1998). Ambos expertos tendrán que trabajar en equipo y juntos llevar a cabo una investigación que les permita encontrar hipótesis más viables acerca de la realidad que el cliente presenta como problema (Feixas & Villegas, 1998).

El constructivismo se desmarca así de lo que Mahoney (1991) denomina “epistemologías autoritarias” (citado en Botella & Feixas, 1998, p. 85). La relación terapéutica constructivista no se basa en la autoridad, no se basa en el modelo médico, según el cual el terapeuta es el único experto, o el que lo sabe todo, sino que se basa en la colaboración entre el terapeuta, como experto en problemas psicológicos en general y el cliente, como experto en su problema en particular (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1990). Esto supone una ruptura con la tradicional y asimétrica relación entre terapeuta y paciente, desaparece el estatus jerárquico del terapeuta. Es más, el término *paciente* no debería ser utilizado en la nueva relación, siendo sustituido por el término *cliente* (Kelly, 1955/1991a; véase también Payne, 2002; M. White, comunicación personal, 1997; Ochoa de Alda, 2001), ya que su connotación médica expresa una asimetría entre el enfermo, el que no sabe, y el sabio, el sano, el terapeuta. El modelo que nos propone Kelly es un modelo igualitario, de colegas. Tampoco se deberían utilizar expresiones como *caso* (M. White, comunicación personal, 1997). Una palabra tan patologizadora y distante como *caso* no honra la confianza que muestra la gente que decide ir a terapia en un momento difícil de su vida (citado en Payne, 2002, p. 24).

En general, la actitud que guía todos los procedimientos de evaluación originados en la psicología de los constructos personales la expresó Kelly en lo que llamó “actitud crédula (...) Si no sabes qué es lo que le pasa a una persona, pregúntaselo, quizá te lo diga” (Kelly, 1955/1991a, p. 241; véase también en Feixas, 1998, p. 301; Feixas & Villegas, 1998, p. 96). Se considera que el marco referencial del cliente, posee una verdad intrínseca que el clínico no debe ignorar. “Lo que el cliente manifiesta es el punto de partida más válido, puesto que sus palabras y conducta (manifiesta y simbólica) poseen un valor y dignidad a respetar” (Feixas & Villegas, 1998, p. 104). Desde la perspectiva constructivista nos interesa más la realidad subjetiva del cliente y no tanto la verdad de lo que ha sucedido (Feixas & Villegas, 1998). Se “enfatan los procesos de conocimiento y se orientan hacia la evaluación de la viabilidad (utilidad) como opuesto a validez (verdad) de la visión del mundo única de cada individuo” (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996, p. 12). En base a esto, el terapeuta elige un lenguaje cooperativo, no importa lo asombroso, trivial o peculiar que sea lo que el cliente diga, el terapeuta no opta por la confrontación o polarización (Anderson & Goolishian, 1988). El terapeuta aprende, comprende y habla el lenguaje del cliente. Es un oyente respetuoso, es un aprendiz que colabora con el cliente, que trata de comprender y trabajar con su sistema de significados. El terapeuta no posee un mapa psicológico o una teoría social sobre la naturaleza humana y todas sus dificultades, terapeuta y cliente crean ese mapa juntos (Anderson & Goolishian, 1988).

Por otra parte, los constructivistas tienden a evitar los esquemas tradicionales de diagnóstico, basados en la sintomatología afectiva (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996). Critican el tremendo peso que tiene el profesional de la salud por encima de la persona del cliente, donde las opiniones del primero se imponen sobre las del segundo por estar basadas en sistemas diagnósticos y técnicas que cuentan con mucho prestigio y aparecen como verdades definitivas. Como consecuencia se corre el peligro de limitar (y quizás dañar) aún más, el potencial y los recursos naturales del cliente (Feixas, 2001). La finalidad de la evaluación psicológica no es la clasificación de la persona en una categoría diagnóstica fija y estable, la evaluación psicológica se convierte en una fase del proceso de intervención terapéutica (Botella & Feixas, 1998; R. A. Neimeyer, 1988). Sin embargo, algunos clientes agradecen un diagnóstico. Si su problema es

debido al trastorno, puede parecer menos misterioso, pueden sentirse menos solos y pueden utilizar su diagnóstico para explorar sus formas de ser (Mahoney, 2005). Es fácil encontrarnos con situaciones en las que los clientes acuden a terapia con un manual sobre el diagnóstico que su anterior psicólogo les ha ofrecido, lo han estudiado minuciosamente y se sienten felices por haber llegado a conocerse más a sí mismos con este libro; con él, dicen incluso haber descubierto cosas que antes ignoraban de sí. Algunos terapeutas también utilizan la etiqueta diagnóstica para transmitir el mensaje de que como profesional está seguro de haber identificado el problema, esto quizás tenga que ver con la dificultad del terapeuta para transmitir al cliente que ha entendido su situación, sus dificultades.

La meta de las estrategias de evaluación constructivista es obtener de los clientes un conjunto de constructos personales único con el que estructuran su propia identidad (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996), y dado que dichos constructos están diseñados como avenidas de movimiento, como las sendas a lo largo de las cuales la persona se puede mover libremente o las alternativas posibles, la evaluación basada en ellos facilita la definición de la meta de la futura terapia (Botella & Feixas, 1998). Los constructos determinan los límites de aquello que es imposible que una persona perciba, controlan la perspectiva de la persona y también entonces su conducta (Bannister & Mair, 1968). Desde la perspectiva constructivista existen por tanto una relación entre evaluación e intervención; una relación que va incluso más allá de lo planteado. En este contexto, el propio proceso evaluativo puede llegar a generar cambios en el sistema de construcción del cliente, debido a que incrementa su conciencia cognitiva (Botella & Feixas, 1998). Por ejemplo, en una investigación Feixas, López-Moliner, Navarro, Tudela y R. A. Neimeyer (1992) muestran como la administración de una rejilla de constructos personales en varias ocasiones, como técnica de evaluación constructivista, conduce a rigidificar el sistema de constructos. En dicho estudio, la administración serial de la rejilla incitó a los sujetos a observar o clarificar las predicciones implícitas en sus sistemas de constructos, lo que se tradujo en un proceso de pensamiento más coherente y organizado sobre el campo de elementos que estaban siendo considerados (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1996).

Kelly denomina a este enfoque de evaluación, “evaluación centrada en el sistema (sea éste personal o interpersonal)” (citado en Feixas & Villegas, 1998, p. 96). Es una evaluación centrada en las dimensiones empleadas por la persona para comprender y estructurar su realidad; donde el evaluador se interesa por estudiar las avenidas de movimiento que permite el sistema y su finalidad es representar cuáles de estos cursos de movimiento resultarán más factibles (Kelly, 1955/1991a; véase también Feixas & Villegas, 1998).

Actualmente existen un conjunto flexible y variado de formas de evaluación constructivistas que combinan lo intrapsíquico con lo interpersonal, lo poco estructurado con las metodologías formales, lo cuantitativo con lo cualitativo, y lo hermenéutico con lo psicométrico (G. J. Neimeyer & Neimeyer, 1993). En la clasificación adoptada por G. J. Neimeyer y Neimeyer (1993) las técnicas de evaluación constructivista se dividen en (a) orientadas a la estructura del sistema de constructos y (b) orientadas al proceso de construcción. En el primer grupo se incluye la Técnica de la Rejilla, las técnicas de escalamiento (ascendente y descendente) y la técnica ABC de Tschudi. El segundo grupo incluye el análisis de autocaracterizaciones y la técnica del nudo del problema para el análisis de situaciones familiares conflictivas. No nos vamos a detener aquí en su descripción, para una revisión del tema véase Botella y Feixas (1998) y G. J. Neimeyer (1996). Quien profundice en estas técnicas podrá observar que el espíritu de la evaluación constructivista es fundamentalmente creativo y, al igual que sucede con la psicoterapia constructiva, el objetivo principal es explorar y experimentar al servicio del desarrollo de los clientes (Mahoney, 2005).

Kelly (1955/1991a) define específicamente cuáles son las funciones que un buen procedimiento de evaluación debería tener o propósitos a los que servir (véase también Bannister & Mair, 1968):

- La primera función es que sirva para definir el problema del cliente en términos utilizables
- La segunda función es que nos pueda revelar los cursos de movimiento más factibles para nuestro cliente. Estas avenidas de movimiento son definidas por las dimensiones de los constructos personales que la persona utiliza para organizar

sus experiencias. El polo opuesto de cada constructo nos sirve como alternativa en la elección del cliente si se ve forzado a abandonar su actual visión sobre sí mismo.

- La tercera función es que nos permita construir hipótesis clínicas que seguidamente puedan ser comprobadas y puestas en uso. No siempre es necesario que un test nos muestre resultados conclusivos, será útil al terapeuta siempre que le aporte una variedad de hipótesis en relación a su cliente.
- La cuarta función es que nos revele aquellos recursos del cliente que se le pueden haber pasado por alto al terapeuta.
- La quinta función es que nos revele aquellos problemas del cliente que se le pueden haber pasado por alto al terapeuta. Hay ocasiones en que el cliente oculta información que puede ser relevante para la terapia.

A éstos puntos Kelly (1955/1991a) añade otros aspectos útiles en una evaluación, como son: a) la utilización de tests cuya evaluación no esté basada en los criterios del terapeuta, sino que se midan los criterios utilizados por el propio cliente; b) la habilidad de elicitar “constructos permeables” (Kelly, 1955/1991a, p. 56), es decir, constructos que permitan añadir en su contexto nuevos elementos, éstos le permitirán anticipar futuras posibilidades, facilitan la continuidad, se pueden seguir usando de forma continuada y son de gran relevancia y utilidad para el cliente; c) la utilización de ítems que sean representativos de las situaciones que vive esta persona. Es poco probable por ejemplo, que unas imágenes ambiguas como en el test de Rorschach representen la vida de una persona (Bannister & Mair, 1968). La inclusión de personas como elementos centrales en una prueba de evaluación incrementa su utilidad, aunque por supuesto pueden usarse otros elementos; d) tendrá mayor utilidad si como elementos se incorporan personas que han sido o son importantes en la vida del sujeto; e) también es importante que revele constructos que sean fácilmente comunicables a otros profesionales de forma que se facilite el trabajo en equipo.

De todos los instrumentos de medición que se han utilizado y que responden a la concepción que tiene de la evaluación la TCP, “Kelly ha sido quizás más conocido por

el hecho de haber diseñado la Técnica de la Rejilla, o una de sus formas standard el retest, que por el resto de sus aportaciones” (Feixas & Villegas, 1998, p. 96). En este estudio ha sido la técnica de evaluación utilizada, por lo tanto le prestaremos más atención; sin embargo, como ya hemos dicho anteriormente, la Técnica de la Rejilla, es sólo una de las posibles formas de evaluación del sistema de construcción del cliente en psicoterapia. Otras técnicas que comparten el compromiso con una epistemología constructivista, pueden resultar en determinados casos, incluso más indicadas que la propia rejilla.

2. Procedimiento de Evaluación: La Técnica de la Rejilla

La Técnica de la Rejilla es una de las formas más utilizadas para investigar los constructos personales (Kelly, 1955/1991a; Montesano et al., 2009). Muchos de estos constructos son simbolizados a un nivel verbal, una palabra o un grupo de palabras. En general todas las palabras de cualquier lenguaje tienen significados similares en el diccionario, pero las personas muchas veces usamos palabras similares para describir ideas o experiencias muy diferentes, o diferentes palabras para hablar de cosas similares. Muchas pruebas de evaluación psicológica dependen de palabras o grupos de palabras que se presentan de forma similar a todos los clientes asumiendo que todo el mundo entenderá lo mismo; sin embargo, la Técnica de la Rejilla no asume que el cliente vaya a interpretar lo mismo que el evaluador en el test; al contrario, esta técnica está diseñada para ayudarnos a determinar qué quiere decir una persona en su nivel verbal particular, con sus palabras. Nos permite explorar la estructura y contenido de las teorías implícitas o redes de significado a través de las cuales la persona percibe los acontecimientos de su vida (Feixas & Villegas, 1998). Luego, este significado personal puede compararse con el significado público (por ejemplo, con el diccionario o con el significado que tiene para otras personas) o con el significado del evaluador (Bannister & Mair, 1968). Kelly (1955/1991a) diferenciaba entre comunalidad e individualidad en la construcción del significado; y mientras otros tipos de medidas de evaluación psicológica dependen más del primero, la Técnica de la Rejilla nos permite explorar

ambos, la comunalidad e individualidad en el uso de los constructos (Bannister & Mair, 1968). Además, a diferencia de otras pruebas de evaluación psicológica, los resultados de la rejilla nos permitirán realizar generalizaciones más libres de las influencias culturales (Bannister & Mair, 1968).

El proceso de aplicación de la rejilla es llevado a cabo fundamentalmente en tres fases (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Cornejo, 1996). La primera de ellas es la fase de diseño, en ella se decide qué parámetros se van a utilizar para la aplicación concreta. Posteriormente, en la fase de administración se pone en juego la forma de entrevista estructurada que produce la rejilla y su consiguiente matriz numérica. Y por último el análisis de los resultados.

El diseño de una rejilla consiste en una planificación general que viene determinada por los objetivos del terapeuta. La Técnica de la Rejilla no es un procedimiento totalmente estandarizado como lo son otras pruebas psicológicas, sino que hay que adaptarla a los objetivos y a la situación de evaluación en que se pretenda realizar (Feixas & Cornejo, 1996). Cada rejilla supone un diseño complejo a efectuar para cada caso concreto en el que hay que tomar una serie de decisiones importantes: número y tipo de elementos (determinarán el área de construcción a estudiar), número y tipo de constructos (que sirven para discriminar entre los elementos), sistema de elicitación y puntuación (que valora los elementos en función de la dimensión bipolar que representa cada constructo), y procedimientos de análisis. No se puede decir por tanto que exista un modelo de rejilla concreto, se trata más bien de una técnica que puede asumir distintas formas de acuerdo con el propósito de la evaluación (Feixas & Villegas, 1998).

La rejilla se estructura como una tabla de doble entrada donde se sitúan los elementos y los constructos, originando una red o entramado que le confiere el nombre de “rejilla” (Feixas & Villegas, 1998, p. 99).

Los elementos de una rejilla pueden ser cualquier tipo de acontecimiento, desde una persona a un objeto o situación (Feixas & Villegas, 1998). Su elección se realiza en función del área o ámbito de conveniencia en el que se quiere estudiar la actividad constructiva del cliente. Un aspecto importante a tener en cuenta es que los elementos deben ser homogéneos con el fin de que los constructos empleados puedan

corresponder a un mismo ámbito de conveniencia y permitir comparaciones significativas (véase Feixas & Cornejo, 1996; Yorke, 1985). En el originario Rep-Test (Test del Repertorio de Constructos de Roles) Kelly (1955/1991a) empleó una lista de roles como elementos, que incluyen personas significativas en la vida del sujeto así como algunas figuras de contraste. Este tipo de elementos son los que suelen utilizarse en las investigaciones en el campo clínico, personas representativas del mundo del sujeto o de su problema (por ejemplo, padre, madre, hermanos, pareja...), incluyendo al propio cliente, “yo actual” (Feixas et al., 2003, p. 156). En ocasiones también puede resultar aconsejable incluir elementos de contraste, como por ejemplo añadir una persona non grata para el cliente, o dividir el elemento “yo” en varios aspectos posibles: por ejemplo: yo ideal, “yo con el síntoma”, “yo antes del síntoma” (Botella & Feixas, 1998, p. 86).

Una vez obtenidos los elementos, se trata de elicitar los constructos con el cliente, a no ser que los proporcione el propio terapeuta (véase por ejemplo Sánchez, 1988, 1990). En tal caso esos constructos responderán más a los intereses de investigación del evaluador que al propio mundo del sujeto (Feixas & Villegas, 1998). En caso de elicitarlos, existen diversidad de procedimientos. Epting, Suchman y Nickeson (1971) y Yorke (1985) aconsejan el procedimiento de comparación diádica: preguntar en qué característica importante se parecen (o se diferencian) dos elementos. Una vez obtenido un polo del constructo, le preguntaremos por su opuesto personal, dejando claro que éste no tiene por qué coincidir con el antónimo del diccionario (Feixas & Villegas, 1998). Y así sucesivamente se irán presentando distintos pares de elementos hasta obtener el número de constructos deseado. Cuando al responder la persona repite un constructo se la escucha, pero no se anota de nuevo ni se pregunta por el opuesto. Por supuesto, por obvias razones de tiempo no pueden presentarse todas las combinaciones posibles de elementos (dos a dos) sino que hay que hacer una selección, y más teniendo en cuenta que por cada diáda se pueden obtener varios constructos. Feixas y Cornejo (1996) recomiendan incluir a cada elemento al menos en una de las diádas presentadas, también conviene incluir el elemento “yo” al menos junto con el padre, la madre, la pareja, la persona non grata y algún hermano. Para revestir de un mínimo de validez a un diseño de rejilla, el mínimo de elementos se situaría en 10 y el de constructos en 8,

siendo recomendable que como mínimo tengamos un número superior a 100 al multiplicar los constructos por los elementos (Feixas & Cornejo, 1996; Rivas & Marco, 1985). Feixas et al. (2003) recomiendan no usar más de una veintena de constructos, ya que un número mayor dificulta el manejo de los datos. Por otra parte, se descartarán aquellos constructos que no resulten adecuados a los propósitos del terapeuta, nos referimos a aquellos constructos que suelen carecer de relevancia en una evaluación psicológica, por ejemplo, la semejanza entre dos personas en su color de cabello (Feixas & Villegas, 1998). Feixas (1988) clasifica este tipo de constructos como descriptivos, mientras que los que generalmente nos interesan son los evaluativos.

Una vez elicidados constructos y elementos, se anotan en la tabla de doble entrada del protocolo. Esta tabla consiste en una matriz en la que en cada casilla se cruzan un constructo y un elemento. La finalidad de esta disposición es que cada constructo se aplique sobre todos los elementos mediante algún sistema de puntuaciones. La tarea que le queda al sujeto es otorgar una puntuación (de acuerdo con el sistema elegido) que defina la situación que ocupa cada elemento en relación a cada constructo. En general, se aconseja que lo haga complementando filas, de izquierda a derecha, y siguiendo una nueva fila al acabar la primera.

El sistema de puntuaciones más utilizado es el de intervalos tipo Likert de siete puntos (Feixas & Cornejo, 1996). A cada elemento se le asigna un valor en una escala definida por los dos polos de los constructos. El extremo 1 de la escala hace referencia al polo escrito a la izquierda y el extremo 7 al polo escrito a la derecha, el punto medio (4) es una posición neutra que no se decanta por un polo u otro (Feixas et al., 2003). Por ejemplo, en el constructo *honrada - sin vergüenza*, la puntuación 1 en un elemento significaría *muy honrada*, 2 *bastante honrada*, 3 *un poco honrada*, 4 *punto medio*, 5 *un poco sin vergüenza*, 6 *bastante sinvergüenza* y 7 *muy sinvergüenza*. Este sistema ofrece más libertad a la hora de aplicar los constructos a los elementos y no obliga a hacer discriminaciones cuando éstas no tienen sentido. Véase Feixas y Cornejo (1996) para más detalles sobre la utilización de escalas dicotómicas y ordinales. En la Figura 2 se muestra un ejemplo de rejilla cumplimentada por un sujeto.

	Yo ahora	Yo antes del problema	Yo dentro de 6 meses	Madre	Padre	Pareja	Hijo /o Hermano	Persona significativa 1	Persona significativa 2	Hombre agradable	Mujer agradable	Hombre desagradable	Mujer desagradable	Yo Ideal
1. ...Buena.....	3	2	1	1	5	2	3	1	2	2	2	6	5	1
1.Mala.....	2	3	4	1	2	1	2	2	2	1	2	5	6	2
2. ...Inteligente.	6	3	4	1	2	1	2	2	2	1	2	5	6	2
2.Tonta	3	4	1	2	1	2	2	2	2	1	2	5	6	2
3. ...Tozuda.....	5	3	4	2	2	1	2	3	3	2	1	3	5	2
3. ..Se deja llevar	4	2	2	1	2	3	2	2	2	3	2	4	5	3
4. ...Realista....	5	3	2	2	1	2	3	2	2	3	2	4	5	3
4.Fantasiosa..	2	2	3	2	2	1	2	2	1	2	1	3	3	1
5. ...Alegre.....	5	2	3	2	2	1	2	2	1	2	1	3	3	1
5.Triste.....	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	5	6	2
6. ...Sincera.....	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	5	6	2
6. ...Hipócrita....	2	2	2	1	2	2	3	1	1	2	1	6	7	1
7. ...Justa.....	2	2	2	1	2	2	3	1	1	2	1	6	7	1
7. ...Injusta.....	7	3	4	2	1	2	3	2	3	2	2	5	5	2
8. ...Equilibrada	5	2	3	1	1	2	3	2	2	1	2	5	4	2
8. ...Inestable....	3	1	1	2	3	2	2	2	1	2	5	4	2	
9. ...Tranquila...	7	2	4	2	1	2	3	2	1	1	2	1	2	1
9. ...Nerviosa....	5	3	4	4	5	5	3	3	4	3	3	1	2	3
10. ...Decidida...	6	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	5	6	2
10. ..Indecisa....	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	5	6	2
11. ..Espontánea.	5	3	4	4	5	5	3	3	4	3	3	1	2	3
11. ..Responsable	6	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	5	6	2
12. ..Voluntariosa.	2	3	2	1	2	2	2	2	2	1	2	5	6	2
12. ..Dejada.....	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	5	6	2

1 MUY	4 PUNTO	5 UN POCO
2 BASTANTE	MEDIO	6 BASTANTE
3 UN POCO		7 MUY

Figura 2. Ejemplo de la Técnica de la Rejilla

Con respecto a la fase de administración, se utiliza una forma de entrevista estructurada que implica la interacción entre terapeuta y cliente. Resulta adecuado crear un contexto relajado y de seguridad que permita a la persona expresar sus constructos personales (Feixas et al, 2003). Por esta razón, se recomienda administrar la primera rejilla en la segunda o tercera sesión, una vez que se ha establecido una mínima alianza terapéutica (Feixas & Cornejo, 1996). También es importante la actitud del terapeuta, éste debe mostrar su respeto y deseo de conocer sin juzgar (Feixas et al., 2003). Tampoco debe olvidar que lo que interesa es captar los procesos de construcción del cliente reduciendo al mínimo su influencia como entrevistador (Feixas & Cornejo, 1996).

3. Evaluación de los resultados de la Técnica de la Rejilla

La evaluación de los resultados de la rejilla se puede interpretar a dos niveles básicos, centrándose en el contenido y en la estructura de las construcciones del cliente (Bannister & Mair, 1968; Botella & Feixas, 1998; R. A. Neimeyer, 1996). Estos dos tipos de análisis no son mutuamente excluyentes, son dos formas complementarias de cómo el sistema de constructos personales puede ser analizado.

A nivel de contenido, las rejillas se pueden analizar de manera cualitativa (véase Botella & Feixas, 1998) haciendo referencia por ejemplo al *número de elementos* (aporta información sobre la extensión de la red de relaciones interpersonales del cliente); *número de constructos* (proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema de construcción del cliente; un cliente que disponga de un sistema de constructos diferenciado, es decir, de bastante cantidad de ellos, posee bastantes avenidas de movimiento y construye su mundo interpersonal de forma multidimensional; sin embargo, un cliente que sólo consiga elicitación de cuatro o cinco constructos nos da una imagen de alguien con menos alternativas disponibles y con una percepción de su mundo interpersonal francamente reducida); *contenido temático de los constructos* (la presencia de varios constructos con un mismo contenido temático subyacente indica cuáles son las áreas del sistema de construcción del cliente con un mayor grado de estructura y de mayor relevancia personal); *alternativas conductuales ofrecidas por los constructos* (la consideración de los constructos personales como avenidas de movimiento lleva a plantearse qué alternativas dejan abiertas a la conducta del cliente); *valores indicados por el polo preferido de los constructos* (la evaluación del elemento yo ideal en cada constructo permite hacerse una idea de los valores del cliente).

A nivel estructural, los datos de la Técnica de la Rejilla se pueden analizar concentrándose en el grado total de diferenciación en el sistema de constructos del cliente o entre las figuras consideradas en la rejilla, podemos analizar también las relaciones específicas entre constructos o elementos dados y toda una serie de características más que se pueden extraer de programas informáticos especialmente

ideados para el análisis matemático de rejillas (R. A. Neimeyer, 1996). Uno de los programas más utilizado en España es el programa RECORD v.4 (Feixas & Cornejo, 2002), este programa realiza automáticamente los cálculos matemáticos. Para un buen uso de este programa remitimos al lector a la lectura de su manual de la versión 2.0 (Feixas & Cornejo, 1996) complementado por el manual operativo de la versión 4.0 (disponible en Internet: www.terapiacognitiva.net/record). Los resultados de estos análisis a través del programa Record nos pueden permitir comparar sujetos en base a las puntuaciones en una serie de índices cognitivos. No es el objetivo de esta tesis el realizar una revisión sistemática de estos índices y se han seleccionado sólo algunos de los más relevantes. Para una revisión más extensa de estos índices y la bibliografía sobre ellos remitimos al autor a los textos de Feixas y Cornejo (1996) y Winter (1992) entre otros.

A través de estos resultados, podemos obtener información de gran relevancia psicológica (véase Feixas et al., 2003) como es por ejemplo, la construcción de la identidad del self o autoconcepto basándonos en la combinación entre la correlación yo-ideal (“autoestima”, p. 164), yo-otros (como un indicador del “aislamiento social autopercibido”, p. 165), e ideal-otros (indicador de la “adecuación percibida en los otros”, p. 165). También nos aporta información sobre la “autodefinición” del cliente (p. 160), a través de los constructos en los cuales el sujeto se posiciona claramente en uno de los polos (valor 7 ó valor 1 en la escala que utilizamos); sobre los “constructos discrepantes” (p. 162) en los cuales existe una diferencia notable (de 4 ó más puntos) entre el yo actual y el yo ideal; y los “constructos congruentes” (p. 162) aquellos que no se diferencian más de un punto entre el yo actual y el yo ideal, éstos últimos señalan posiblemente constructos más nucleares, que definen el sí mismo del sujeto y que éste no desea cambiar.

Otros índices de medida de significación psicológica se han derivado del análisis cuantitativo de los datos contenidos en la rejilla, entre ellos:

a) la “diferenciación” (Feixas et al., 2003, p. 166) o “complejidad cognitiva” (Botella & Feixas, 1998, p. 97), es definida como la capacidad para utilizar el sistema de constructos personales de forma multidimensional (véase también Bieri, 1966). Una persona cognitivamente compleja es capaz de construir sus experiencias desde

diferentes puntos de vista (Feixas et al., 2003). Cuanto más compleja sea su estructura, mayor capacidad y facilidad tendrá esa persona para integrar diferentes acontecimientos, lo cual podría ser un indicio de flexibilidad y capacidad de adaptación; sin embargo, también puede dar lugar a confusión, debido a la posible dificultad para guiarse por principios más generales (Botella & Feixas, 1998). En relación a esto, Linville (1982) ha demostrado que las personas con mayor *complejidad cognitiva* en el dominio del self (es decir, con un autoconcepto multidimensional) muestran menos cambios de estado de ánimo que aquéllas con autoconceptos más simples y unidimensionales; y atribuye este resultado a que las personas con mayor *complejidad cognitiva* tienen una mayor capacidad para afrontar la invalidación de un área de su autoconcepto sin que ésta se transfiera a las demás. En este sentido Botella y Feixas (1998) mencionan un claro ejemplo: Una persona con elevada complejidad cognitiva será capaz de aceptar que no es tan eficiente en su trabajo como creía sin que eso se transfiera a su autoconcepto como padre o como amigo. Anteriormente Miller (1968) también observó como la gente que está bajo estrés eran menos complejos cognitivamente. Una de las formas de cálculo de la *complejidad cognitiva* a partir de los datos de la rejilla es el índice de Bieri (Bieri et al., 1966) aunque actualmente es más utilizado el porcentaje de varianza explicado por el primer factor (PVEPF), medida derivada del análisis de correspondencias a través del programa Record (Feixas et al., 2003). Otro índice que se puede relacionar con la *diferenciación* es la intensidad de Bannister (1962), quien lo propuso como medida de laxitud o rigidez del sistema de constructos y se basa en la fuerza de las correlaciones entre los constructos;

b) la “polarización” y “constricción” (Botella & Feixas, 1998, p. 98). La polarización en el uso de un constructo indica su grado de significación y hace referencia al grado en que esa persona construye la realidad de forma dicotómica o polarizada (Feixas et al, 2003); mientras que la constricción o indefinición indica su poca utilidad como eje de discriminación (Botella & Feixas, 1998). La polarización de un constructo puede medirse según el número de puntuaciones extremas en dicho constructo (véase Bonarius, 1977) y la constricción mediante el número de puntuaciones intermedias. Un índice elevado de constricción suele ir asociado a altos niveles de ansiedad, pues la persona no dispone de un sistema de constructos que le

permita anticipar los acontecimientos con una mínima seguridad (Botella y Feixas, 1998). Una alta polarización ha sido considerada como una forma de rigidez cognitiva, es decir, como una visión en términos de “blanco y negro”, “todo o nada”. Algunos estudios sugieren que un alto grado de polarización está asociado a la severidad de los síntomas depresivos, tienden a autodefinirse en términos muy polarizados (R. A. Neimeyer, 1985c; R. A. Neimeyer & Feixas, 1992). En la clínica se observa que los depresivos suelen tener una visión polarizada de los acontecimientos y de las personas. Otros estudios también lo han asociado a otros trastornos como la esquizofrenia (Dingemans, Space, & Cromwell, 1983).

c) los “conflictos cognitivos” (Saúl, 2006, p. 13), se identifican como configuraciones particulares de constructos que conducen a acciones o disposiciones contradictorias que sitúan al sujeto frente a una situación dilemática. Este índice se calcula considerando las correlaciones entre pares de constructos de cada posible tríada en el sistema de la persona; en función de cómo resulten esas correlaciones, la tríada se clasifica como equilibrada o desequilibrada (véase Botella & Feixas, 1998; Feixas et al., 2001).

Todos estos índices y otros posibles (véase la revisión de Winter, 1992) son obtenidos automáticamente a través del programa Record.

La utilización de la Técnica de la Rejilla presenta una serie de ventajas (E. Button, 1985). Es una técnica que posee la fuerza tanto de los test proyectivos, puesto que nos da información sobre el mundo subjetivo del cliente; como de los cuestionarios objetivos, ya que sus medidas cuantitativas permiten la valoración de la eficacia del tratamiento. Se trata además de una técnica de evaluación que no aporta una simple valoración del cliente sino también una importante información sobre su estructura cognitiva, su contenido y sus relaciones personales (Feixas et al., 2003). Es una técnica muy flexible, permite evaluar tanto la relación del cliente con los otros significativos como la imagen de sí mismo; además de ser un elemento de interacción que favorece la alianza terapéutica y agiliza el proceso de evaluación (Feixas et al., 2003).

La Técnica de la Rejilla le puede sugerir al terapeuta nuevas hipótesis de trabajo, áreas que explorar así como posibles objetivos terapéuticos (Feixas et al., 2003). Los resultados nos pueden ayudar por ejemplo, a conocer cuáles son las áreas de

construcción individual que requieren intervención y cuáles son las sendas a través de las cuales el cliente se puede mover libremente (E. Button, 1985). Sheehan (1981) señala en este sentido el ejemplo de puntuaciones extremas en el yo-ideal, éstas indicarían la necesidad de moderar los excesivos standards del cliente, ideales perfeccionistas imposibles de obtener. Todo ello puede ser fundamental para diseñar nuestra intervención como terapeutas y orientar el proceso terapéutico, aunque somos conscientes de que estos no son los únicos elementos a considerar (Feixas et al., 2003).

Por último, recordar que la Técnica de la Rejilla es sólo una de las posibles formas de evaluación del sistema de construcción del cliente en psicoterapia, generadas en el seno de la TCP (Botella & Feixas, 1998). Y que además de ser un instrumento de evaluación, la rejilla ha mostrado su utilidad en el campo de la investigación en psicoterapia (Winter, 1993).

4. El análisis de contenido

4.1. Introducción

La mayor parte de las investigaciones dentro de la TCP están dirigidas a analizar las variaciones en los constructos y elementos usando medidas estructurales (Green, 2004). Precisamente la Técnica de la Rejilla tiene un potencial atractivo en cuanto a análisis cuantitativos. Sin embargo, se han realizado muchas menos investigaciones en relación al contenido. Se trata de usar técnicas de análisis de contenido que nos permiten sistemáticamente analizar el contenido de los constructos personales obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla.

Existen diferentes líneas de investigación en relación al análisis de contenido (véase Green, 2004). Una de ellas es el recuento de frecuencias de palabras, técnica útil para analizar las palabras que aparecen en una o varias rejillas, dado que el número de palabras que aparecen en una rejilla no es muy grande. Un segundo tipo sería el análisis

de la co-ocurrencia de palabras, por ejemplo el número de veces que dos palabras aparecen juntas; este es más útil en el caso de textos más largos. Y un tercer tipo de análisis de contenido es la codificación en unidades de texto (p. ej., palabras, frases o párrafos) usando algún esquema de codificación. Éste último ha sido el más usado en la investigación de la TCP.

El método utilizado por varios autores (Honey, 1979; Jankowicz, 2004; Stewart & Stewart, 1982; Wright, 2004) para analizar el contenido de los constructos personales consiste en recoger los constructos de cada rejilla y agruparlos por similitud. La desventaja de este modelo de análisis es la poca replicabilidad que estos estudios tienen si no se desarrolla un determinado modelo de codificación, riguroso y transparente. Por esta razón, estos mismos autores resaltan la importancia de que otra persona repita el mismo proceso, y analizar en qué medida están o no de acuerdo en esa categorización. Honey (1979) sin embargo recomendó la utilización de dos codificadores más para garantizar el potencial de los códigos desarrollados. Realmente la literatura disponible ofrece muy pocas bases empíricas sobre el número de codificadores que deberían usarse. En general, cuando más codificadores haya, mayor fiabilidad del modelo de codificación, es decir, si otros codifican esos datos, habrá mayor probabilidad de obtener los mismos resultados. Autores como Krippendorf (2004) discuten sobre la actuación de segundos codificadores, ya que es probable que éstos conozcan los objetivos del investigador y su codificación no sea totalmente independiente.

En algunos de estos estudios sobre el análisis de contenido de los constructos personales se han utilizado un pequeño número de categorías que han sido usadas para facilitar la codificación de dichos constructos. Por ejemplo, Bieri, Bradburn y Galinsky (1958), elaboraron un sistema de categorías de constructos externos, constructos relacionados con cualidades externas, características físicas, relaciones, intereses y actividades, y Little (1968) hablaba de categorías de constructos psicológicos o de rol. Éste último fue retomado por Duck y Spencer (1972) y añadieron otra categoría relacionada con la amistad. Walker, Ramsey y Bell (1988) codificaron constructos en base a si estaban relacionados con las personas o con problemas, si eran constructos globales o subordinados y si era una construcción preventiva e impermeable. Una segunda codificación de estos últimos constructos obtuvo un porcentaje de acuerdo

entre codificadores del 99% (Krippendorf 2004; Neuendorf 2002). Podemos añadir también los estudios de análisis de contenido de Stewart y Stewart (1982) que también utilizaron un pequeño número de categorías predefinidas.

También Landfield (1971) desarrolló un sistema de codificación de 22 categorías, que incluía un pequeño número de subcategorías para indicar el tiempo (p. ej., pasado, presente o futuro) o el grado (p. ej., alto o bajo). Este sistema de codificación es descrito con detalle por Fransella (1972) y Winter (1992) y ha sido utilizado total o parcialmente en un gran número de estudios que incluyen investigaciones sobre tartamudos (Fransella, 1972), agresores (Horley, 1988), suicidio (Landfield, 1976) y psicoterapia (Winter, 1992). El porcentaje de acuerdo entre codificadores respecto a este sistema de codificación es explicado por Fransella (1972) y el rango de acuerdo entre codificadores estaba entre 59% y 75%. Fransella explicó que había una minoría de constructos que podían ser incluidos en varias categorías, en estos casos el “constructo implícito” (Kelly, 1955/1991a, p. 96) era usado para determinar la categoría más apropiada. Según explica, los problemas respecto al acuerdo entre codificadores hubieran sido menores si se les hubiera proporcionado más entrenamiento. Burke y Noller (1995) observaron en sus análisis que algunos constructos podían ser codificados en por lo menos cuatro categorías diferentes. Este problema fue planteado como una de las limitaciones del sistema de codificación de Landfield (Feixas, Geldschläger, & R. A. Neimeyer, 2002).

Otras limitaciones identificadas por Feixas, Geldschläger y R. A. Neimeyer (2002) incluían la solapación, categorías no exclusivas, la codificación independiente de los polos de los constructos, así como la inclusión de categorías de diferente tipo y con diferentes niveles de abstracción. Tampoco entendían por qué categorías en las que había poco acuerdo entre codificadores eran desechadas. En estudios más recientes se han propuesto estrategias alternativas, por ejemplo, Neuendorf (2002) propuso que una vez que se han identificado las categorías más problemáticas, se recomienda un entrenamiento en codificación mayor o un manual de codificación (véase también Hruschka et al., 2004).

Teniendo presentes las anteriores limitaciones, Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002) desarrollaron un sistema de categorías de codificación que contiene 45 sub-

categorías y que presentaremos más adelante. Este sistema de codificación fue desarrollado solamente para la codificación de constructos psicológicos, y las categorías fueron jerárquicamente organizadas (por ejemplo, la mayor categoría era moral), de tal forma que si un constructo podía ser codificado en dos categorías diferentes, se colocaría en la categoría de mayor orden. Otra de sus características es que los constructos podían ser codificados en sus dos polos de forma independiente, cuando los polos parecen pertenecer a diferentes áreas. Este último aspecto fue considerado por Yorke (1989) que proporcionó varios ejemplos de constructos que eran antónimos y constructos donde era difícil especificar su relación. El sistema de categorías de Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002) fue desarrollado usando una adecuada metodología, se utilizaron codificadores independientes que tuvieron un entrenamiento de 3 horas, lo cual contribuyó al alto porcentaje de acuerdo ente ellos (0.87). Similares niveles de acuerdo han sido obtenidos por Haritos, Gindidis, Doan y Bell (2004) en sus estudios sobre las diferencias en los constructos generados y la estructura de la rejilla entre aquellas en donde se conocían los elementos y las rejillas donde sólo se especificaba el rol.

Otro estudio sobre el análisis del contenido de los constructos personales fue llevado a cabo por R. A. Neimeyer et al. (1984) que desarrollaron un sistema de 25 categorías para la codificación de constructos sobre la muerte. En la parte final de su desarrollo se utilizaron tres codificadores independientes y a partir de sus resultados se añadieron algunas categorías y se anularon otras. El porcentaje de acuerdo entre los codificadores fue de 0.81-1.0. Aunque este sistema de categorías tiene una serie de limitaciones, su publicación sobre como un gran número de palabras fueron codificadas fue de gran interés. Además su transparencia y reproducibilidad era mucho mayor que en otros sistemas de codificación (Green, 2004).

Otros estudios de análisis de contenido tienen que ver con la frecuencia de palabras o la co-ocurrencia de palabras de un texto (por ejemplo Rosenberg & Jones, 1972). Una desventaja de estos estudios es que necesitan textos mucho más largos que el utilizado en la Técnica de la Rejilla. Harter et al. (2004) y Yorke (1989) añaden otro tipo de problemas a estos estudios en relación al intento de inferir significado desde una palabra individual en ausencia de su contexto. En otros casos la unidad de análisis no es

la palabra sino una frase, se trata de grabar las respuestas de cada cliente, transcribirlas y analizarlas usando una escala estandarizada (véase por ejemplo, Gottschalk, 1995; Viney, 1983). Un problema que presentan estos estudios es el alto grado de entrenamiento que se necesita para usar estas escalas; sin embargo, se han desarrollado varios programas computerizados que reducen bastante este esfuerzo (Roberts & Robinson, 2004). En muchas ocasiones la validez de estos estudios depende de la calidad de la transcripción realizada. Otros autores como Feixas y Villegas (1991) han desarrollado métodos aplicables a largos textos, en concreto para el análisis de textos autobiográficos, ellos mismos comentan las dificultades de estas investigaciones en relación al esfuerzo que conllevan.

Kelly diferenció sus análisis de aquellos que confían principalmente en los análisis verbales o sintácticos, y declaró que él estaba principalmente interesado en “las alternativas dicotómicas entre las cuales los clientes deben continuamente elegir” (citado en Green, 2004, p. 87). Añadiendo a esto los intereses de nuestra investigación y las aportaciones de Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002), nos hemos decantado por utilizar un sistema de categorías que nos permitiera analizar el contenido de los constructos personales en diferentes grupos de personas.

4.2. Sistema de categorías de contenido para la codificación de los constructos personales.

Como ya hemos comentado, el análisis del contenido de los constructos personales es una de las propuestas de evaluación de los resultados de la Técnica de la Rejilla. Estos constructos pueden ser agrupados en categorías de acuerdo con sus áreas temáticas utilizando como referencia el sistema de categorías de contenido para la codificación de constructos personales (SCCP) desarrollado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002). Estos autores presentaron un sistema de cuarenta y cinco categorías de contenido para la codificación de constructos personales obtenidos mediante la administración de la Técnica de la Rejilla. Estas categorías están estructuradas en seis

áreas básicas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual /operacional y de valores/ intereses.

De este modo podemos analizar cuáles son las áreas temáticas de los constructos elicitados, es decir, agrupar los constructos por áreas y detectar cuáles son las predominantes, y cuáles son más deficitarias. La presencia de varios constructos con un mismo contenido temático subyacente nos va a indicar cuáles son las áreas del sistema de construcción del cliente con un mayor grado de estructura y de mayor relevancia personal. Este procedimiento se puede llevar a cabo tanto a nivel individual como grupal. De esta manera, se pueden poner a prueba hipótesis relacionadas con el tipo de contenido predominante en distintos grupos de sujetos, así como identificar áreas carentes de constructos (Feixas, Geldschläger, Carmona et al., 2002)

La elaboración de este sistema de categorías partió de una muestra de 430 constructos personales extraídos de las rejillas de 31 sujetos de habla castellana que habían consultado en el Centro de Terapia Cognitiva de Barcelona en relación a diversas dificultades personales y clínicas. Estos constructos fueron tratados como etiquetas sueltas, en cuanto a sus polos y acepciones, y listadas en función de su frecuencia. Finalmente, se fueron agrupando en categorías de acuerdo con sus áreas temáticas generales y específicas, procediendo de lo más concreto a lo más general.

Mediante sucesivas agrupaciones se llegó a un total de 45 categorías. A un nivel de abstracción superior estas categorías, a su vez, fueron agrupadas en seis grandes áreas. Para facilitar la fiabilidad del sistema, y para resolver posibles solapamientos entre áreas, se dispuso de un orden jerárquico entre ellas, de forma que siempre que un constructo pueda clasificarse en un área de rango superior se opta por incluirlo en dicha área aunque exista también la posibilidad de incluirlo en una de rango inferior. El orden jerárquico es el siguiente: 1. moral, 2. emocional, 3. relacional, 4. personal, 5. intelectual/ operacional, y 6. de valores e intereses.

El SCCP se centra en lo que Feixas (1988) cataloga como constructos valorativos, que describen las valoraciones que hacen las personas acerca de las características psicológicas de sí mismo y de los demás. Otros tipos de constructos, como pueden ser constructos superficiales (fácilmente objetivables), constructos figurativos

(comparaciones con otra figura) o constructos de relación (descripciones de una relación) se han de excluir en un paso previo a la codificación con el SCCP.

El sistema está diseñado en forma de categorías exclusivas y exhaustivas. Para clasificar un constructo siempre hay que tener en cuenta el significado global que transmiten las etiquetas empleadas para describir cada uno de sus polos. La etiqueta del segundo polo matiza y concreta el significado transmitido por la etiqueta del polo emergente (Feixas, Geldschläger, Carmona et al., 2002).

A continuación, describimos en su orden jerárquico las áreas y, designadas con las letras del abecedario, las categorías específicas dentro de cada área. No se ha planteado ningún orden jerárquico entre las categorías específicas.

4.3. Áreas del Sistema de Categorías para Constructos Personales (SCCP)

Área 1: Moral

Se trata de una valoración que hace el sujeto con respecto al valor moral de la persona descrita o del elemento. Esta valoración supone un juicio acerca de su bondad, generosidad, equidad, o cualquier otra característica de este género.

Dentro del área moral se distinguen, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que se exponen a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

1A:	BUENA buen corazón buen padre	MALA no merece ser aceptada mal padre
1B:	ALTRUISTA generosa se puede contar con ella se preocupa por los demás desprendida	EGOÍSTA va a la suya pasa de los demás no está cuando la necesitan agarrada
1C:	HUMILDE sencillo	ORGULLOSA aires de superioridad

1D:	RESPETUOSA cuidadosa	JUICIOSA despectiva
1E:	FIEL legal	INFIEL ilegal
1F:	SINCERA auténtica clara ser una misma	FALSA hipócrita segundas intenciones mentirosa
1G:	JUSTA	INJUSTA
1H:	RESPONSABLE comprometida se entrega	IRRESPONSABLE pasa desinteresada
1O:	OTROS	

Área 2: Emocional

Consiste en algún tipo de discriminación con respecto al grado de emocionalidad o sexualidad de la persona descrita, a su actitud emocional ante la vida (p. ej., optimismo), o bien con respecto a emociones específicas.

Dentro del área emocional se distinguen, sin orden jerárquico, ocho categorías específicas que se exponen a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

2A:	VISCERAL impulsiva espontánea emocional tiene prontos	RACIONAL intelectual cerebral controlada analítica
2B:	CÁLIDA cariñosa dulce afectiva tierna sensible siente las cosas expresa sentimientos expresa el cariño	FRÍA dura distante áspera insensible sin sentimiento no demuestra afecto guarda su interior
2C:	OPTIMISTA vital ilusionada	PESIMISTA apagada desilusionada

2D:	EQUILIBRADA tranquila relajada atemperada	DESEQUILIBRADA irritable nerviosa ansiosa sufridora neurótica
2E:	EMOCIONES CONCRETAS alegre contenta envidiosa rencorosa tener miedo	 triste insatisfecha no envidiosa no rencorosa no tener miedo
2F:	SEXUALIDAD sexual	 frígida
2O:	OTROS	

Área 3: Relacional

Se trata de todos aquellos aspectos que describen la modalidad de relación con los demás. Aunque en último término todos los constructos pueden afectar las relaciones, esta área se reserva para aquellos que son específicos del ámbito relacional.

Dentro del área relacional se distinguen, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que se exponen a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

3A:	EXTROVERTIDA sociable tiene amigos íntimos integrada socialmente comunicativa abierta dialogante	INTROVERTIDA tímida retraída solitaria cerrada reacia a expresar habla poco
3B:	AGRADABLE simpática afable encantadora	DESAGRADABLE antipática mal educada pesada
3C:	DIRECTA sencilla clara habla poco, dice mucho	RETORCIDA rebuscada da rodeos habla mucho, dice poco

3D:	TOLERANTE sumisa vive su vida y deja vivir transigente	AUTORITARIA dominante déspota
3E:	CONFORMISTA se deja llevar dócil resignada no sabe decir que no	REBELDE luchador inconformista resistente no se dejan pinchar
3F:	DEPENDIENTE busca la plenitud en la pareja necesita ayuda pendiente de aprobación posesiva	INDEPENDIENTE sabe estar sola no quiere ataduras pasa de la opinión de los demás libertadora
3G:	PACÍFICA no se mete con los demás	AGRESIVA peleona conflictiva
3H:	COMPRENSIVA escucha atenta empática	NO COMPRENSIVA no escucha no es capaz de comprender
3I:	CONFIADA	SUSPICAZ
3O:	OTROS	

Área 4: Personal

Se refiere a una variedad de características tradicionalmente adscritas al área de la personalidad, carácter o forma de ser, excluyendo aquellas más típicamente morales, relacionales y emocionales que ya han quedado incluidas en áreas anteriores.

En el área personal se distinguen, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que se exponen a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

4A:	FUERTE valiente	DÉBIL cobarde vulnerable
	segura confía en si misma	insegura no está segura de sí
4B:	ACTIVA dinámica	PASIVA estática

	vive la vida divertirse	no disfruta la vida se pierde cosas
4C:	TRABAJADORA fuerza de voluntad si quieres algo tienes que pagar por ello constante exigente	VAGA cómoda querer que las cosas salgan sin esforzarse inconstante
4D:	ORDENADA obsesiva formal quiere hacer las cosas bien	CAÓTICA sin minuciosidad dejada descuidada
4E:	DECIDIDA sabe lo que quiere tiene criterios propios	INDECISA no sabe lo que quiere dubitativa
4F:	FLEXIBLE mentalidad abierta mente amplia busca experiencias nuevas	RÍGIDA recta testaruda tozuda
4G:	REFLEXIVA consciente profunda se cuestiona	SUPERFICIAL inconsciente no ve más allá acrítica
4H:	MADURA adulta seria realista	INMADURA infantil alocada no toca de pies al suelo
4O:	OTROS	

Área 5: Intelectual/ Operacional

Concierne a los aspectos relacionados con toda una variedad de capacidades, habilidades y conocimientos, tanto en el orden intelectual como en el operativo.

Dentro del área intelectual/operacional se distinguen, sin orden jerárquico, ocho categorías específicas que se exponen a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

5A: CAPAZ	INCAPAZ
Hábil	torpe
tiene dominio de las cosas	incompetente
5B: INTELIGENTE	TONTA
lista	corta
capacidad intelectual	le cuesta
5C: CULTA	INCULTA
tiene educación	maleducada
sabe explicar las cosas	ignorante
afán de conocimiento	se conforma con lo que sabe
5D: CONCENTRADA	DISPERSA
centrada	da rodeos
5E: CREATIVA	NO CREATIVA
imaginativa	rutinaria
5F: HABILIDADES ESPECÍFICAS	
5O: OTROS	

Área 6: Valores e intereses

Como su nombre indica en este área se incluyen los constructos que hacen referencia a los valores ideológicos, religiosos, o específicos, así como intereses diversos (musicales, culturales, deportivos, etc.).

En el área de valores e intereses se distinguen, sin orden jerárquico, tres categorías específicas que se exponen a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

6A: VALORES IDEOLÓGICOS, POLÍTICOS, RELIGIOSOS, SOCIALES, MORALES, Y DE GÉNERO	
conservadora	liberal
tradicional	progresista
idealista	materialista
machista	feminista
6B: VALORES E INTERESES ESPECÍFICOS	
aprecia el dinero	no da importancia a lo material
derrochadora	ahorradora
valora la familia	pasa de la familia
le gusta el deporte	no le gusta el deporte
6O: OTROS	

4.4. Fiabilidad del SCCP

Para determinar la fiabilidad del SCCP, Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002) emplearon el método del acuerdo entre jueces. Dos estudiantes de último año de psicología de la Universidad de Barcelona recibieron un breve entrenamiento (tres horas, aproximadamente), en el que se les explicó el proceso de codificación con el SCCP. También codificaron una muestra de los constructos que habían servido como base para el desarrollo del sistema, se les dio un feedback sobre estas codificaciones (comparándolas con las de los autores) y se intentó aclarar cualquier duda respecto a sus codificaciones o al sistema de categorías en general. El mismo proceso se siguió con dos licenciados en psicología como control adicional.

A continuación cada uno de los dos pares de jueces clasificó independientemente una muestra de constructos. Los dos estudiantes se ocuparon de 843 constructos, extraídos de las rejillas de 57 personas, y los dos licenciados codificaron una muestra adicional de 390 constructos provenientes de las rejillas de 29 sujetos. Todos estos sujetos habían consultado en el Centro de Terapia Cognitiva de Barcelona o en otros centros de prácticas del Master de Terapia Cognitivo Social de la Universidad de Barcelona en relación a diversas dificultades personales y clínicas. Se trataba de una muestra totalmente independiente de aquella que se utilizó para diseñar el sistema de categorías.

Una vez hecha la clasificación individual (asignación de categorías), se registraron los acuerdos y desacuerdos, y posteriormente los dos jueces intentaron llegar a un acuerdo en los casos de clasificaciones diferentes, tratando de determinar qué categoría se consideraba la adecuada para esos constructos sobre los que no había acuerdo.

Con el fin de estudiar algún aspecto sobre la validez del sistema de categorías, Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002) calcularon las correlaciones de los constructos basados en las puntuaciones provenientes de la matriz de datos de las rejillas de un grupo al azar de 39 sujetos. De la matriz de correlaciones resultante de cada sujeto (se trata de uno de los cálculos que ofrece rutinariamente el propio programa RECORD empleado habitualmente para el análisis de rejillas, véase Feixas & Cornejo, 1996) se seleccionaron aquellos pares de constructos que habían sido

codificados en la misma categoría, con el fin de observar si estas correlaciones intra-categoría eran superiores al índice general que indica el grado de correlación de toda la matriz. La lógica subyacente de este cálculo se basaba en esperar que si los constructos codificados en la misma categoría presentaban correlaciones más elevadas que los demás, es decir, los sujetos las empleaban de una forma similar, ello podía suponer un apoyo indirecto a la consistencia o validez de dichas categorías.

Los resultados se muestran en la Tabla 1, en la cual aparece reflejado tanto las frecuencias absolutas y porcentuales de las codificaciones consensuadas, como el porcentaje de acuerdo entre los dos jueces de cada equipo, para las áreas y categorías del SCCP, respectivamente. Como los datos obtenidos por los dos equipos son prácticamente idénticos, la Tabla 1 presenta los resultados del total de la muestra, es decir, de 1233 constructos pertenecientes a 86 sujetos.

Tabla 1. *Frecuencias de las codificaciones consensuadas y porcentaje de acuerdo entre jueces*

Área	Categoría	frecuen. absol.	frecuen. %	% de acuerdo
Área 1:	moral	199	16.1	95.9
1A:	buena – mala	20	1.6	95
1B:	altruista – egoísta	60	4.9	90
1C:	humilde – orgullosa	19	1.5	94.7
1D:	respetuosa – crítica	14	1.1	71.4
1E:	fiel – infiel	19	1.5	78.9
1F:	sincera – falsa	36	2.9	91.7
1G:	justa – injusta	4	0.3	100.0
1H:	responsable – irresponsable	27	2.2	96.2
1O:	otros	0	0	
Área 2:	emocional	267	21.7	95.1
2A:	visceral – racional	56	4.5	89.3
2B:	cálida – fría	72	5.8	97.2
2C:	optimista – pesimista	42	3.4	88.1
2D:	equilibrada – desequilibrada	68	5.5	97.1
2E:	emociones concretas	27	2.2	92.6
2F:	sexualidad	2	0.2	50
2O:	otros	0	0	
Área 3:	relacional	306	24.8	94.4
3A:	extrovertida - introvertida	103	8.4	98.1
3B:	agradable - desagradable	17	1.4	82.4
3C:	directa - retorcida	19	1.5	68.4
3D:	tolerante - autoritaria	42	3.4	90.5
3E:	conformista - rebelde	29	2.4	86.2
3F:	dependiente - independiente	50	4.1	84.0
3G:	pacífica - agresiva	8	0.6	100
3H:	comprensiva - no comprensiva	25	2.0	84
3I:	confiada - suspicaz	8	0.6	87.5
3O:	otros	5	0.4	40

Área 4:	personal	287	23.3	98.3
4A:	fuerte - débil	62	5.0	90.3
4B:	activa - pasiva	39	3.2	92.3
4C:	trabajadora - vaga	43	3.5	88.4
4D:	ordenada - caótica	21	1.7	100
4E:	decidida - indecisa	25	2.0	92
4F:	flexible - rígida	36	2.9	91.7
4G:	reflexiva - superficial	13	1.1	76.9
4H:	madura - inmadura	47	3.8	97.9
4O:	otros	1	0.1	100
Área 5:	intelectual / operacional	53	4.3	94.3
5A:	capaz - incapaz	5	0.4	100.0
5B:	inteligente - tonta	24	1.9	91.7
5C:	culta - inculta	12	1.0	91.7
5D:	concentrada - dispersa	1	0.1	100
5E:	creativa - no creativa	8	0.6	75
5F:	habilidades específicas	2	0.2	100
5O:	otros	1	0.1	100
Área 6:	valores e intereses	78	6.3	97.4
6A:	valores ideológicos, etc.	36	2.9	91.7
6B:	valores e intereses específicos	40	3.2	87.5
6O:	otros	2	0.2	100.0
No clasificados		43	3.5	58.1
Total		1233	100	87.7

Los resultados en cuanto al porcentaje de acuerdo entre jueces fueron muy prometedores. El porcentaje de acuerdo entre jueces total fue del 87.7%. En ninguna de las 45 categorías los jueces estaban de acuerdo en menos del 80% de los casos, porcentaje de acuerdo medio de las categorías de Landfield (1971).

En contraste con el porcentaje de acuerdo de la Tabla 1 los coeficientes de acuerdo entre jueces presentados en la Tabla 2 toman en consideración el acuerdo entre jueces producido por el azar. La diferencia entre los dos índices está en la estimación de la parte del acuerdo causada por el azar. El coeficiente κ de Cohen (1960) utiliza las distribuciones marginales de las categorías de cada juez para calcular la probabilidad de acuerdo casual, dadas estas distribuciones. El índice Ir de Perreault y Leigh (1989) no se basa en asunciones sobre las distribuciones marginales, por lo que es menos conservador pero parecía el más adecuado para esta aplicación ya que no había razones para suponer, a priori, ningún tipo de distribución de las clasificaciones en las categorías.

Tabla 2. Coeficientes del acuerdo entre jueces a nivel de categorías y áreas

Coeficiente	nivel de análisis	
	45 categorías	6 áreas
κ (de Cohen)	0.893	0.933
I_r (de Perrault y Leigh)	0.935	0.955

Los coeficientes de acuerdo entre jueces presentados en la Tabla 2 confirman la alta fiabilidad del SCCP, tanto en el nivel de categorías como de áreas. De hecho, índices de fiabilidad entre el 0.90 y 0.95 son más bien propios de escalas de tests psicológicos que de sistemas de categorías de esta índole (Feixas, Geldschläger, Carmona et al., 2002).

En general, los resultados de fiabilidad de ese primer estudio con el SCCP fueron muy prometedores. Permiten que el SCCP pueda ser aplicado en estudios clínicos ya en su estado actual. En base a estos resultados, sus diseñadores proponían una futura revisión del SCCP donde los datos fuesen completados con un análisis detallado de los casos de desacuerdo y de no-codificación, haciendo los cambios necesarios tanto en la definición de las categorías como en las instrucciones de codificación para mejorar la fiabilidad y la utilidad práctica del sistema. En dicha revisión se incluirá la posibilidad de doble codificación para constructos cuyos polos se clasificarían en categorías diferentes y que no permiten la deducción de un significado conjunto correspondiente a una única categoría. Ejemplos de este tipo de constructos son *creativo-triste* y *conservadora-callada*. A pesar de su inconveniencia metodológica (y para análisis estadísticos, etc.), la doble codificación tiene la ventaja de la información clínica que aportan estos constructos ya que suponemos que pueden señalar constructos anidados y/o posibles dilemas implicativos (véase Botella & Feixas, 1998; Feixas et al., 2001).

CAPÍTULO III: CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA

1. Implicaciones de la obra de Kelly en el proceso terapéutico

Según Kelly (1955/1991b) los trastornos psicológicos se desencadenan porque el sistema de constructos del individuo no le ayuda a predecir eficazmente sus experiencias. Esta concepción de los problemas psicológicos hace que la labor del terapeuta consista en ayudar al cliente a revisar su sistema de constructos personales con el fin de sustituir los que no permiten efectuar buenas predicciones por otros más útiles. En consecuencia, es primordial que gran parte del esfuerzo terapéutico se dirija a favorecer el cambio mediante la búsqueda de visiones alternativas de la realidad que posibiliten al cliente encontrar otros modos de estar en el mundo e interpretarlo.

La idea es que no sólo es la presencia o ausencia de un síntoma particular lo que hace sufrir al cliente, también actúa el significado adscrito a los síntomas y el impacto de este significado en la vida del cliente (Ramsay, 1998). Cuando los clientes llegan a terapia habitualmente están estancados, no saben cómo solucionar sus problemas o las soluciones que están poniendo en práctica no les funcionan. Se sienten incapaces de intervenir en una vida que se les aparece como inmutable; se bloquean en la búsqueda de nuevas posibilidades y significados alternativos (White & Epston, 1990/1993). Ante esto, el terapeuta tiene que ser capaz, en primer lugar de escuchar todos los significados posibles del lenguaje del cliente, incluyendo aquellos significados subyacentes no sugeridos por el contexto inmediato, para después, responder facilitando la percepción de otras posibilidades y otras formas de percibir el mundo.

Todos los esfuerzos psicoterapéuticos, independientemente de su forma, se mueven enteramente en el reino de los significados. Tanto el pensamiento, los sentimientos y el comportamiento humano, están en gran parte guiados por las creencias que tiene la persona acerca de la realidad, es decir, los significados que él o ella atribuye a los acontecimientos o experiencias y no sus propiedades objetivas. Lo que estos clientes

traen a terapia son interpretaciones de los hechos, interpretaciones que ellos consideran como la única realidad y que no les han ayudado a resolver el problema, puesto que están delante de nosotros solicitando ayuda. Uno de los objetivos terapéuticos es ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva y ser conscientes de respuestas de afrontamiento que, o bien no han considerado, o que nunca imaginaron que fueran posibles. Así, los clientes aprenden a atribuir nuevos significados a los acontecimientos que están causando sus problemas. Diferentes significados, abrirán nuevas posibilidades de acción (G. J. Neimeyer, 1996).

Si lo que los clientes traen a terapia no es más que su manera de ver las cosas, una más entre las muchas alternativas que existen, también la hipótesis que hace el terapeuta del problema no es más que una entre las muchas que podrían hacerse. Partiendo de esta premisa filosófica del alternativismo constructivo (Kelly, 1955/1991a), todo lo que existe puede ser reconstruido, ninguna de nuestras construcciones actuales (que son, nuestro único modo de imaginar la realidad) es perfecta, ninguna es concluyente (Feixas, 2001). Cuando elaboramos una construcción sobre una situación y posteriormente se confirman nuestras predicciones o expectativas, pensamos que hemos acertado, pero es posible que una interpretación totalmente diferente también nos hubiese llevado a una predicción igualmente exitosa (Feixas, 2001). Siempre hay otras construcciones posibles, los acontecimientos siempre están abiertos a una o varias construcciones alternativas (Feixas, 2001; Kelly 1955/1991a). Sin embargo, esta idea no nos puede llevar a creer que todas las construcciones tengan el mismo valor, tan sólo nos recuerda que nuestras percepciones están abiertas al cuestionamiento y la reconsideración, pero no quiere decir que el cómo sea construido no suponga alguna diferencia (Feixas, 2001). El problema es que nos resulta más fácil hacer las cosas de la manera en que las hemos hecho siempre, o como las han hecho otros anteriormente, creándose una excesiva dependencia de lo familiar. En otras ocasiones, nuestro pobre ingenio no nos permite innovar; y si lo hacemos, evitamos o encubrimos esas ideas novedosas por miedo a que resulten perturbadoras o peligrosas para los demás o para nosotros mismos. Esta es la razón por la cual, con tanta frecuencia, aceptamos las ideas de la autoridad, aunque vayan en contra de nuestro juicio, con la confianza de que así no seremos responsables de lo que suceda (Kelly,

1966/1970; véase también Feixas, 2001).

En este proceder terapéutico de búsqueda de alternativas existe un gran paralelismo entre la actividad psicoterapéutica y la investigación (Feixas, 2001; Kelly, 1955/1991a). Los estudiantes de postgrado y nuestros clientes en terapia se enfrentan a dificultades similares. Ambos tienen que formular hipótesis que puedan someterse a comprobación, vacilan en probarlas experimentalmente, tienen miedo de que los resultados las desmientan, o a veces temen que se vean confirmadas. Ambos, cliente e investigador, pueden sentirse amenazados ante una nueva perspectiva, por muy gratificante que esta sea. El remedio consiste en hacerles ver que lo que se pone a prueba es únicamente una hipótesis y lo mejor que tienen las hipótesis es que uno no necesita creer en ellas (Feixas, 2001). Después de plantear una hipótesis, tenemos un tiempo para descubrir lo que sucede.

Otra de las ventajas de este proceder es que no es necesario desconfirmar una proposición para imaginar sus alternativas (Feixas, 2001). Dicho de otro modo, no es necesario invalidar una forma de vida para examinar las consecuencias de otra. De hecho, empezar con una desconfirmación podría ser desastroso en psicoterapia, al menos hasta que sepamos qué tomará su lugar en el sistema.

En base a estas ideas que confieren una postura filosófica, cliente y terapeuta se unen en lo que Kelly (1958/1969) etiquetó como “una aventura de exploración” (p. 82). En esta aventura, el terapeuta no actúa como un juez, ni tampoco como un espectador comprensivo; el terapeuta adopta una posición transparente y desea aprender junto con su cliente, es su colega investigador, se interesa primero en comprender, luego examinar, y por último ayudar al cliente a adoptar alternativas, someterlas a prueba y revisión (Kelly, 1958/1969; véase también Feixas, 1995, 2001; R. A. Neimeyer, 1998). El terapeuta tomará los constructos de sus clientes como si fueran verdad y estas construcciones serán vistas como hipótesis dignas que merecen ser exploradas y puestas a prueba (Feixas & Villegas, 1998). Esta disponibilidad del terapeuta a utilizar el enfoque del cliente, su sistema de coordenadas, sus puntos de referencia, su forma de enfocar los problemas, trasmite al cliente un sentimiento de aceptación, de validación, que le permite establecer una vinculación segura con el terapeuta e iniciar junto a él ese

proceso de exploración. Cómo acompañar al cliente en este proceso puede hacerse de muchas maneras distintas.

Pero en realidad, las técnicas no son lo que más preocupe al psicólogo de los Constructos Personales. El énfasis que pone la TCP en entender los problemas desde el punto de vista del consultante nos ha equipado con más procedimientos de exploración que de intervención (Botella & Feixas, 1998). De tal modo que “no existe la técnica terapéutica, (...). Se emplean las mismas técnicas utilizadas para vivir la vida diaria, y el terapeuta ha de orquestarlas del modo apropiado” (Feixas, 2001, p. 184). La TCP no dispone de un conjunto de procedimientos propios o exclusivos, como ocurre por ejemplo en el psicoanálisis con sus conocidas técnicas de interpretación o la asociación libre, por citar alguna de ellas (Botella & Feixas, 1998). Al contrario, el terapeuta de los constructos personales puede emplear una gran variedad de técnicas, no de cualquier modo, sino como parte de un plan terapéutico que le permita ayudar a su cliente a valorar la efectividad de las construcciones que ha desarrollado sobre el mundo que le rodea (Feixas, 2001). Es técnicamente ecléctico pero teóricamente coherente (Botella & Feixas, 1998; Feixas, 1998; Feixas & Miró, 1993; Feixas & Villegas, 1993, 1998; Karst, 1980; R. A. Neimeyer, 1988). Según se plantee la situación y en función de su bagaje técnico, el terapeuta empleará una u otra técnica, independientemente de la teoría donde se haya originado (Feixas & Villegas, 1998). Hasta el punto que si uno observa a varios terapeutas realizando psicoterapia de los constructos personales, puede parecer que tienen muy poco en común (Fransella, 1972).

Kelly (1955/1991) señala también la importancia de adecuar las técnicas terapéuticas a la construcción del cliente. Incluso plantea que sea el propio cliente quien las proponga, una vez alcanzada una nueva construcción sobre sí mismo y el problema (Feixas, 2001). Considerar al cliente como capaz de diseñar sus propios procedimientos terapéuticos no es nada frecuente en la historia de la psicoterapia, y sólo recientemente encontramos voces que proponen esta misma idea (Anderson & Goolishian, 1992; Duncan, Hubble, & Miller, 1997).

Por consiguiente, el profesional que emplea este enfoque puede escoger entre cualquiera de las técnicas disponibles, independientemente del modelo en que se haya originado, puede generar nuevos procedimientos específicos para un cliente, e incluso

recoger sus propias sugerencias (Feixas & R. A. Neimeyer, 1997). No es la opción que un terapeuta elige a nivel técnico lo que define este enfoque, sino su posición y conceptualización terapéutica (Feixas, 1998). Mahoney (2005) compara las técnicas al lenguaje. Cuantos más idiomas se conozcan, con más personas se puede hablar. Pero no podemos confundir el lenguaje con el mensaje. Una persona puede transmitir el mismo mensaje en diferentes idiomas. Pero una persona puede saber muchos idiomas y aun así no tener nada que decir.

Para aquellos que necesitan un poco más de precisión en el tema de las técnicas, Botella y Feixas (1998) especifican qué es lo que restringe el ámbito de técnicas a escoger. Por un lado, la elección de una técnica dependerá de la conceptualización del cliente y su problema, realizada en base a una exploración de su sistema de construcción; por otra parte, dependerá de la estrategia de cambio que se derive de tal conceptualización, siempre de acuerdo con un proceso de cambio que preserve la identidad. Igualmente es importante que la técnica se adecue a los fines que plantea la estrategia de cambio seleccionada; que el consultor sea capaz de aplicar la técnica (no se pueden conocer todas las técnicas); y que la técnica sea congruente con el marco de colaboración “entre expertos” establecido con el cliente, para lo cual es importante que éste sea capaz de seguir el procedimiento.

Además de no existir una técnica terapéutica, tampoco existe una clase particular de relación terapéutica, de sentimientos o de interacciones que sean en sí mismas una panacea (Feixas, 2001). Las técnicas empleadas así como el tipo de relación que se cree entre terapeuta y cliente, podrán ser tan variadas como el inmenso repertorio humano de técnicas y relaciones (Kelly, 1969b; véase también Feixas, 2001; R. A. Neimeyer, 1998). En este contexto, incluso la propia relación terapéutica va a ser una experiencia generadora potencial de cambio; el terapeuta actúa como agente validador, valida aquellos constructos que le son útiles e invalida los problemáticos, acompañándole después en el proceso de reconstrucción que esto conlleva (Kelly, 1955/1991b; Feixas & Villegas, 1998).

No debemos olvidar que nuestros constructos se validan o invalidan en el contexto de la interacción personal (Dallos, 1991/1996) y que son precisamente las personas más significativas para nosotros las que más pueden influir en nuestro proceso de

construcción (Botella & Feixas, 1998). En el contexto de una relación de ayuda es fundamental que el terapeuta llegue a ser quien juega ese importante papel, convirtiéndose en un agente validador del consultante, es decir, una persona a la que se le reconoce el valor de su punto de vista (Botella & Feixas, 1998).

Por otra parte, se propone que la actitud del terapeuta debe respetar un delicado equilibrio entre cambio y mantenimiento de la identidad, para ello, combinará la validación de las construcciones del cliente con la invalidación (Botella & Feixas, 1998). A lo largo del proceso terapéutico se pone de manifiesto si la estructura y contenido del sistema de constructos del cliente le es útil para interactuar con el mundo que le rodea. Si en este proceso, la validación permite confirmar los aspectos más nucleares de la identidad y la invalidación cuestiona aspectos más periféricos, o algunas implicaciones de constructos más supraordenados (pero raras veces los constructos nucleares mismos), contaremos con una mayor colaboración del cliente. Puede parecer un proceso más lento pero ofrecerá menos resistencia y como resultado una mayor efectividad y eficiencia (Botella & Feixas, 1998).

Adoptar este marco de trabajo conlleva una serie de implicaciones. Se rechaza la visión del profesional como experto y también de su presunta objetividad. Tampoco se considera que el terapeuta tenga potestad para diagnosticar los defectos en el sistema de significado de su cliente (Botella & Feixas, 1998). En su lugar, el enfoque constructivista considera tanto al cliente como al terapeuta como expertos que participan en una aventura común; el cliente es el experto en su sistema de significado, conoce mejor que nadie en base a su experiencia sus ventajas y limitaciones, y el terapeuta por su parte, posee más habilidades y conocimientos en lo concerniente a la facilitación del cambio (Botella & Feixas, 1998; Feixas, 1995; Feixas & Villegas, 1993). “Desde esta perspectiva de experto a experto, la relación de ayuda requiere una colaboración basada en el saber de cada uno, y el respeto por el saber del otro” (Botella & Feixas, 1998, p. 126).

El terapeuta facilitará que el cliente como un buen científico, desarrolle hipótesis que le sean útiles, sin responsabilizarse de su contenido. La consulta psicoterapéutica se convertirá en “un laboratorio protegido donde se pueden formular hipótesis, practicar experimentos en tubo de ensayo, proyectar pruebas de campo y evaluar los resultados”

(Kelly, 1969a, p. 229). Ninguno de ellos conoce la respuesta final de este experimento, ninguno es el jefe, ambos se enfrentan al problema en equipo, juntos indagan y asumen el riesgo de equivocarse algunas veces (Feixas, 2001). “Lo que se establece entre ellos es un proceso de negociación del significado que conduce a una nueva visión, a una reconstrucción” (Botella & Feixas, 1998, p. 126).

Al finalizar este proceso, después de la confirmación o la desconfirmación de aspectos diversos del sistema previo de construcción, el cliente debe realizar una revisión constructiva, debe integrar la experiencia total de la terapia en el resto de su estructura personal y de su vida (Feixas & Villegas, 1998). Es la última fase de este proceso terapéutico y se caracteriza por la revisión de otras áreas donde los cambios pueden repercutir (Feixas & Villegas, 1998). Es el momento en el que los experimentos ensayados en el laboratorio se proyectan al exterior de la sala de consulta y el cliente debe poner en práctica lo aprendido en terapia en otras áreas. En este momento el cliente va ganando más autonomía y empieza a ser más independiente del terapeuta.

En esta forma de enfocar la terapia, la conducta adquiere un nuevo valor dentro del proceso terapéutico. Aparecen cambios notables en el modo en que el terapeuta interpreta la conducta del cliente. “Modificar una conducta deja de ser el fin para ser el medio, la forma de explorar nuevas construcciones y experimentar con ellas” (Feixas, 2001, p. 161). “La finalidad de la psicoterapia debe ser la revisión constructiva del sistema” (Feixas & Villegas, 1998, p. 147). En este sentido, el trabajo del terapeuta no consiste en la producción de un cierto tipo de comportamiento, le preocupan más bien, las construcciones que el ser humano emplaza sobre el mundo y cómo las pone a prueba. La conducta es la vía principal a través de la cual el ser humano investiga la validez de sus construcciones. El ciclo no comienza con un estímulo y termina con una respuesta, sino que empieza con un comportamiento (que es la forma en que el ser humano se plantea preguntas) y termina con un resultado, que confirmará o no sus predicciones (Feixas, 2001). Desde esta perspectiva, ante una conducta problemática, nos preocuparemos menos por averiguar qué la ha condicionado y más por saber qué tipo de experimento encarna, qué hipótesis pone a prueba, cómo se evaluarán los resultados y si abrirá o no la puerta hacia nuevas aventuras (Feixas, 2001).

En base a este enfoque, se analiza cómo se puede utilizar esa conducta para buscar las respuestas que estimulan la curiosidad humana (Feixas, 2001). De tal forma que encontramos una compatibilidad entre la teoría de los constructos personales y las técnicas conductuales. Kelly (1966/1970) propuso que la conducta puede ser la variable independiente, es decir, el terapeuta puede prescribir la conducta para provocar una revisión del sistema de construcción (Feixas, 1998). Estas intervenciones conductuales pueden ser usadas como vehículo para controlar la elaboración del sistema de constructos. En algunos casos, permiten dilatar el campo de la experiencia. Por ejemplo, en personas con depresión el cambio terapéutico lleva al terapeuta a trabajar en la reactivación del movimiento del cliente a lo largo del ciclo de la experiencia. El cliente depresivo frecuentemente restringe sus actividades previniendo encontrarse con situaciones de invalidación de tal forma que uno de los objetivos terapéuticos será que esta persona se encuentre con un mayor y más rico campo de experiencias, y usar esas experiencias para elaborar una visión más adecuada de sí mismo y de los otros.

Según Kelly esta forma de enfocar la terapia nos ofrece la oportunidad de conocer la verdadera naturaleza humana (Feixas, 2001). Aquí, el psicoterapeuta no se pregunta continuamente si el cliente tiene razón o no, o si él mismo se está comportando adecuadamente, no condena, aprueba o rechaza; en su lugar, pregunta y explora. Analiza cómo el cliente piensa en realidad, cuál es la naturaleza de su lógica, cómo resuelve sus problemas. Este proceso nos brinda la oportunidad de contemplar la verdadera naturaleza humana. Cuando todo va bien, las personas tienden a comportarse como todos los demás, de acuerdo con las costumbres y rituales de su cultura, se comportan como se espera de ellas, siguiendo las normas sociales dominantes. Sin embargo, cuando las personas se desesperan, no se comportan como lo hacen habitualmente, dejan de comportarse como títeres movidos por la sociedad y actúan más como lo que son realmente, dependiendo sólo de sus propios recursos y mostrando su verdadera naturaleza humana.

En resumen, las principales implicaciones de la obra de Kelly (1955/1991) en el proceso terapéutico tienen que ver con una forma de entender los problemas en función del significado personal del que consulta; con una concepción del proceso de cambio de acuerdo con el mantenimiento de la identidad; y con el planteamiento de la relación de

ayuda como una colaboración de experto a experto en la que se negocia un nuevo significado que va a permitir a la persona seguir avanzando con un sentido más pleno por los senderos que ella misma va escogiendo. La terapia va a ser el contexto privilegiado para renegociar esos significados y la conversación, será el medio.

Esta idea de que los significados se renegocian constantemente en los intercambios conversacionales es lo que se ha llamado *constructivismo social* (Gergen, 1996; McNamee & Gergen 1996). Las interpretaciones que hacemos de la realidad se construyen en el marco de la interacción social y son mediatizadas por el lenguaje. No son sólo el producto de una mente individual que percibe, son el producto de las relaciones entre las personas que comparten un grupo. Lo que hacemos, pensamos o sentimos únicamente tiene sentido cuando es validado, analizado o discutido por las personas que nos rodean (Rodríguez & Beyeback, 1997). Así el terapeuta, a través de la conversación terapéutica se convierte también en agente validador o proveedor de invalidación. A través del lenguaje, el terapeuta trata de abrir nuevas posibilidades para nuevos significados.

Este planteamiento es incluso posible en aquellos problemas que algunos clientes nos plantean y que no tienen solución (p. ej., la pérdida de un ser querido, una enfermedad, etc.). Es bastante común escuchar a los clientes en estas ocasiones plantearse preguntas como *¿por qué me sucede esto?*, preguntas que suelen ser expresiones de enfado, angustia y confusión. Aunque el cliente pueda estar pidiendo ayuda para dar sentido, también puede estar planteando cuestiones como una forma de expresar su sensación de sentirse sobrepasado, de expresar su dolor. En esas ocasiones, sus preguntas son más exclamaciones o lamentaciones que peticiones de respuesta. Ciertamente en estos casos la mejor forma de ayudar a los clientes es escuchándoles con compasión, estimularles para que acepten las cosas que no se pueden cambiar y para que se perdonen, si se sienten responsables (Mahoney, 2005). Pero también es cierto que todo el dolor no es igual y gran parte de las diferencias se encuentran en el significado. En ocasiones un cambio en este significado o la creación de un significado puede ayudar a reducir ese dolor. Por ejemplo, ante los efectos secundarios de la quimioterapia, algunas personas los experimentan como molestias y otros como una buena señal de que el tratamiento está haciendo efecto. Recuerdo en mi experiencia

clínica a una madre que expresaba ante mí su dolor al ver a su hija sufriendo por los efectos de la quimioterapia, obviamente, se trataba de un problema que yo no podía resolver, qué podía hacer sino recoger su angustia y darle la oportunidad de expresar sus sentimientos. Cual fue mi sorpresa cuando la escuché hablar. Esta mujer pensaba que su hija expulsaba la quimioterapia en los vómitos, por lo tanto el tratamiento no podía hacerle nada.

2. La construcción de alternativas a través del lenguaje

Los procesos personales de construcción de teorías sobre uno mismo y sobre los demás se negocian mediante el lenguaje. En otras palabras, los significados se crean en el lenguaje (Korzybski, 1933). Dirigido por la cultura (y viceversa), el lenguaje facilita a la vez que restringe la estructura narrativa de nuestras propias construcciones, favoreciendo las que tienen un sentido socialmente comprensible.

Si los significados de nuestras experiencias se crean en el lenguaje, cambios en el lenguaje darán lugar a cambios en estos significados (Wahlström, 1997). El diálogo puede hacer surgir nuevos significados, puede abrir nuevas posibilidades para nuevos significados, o nuevas formas de posicionarse ante un problema (Wahlström, 1997). El lenguaje es el medio en el que residen los quizás de la gente, lo que le convierte en un medio para llevar a cabo la psicoterapia (R. A. Neimeyer & Mahoney, 1998).

La aplicación para la terapia es que podemos definir la intervención psicológica como una conversación terapéutica (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987; Eagleton, 1983; Sarbin, 1986; Wahlström, 1990). Es una conversación ya que es un proceso de intercambio de palabras que se realiza conjuntamente entre terapeuta y cliente (Rodríguez & Beyeback, 1994b). Implica un proceso de estar ahí juntos, de hablar el uno con el otro. Es además terapéutica, ya que como hemos comentado es el medio privilegiado para la negociación de significados (Rodríguez & Beyeback, 1997). Sirve para generar un relato alternativo en el que el problema quede redefinido y deje, por lo tanto, de producir dolor.

Mientras hablan van revisando los significados del cliente, valorando hasta qué punto su estructura y contenido le posibilita una relación eficaz y satisfactoria con su

entorno vital. Una vez que entre ambos identifican las formas ineficaces de dar significado a las experiencias de su pasado, presente o futuro, el esfuerzo se centra en generar nuevas dimensiones que potencien un conocimiento más flexible y satisfactorio. Entre ambos, exploran las nuevas complejidades de los significados, las nuevas narraciones, las nuevas realidades.

Esta conversación terapéutica podría considerarse como una forma de búsqueda, una búsqueda de nuevas descripciones, nuevas comprensiones, nuevos significados, nuevos matices de las palabras; y en última instancia, de nuevas definiciones de uno mismo. Curiosamente, la búsqueda es dirigida por el consultante mismo, teniendo al terapeuta como un compañero interesado en que las soluciones sean del consultante y que no se presente la situación en que el terapeuta trata de dar sus soluciones, perdiendo el sentido de lo único y distinto que cada consultante y cada situación puedan ser. En este diálogo, la historia y la voz del consultante adquieren el centro desde donde surge la dirección, la profundidad o la rapidez del proceso. El terapeuta es un acompañante que promueve que el proceso pueda realizarse, pero que desconoce el contenido y el resultado del mismo proceso que esta facilitando, no es un editor de la narración del consultante. Tampoco se puede decir que sea un observador neutral, el terapeuta tiene un papel activo (Wahlström, 1997), es facilitador de la conversación.

El rol del terapeuta podría definirse como un artista de la conversación, a través de esta actividad lingüística permite el desarrollo de nuevos significados (Anderson & Goolishian, 1988; R. A. Neimeyer, 1998). Como cualquier persona en una conversación, el terapeuta está siempre buscando el significado de lo que el cliente dice, creativamente sintetiza la información, la trata de comprender y le otorga un significado. Después progresivamente el terapeuta puede ir introduciendo diferentes ideas, sin juzgarlas. Cada una de ellas puede llevar a una dirección u otra, y se pueden ir creando nuevas narrativas, interpretaciones y significados. Así, a través de la terapia, significados y conductas pueden ampliarse o cambiarse (Anderson & Goolishian, 1988). No se trata de sanar algo que está enfermo, sino de producir cambios en su sistema de significados.

Dada la fluidez de significados que pueden darse en este diálogo, la conversación terapéutica es siempre una actividad interpretativa que constantemente puede cambiar

(Anderson & Goolishian, 1988). No habrá puntos de vista mejores o peores, pero sí puntos de vista que podemos entender que mantienen un problema y puntos de vista que posiblemente ayuden a resolverlo (Rodríguez & Beyebach, 1994b). No habrá nunca una única y correcta interpretación de una situación, pero sí habrá una interpretación más válida e útil que otra para nuestro cliente. De tal forma que aunque la terapia puede dedicarse a inventar alternativas, esto no quiere decir que nuestros clientes elijan en términos de las alternativas que nosotros vemos a su disposición, sino que eligen en función de las que ellos son capaces de ver (Feixas, 2001). Los laberintos que sortean día tras día han sido formados por su red de construcciones, no por las crudas realidades que, a nuestro entender, les rodean (Feixas, 2001). De entre los dilemas que su propia construcción del mundo le suscita, escoge la mejor de las alternativas.

En este diálogo entre cliente y terapeuta, es importante que no haya una sola idea que monopolice el pensamiento del terapeuta. Esto no quiere decir que el terapeuta no pueda tener sus opiniones o prejuicios, puede y los tiene, y en la conversación terapéutica éstas son oportunidades de nuevos diálogos (Anderson & Goolishian, 1988). El terapeuta también puede explorar sus ideas y en esta exploración también pueden surgir nuevos significados y descripciones. Pero el terapeuta no es el responsable de la dirección del cambio, el terapeuta es responsable de crear un espacio donde puede darse esa conversación. El terapeuta es un artista de la conversación, cuya especialidad es crear y mantener la conversación (Anderson & Goolishian, 1988). El terapeuta tiene opiniones, prejuicios, valores, que son vistos como oportunidades, son la energía que dirige nuestra curiosidad y nos conduce a explorar nuevas ideas. Como terapeutas siempre tomamos una posición, no estamos exentos de valores y operamos en base a ellos. Sin embargo, éstos no son impuestos a nuestros clientes (Anderson & Goolishian, 1988). Al contrario, terapeuta y cliente en su diálogo están continuamente reflexionando sobre sus valores, ideologías, etc. Esto supone hacer el esfuerzo de comprender las ideas, valores o puntos de vista del cliente. En este proceso también se producen cambios en el terapeuta. Lo que se establece entre ellos es un proceso de negociación del significado que conduce a una nueva visión, a una reconstrucción (Botella & Feixas, 1998).

El proceso terapéutico se mantiene con esta conversación, donde el terapeuta participa en la creación del lenguaje y significado y puede llevar el diálogo hacia la disolución del problema. Que el problema desaparezca, no quiere decir que éste sea elaborado y después solucionado, arreglado por el terapeuta; el problema, a través del lenguaje y la conversación, evoluciona a nuevos significados, interpretaciones (Anderson & Goolishian, 1988). La conversación terapéutica no es el proceso de encontrar soluciones, los problemas en muchas ocasiones no se resuelven, se disuelven. La terapia y la conversación terapéutica es el proceso en el cual los cambios en el lenguaje y significado del problema llevan a su disolución (Anderson & Goolishian, 1988). Para disolver el problema, basta con que el cliente genere conjuntamente con el terapeuta un relato alternativo que se adapte a su realidad. Así, un cliente que ha aprovechado su experiencia psicoterapéutica dice frecuentemente: “En muchos aspectos, las cosas siguen siendo como antes; pero ¡cuánto ha cambiado mi forma de verlas!” (Feixas, 2001, p. 190). La conversación terapéutica le da al cliente la oportunidad de explorar y desarrollar nuevas descripciones, nuevos temas y parcelas. Con ello el terapeuta facilita que el cliente llegue a ser un buen científico, que desarrolle hipótesis que le sean útiles.

En su obra Kelly (1955/1991) ya introdujo la idea del lenguaje como creador de nuevos significados. En este sentido, Kelly nos habla de la importancia de que la persona pudiera “liberarse de la conjugación indicativa de nuestro lenguaje el tiempo suficiente para estudiar hipótesis novedosas sobre otras formas de vivir su vida” (Feixas, 2001, p. 40). Lo que Kelly (1964) nos propone es la utilización del lenguaje de las hipótesis, el uso del tiempo invitacional como una forma de ayudar a nuestros clientes a estudiar hipótesis novedosas sobre otras formas de vivir su vida. Se trata de considerar el lenguaje como un instrumento que nos permite anticipar los acontecimientos, como un utensilio que sondea el futuro al mismo tiempo que asume cierta compostura frente al raudo devenir de los acontecimientos (Feixas, 2001). Si conjugamos nuestros verbos en el tiempo invitacional, en lugar del frecuente tiempo indicativo, se sugiere al oyente que nos disponemos a explorar una peculiar y novedosa interpretación (Feixas, 2001). Una afirmación del tipo *Vamos a considerar a esta persona como si fuese honesta*, deja al oyente y hablante, no con una conclusión, sino

con una expectativa (Kelly, 1969c). Este verbo en tiempo invitacional nos orienta al futuro, crea el escenario para la predicción de los acontecimientos (Kelly, 1969c; véase también en Feixas, 2001). Si tratamos a esta persona como si fuese honesta podemos explorar qué sucede a continuación y analizar qué podemos hacer ante ello. Se invita al oyente a afrontar las circunstancias de formas novedosas, se sugiere que esta persona está abierta a múltiples interpretaciones y que su visión no se nos impone desde el exterior, ni está aislada de la evidencia externa: puede explorarse, ponerse a prueba, abandonarse o reconsiderarse posteriormente (Feixas, 2001). Esta filosofía del *como si* fue desarrollada por un filósofo alemán a finales del siglo XIX, Hans Vaihinger (1911/1924), con ella se sugería que era mejor considerar todos los asuntos a los que el hombre se enfrenta de un modo hipotético. Esta posición ha tenido un gran valor para la psicología (Feixas, 2001).

Esta filosofía del *como si* puede ser empleada como una forma de afrontar la amenaza (Feixas, 2001). Existen muchas situaciones en nuestra vida que nos producen cierta confusión, es más, casi todo lo nuevo comienza en algún momento de confusión, aunque de esto no se puede deducir que toda confusión produzca siempre alguna novedad. A veces, la experiencia produce tal grado de confusión que se vuelve intolerable y la persona retrocede para controlar su pánico, en ocasiones lo hace apelando a interpretaciones anteriores de los sucesos. Pero a medio camino entre esa confusión que uno intenta disipar retornando a lo viejo y la búsqueda de algo nuevo, se encuentra el proceso creativo. Se trata de un momento de transición, donde la confusión cede parcialmente y obtenemos una señal de lo que está por emerger, pero también sabemos que seguir su pista puede afectarnos profundamente. Éste es el momento de la amenaza, el umbral entre la confusión y la certeza, entre la ansiedad y el aburrimiento. Aquí es precisamente cuando más nos tienta retroceder. Y aquí es precisamente donde podemos emplear ese aspecto del lenguaje de las hipótesis que se ha bautizado como “el tiempo invitacional” (Feixas, 2001, p. 83). No se trata de pensar que la verdad está cambiando, sino de que estamos explorando nuevas posibilidades de aproximarnos a ella. “Nos acercamos a la verdad por la vía del *como si*” (Feixas, 2001, p. 84).

Según Feixas (2001), esta noción de que las personas afligidas puedan conjugar sus problemas en el lenguaje de las hipótesis y de que uno puede pensar con verbos en el

tiempo invitacional, es muy estimulante para el campo de la psicología clínica. Un cliente que se considera “depresivo” puede quedarse atrapado por sus verbos en indicativo (Feixas, 2001). Describirse a sí mismo utilizando el tiempo indicativo sólo servirá para acumular evidencias que apoyen su conclusión y así, posiblemente, sólo consiga inmovilizarse. Por el contrario, el lenguaje de las hipótesis le invita a ser aventurero, a probar nuevas experiencias en su vida y a aprovechar los errores como estrategia de aprendizaje. Plantear una nueva perspectiva en términos de hipótesis da paso a la imaginación, invita a la persona a ser algo diferente de lo que es. El cliente descubre que la verdad se arriesga y se pone a prueba, no es revelada por el terapeuta. Aprende que si quiere dar con algo nuevo, debe arriesgarse a sufrir ansiedad y afrontar un instante de alejamiento de lo que ha sido hasta ahora (Feixas, 2001).

Desde esta perspectiva, se invita al terapeuta a considerar el uso de otra forma de hablar para afrontar los problemas humanos. Como observó Kelly “El psicólogo trabaja mucho mejor cuando habla este lenguaje de hipótesis que cuando impone certidumbres psicológicas a sus clientes” (Kelly, 1969c, p. 154). Por desgracia, gran número de psicólogos no se atreven a usar el lenguaje de hipótesis para hablar con las personas y trabajan en psicoterapia enganchados al realismo en el que les aprisiona su sistema lingüístico objetivo (Feixas, 2001).

Al igual que el lenguaje de las hipótesis propuesto por Kelly (1964) puede utilizarse como vehículo para la construcción de significados alternativos, otras formas de utilizar el lenguaje también pueden ayudar al terapeuta a abrir nuevas posibilidades para nuevos significados. Hablamos por ejemplo del lenguaje de las metáforas; de nuevas formas de hablar de los síntomas, a través de la externalización o el lenguaje de la paradoja; del diálogo sobre excepciones o logros aislados, de preguntas formuladas de forma específica, preguntas circulares, preguntas presuposicionales, la pregunta milagro, etc. Diferentes formas de proceder terapéutico que giran en torno a esas diferentes formas de utilizar el lenguaje como vehículo para la construcción de significados alternativos, derivados de diferentes enfoques inspirados total o parcialmente en la epistemología constructivista. Uno de estos enfoques terapéuticos que ha puesto especial énfasis en el lenguaje es la Terapia narrativa.

El narrativismo, tal y como se ha impuesto en la terapia familiar sistémica durante los años noventa, es una rama del construccionismo social que, a su vez, sucede al constructivismo como orientación posmoderna predominante. Ambos tienen en común un énfasis en el lenguaje como creador de realidades, aunque, mientras el constructivismo destaca la dimensión subjetiva individual del proceso, el socioconstruccionismo subraya el sentido sociocultural (Ramos Gutiérrez, 2001). La terapia narrativa encaja dentro del construccionismo social (Payne, 2002), pero los enfoques narrativos son también cada vez más frecuentes entre los terapeutas constructivistas (R. A. Neimeyer & Mahoney, 1995).

Podemos incluso afirmar que todas las terapias son narrativas (McLeod, 1997). La *narratología* se ha convertido en una de la metáforas favoritas que los terapeutas usan para explicar lo que ocurre cuando hacemos psicoterapia (De Shazer & Berg, 1991; Sluzki, 1992, 1996). Desde esta perspectiva los terapeutas trabajamos con las historias que las personas cuentan sobre ellas mismas y sus relaciones (Rodríguez & Beyeback, 1997). Estos relatos engloban significados, conductas y sentimientos. Somos lo que contamos de nosotros mismos y lo que narramos acaba influyendo sobre nuestra manera de actuar, pensar o sentir (Shotter, 1996; White, 1995). Trabajamos con relatos, ayudamos a las personas a generar historias diferentes para explicar lo que les sucede, favorecemos situaciones que permitan la construcción y deconstrucción de significados hasta conseguir visiones del mundo, formas de actuar o formas de sentir que les abran alternativas (Rodríguez & Beyeback, 1997). Son muchos los autores que destacan el giro de las terapias psicológicas hacia la narratividad, entre otros, Bruner (1990/1998), Gonçalves (1995), Howard (1991), Parker (1992), Polkinghorne, (1988) y Villegas (1995).

Pensar en términos de relatos es sólo una metáfora útil para entender lo que hacemos, un punto de vista que abre opciones al terapeuta. No es sólo una moda, es una forma de ver las cosas que tiene implicaciones concretas sobre las posiciones que adopta un terapeuta ante su cliente. La concepción de la psicoterapia como un espacio protegido para la co-construcción de significados alternativos más viables mediante una colaboración entre terapeuta y cliente supone el desplazamiento de una concepción objetivista y racionalista de la terapia a otra constructivista y contextualista (Botella &

Pacheco, en prensa). Este desplazamiento conlleva importantes implicaciones prácticas. El concepto de curación es sustituido por el de cambio, que implica, como criterio, la dimensión temporal y evolutiva. Ya no se trata, por ejemplo, de combatir las ideas absurdas del cliente o de modificar o corregir sus hábitos disfuncionales, sino de entender el sentido de la acción humana, la cual es fundamentalmente discursiva y se desarrolla a través de la propia historia como una estructura narrativa (Villegas, 1995).

Así, la psicoterapia es entendida como una conversación para el cambio, una oportunidad para renegociar algunos de los significados que atrapan a las personas mediante el diálogo colaborativo. Es el contexto donde la depresión se convierte en tristeza o la ansiedad se transforma en energía (Anderson & Goolishian, 1988). Como propone de De Shazer (1994), en lugar de buscar detrás y debajo del lenguaje que utilizan los clientes y los terapeutas, lo que tenemos y podemos usar para trabajar es su lenguaje; el cambio puede originarse en el lenguaje. Utilizando la metáfora de White (1994) diríamos que lo que realizamos es una terapia de mérito literario, donde el lenguaje es utilizado como vehículo para el cambio.

Con esta metáfora descriptiva de la terapia como conversación (R. A. Neimeyer, 1998), no nos referimos a la conversación como un instrumento que el terapeuta se vea obligado a utilizar, no es un mandato o una prescripción. Al terapeuta narrativo se le puede distinguir por su preferencia por la metáfora conversacional, pero otras preferencias terapéuticas se pueden utilizar dependiendo del contexto de la situación, y en algunos momentos es deseable utilizar equipos de reflexión, diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995), tener en cuenta las explicaciones genéticas de la esquizofrenia o hacer predicciones sobre ciertas problemáticas, sin que por ello se deje de ser narrativo.

Además, cualquier orientación en psicoterapia puede mantener una conversación para el cambio, lo único que varía son los elementos terapéuticos que se incluyen en esa conversación (Rodríguez & Beyebach, 1994b). Un psicoanalista mantiene una conversación para el cambio mientras revisa con su cliente los recuerdos que tiene sobre sus padres. Las interpretaciones dinámicas del terapeuta servirán para aportar nuevos significados a la conducta actual del cliente. También es una conversación terapéutica la que mantiene un terapeuta cognitivo con su cliente mientras revisa los pensamientos sesgados que desde esta perspectiva están en la base de su problema. La

conclusión es que ningún modelo de psicoterapia es mejor que otro, puesto que ninguno acota más porción de realidad que los demás; simplemente utilizan herramientas de análisis diferentes y por ello construyen realidades distintas (Rodríguez & Beyebach, 1994b).

En ocasiones, cuando se intenta describir el tipo de actividades que realiza un terapeuta, se corre el riesgo de dar una imagen un tanto reducida del proceso terapéutico. Al decidir optar por el camino del lenguaje estamos abriendo un camino pero a la vez cerramos otros aunque sea temporalmente, otros muchos posibles. Elegir la conversación para describir el conjunto de complicados intercambios que se producen en psicoterapia supone, quedarse con un único punto de vista cuando hay otras metáforas posibles para describir lo mismo. Este no es más que un punto de vista, una opción epistemológica que se ha tomado. El criterio para decidir sobre un punto de vista es su utilidad terapéutica: elija aquella forma de ver las cosas que le sirve para ayudar más eficazmente a su cliente. Ésta elección, nos resulta eficaz, nos sirve para abrir alternativas de trabajo; y posee un alto contenido estético, es una hermosa forma de describir el proceso terapéutico (Rodríguez & Beyebach, 1994b).

3. Un lenguaje para el cambio

El lenguaje es un aspecto central para los terapeutas constructivistas (Efran & Fauber, 1998). Pero esta idea ha sido cuestionada por muchos autores que se preguntan si no sería mejor incitar a los clientes a resolver sus dificultades y a comportarse de manera diferente en el mundo en vez de sentarse a hablar y darle vueltas a sus problemas. En efecto, el lenguaje es un aspecto central para los terapeutas constructivistas, pero diferentes interpretaciones del término han llevado a malinterpretar lo que significa este énfasis. Por ejemplo, los constructivistas rechazan la dicotomía entre lenguaje y acción, el lenguaje es una forma de acción particular, no un sustituto de la misma (Efran & Fauber, 1998). El lenguaje abarca tanto el uso de símbolos como de palabras, incluye formas de expresión verbales y no verbales y su significado depende totalmente del contexto en que se usa. El significado de un intercambio lingüístico siempre se mueve sobre una combinación de marcadores

situacionales, contextuales y posturales; hasta tal punto que las palabras y los símbolos perderían su identidad en un vacío social (Efran & Fauber, 1998).

Quienes opinan que es imposible cambiar las cosas tan solo con hablar, en realidad pueden tener razón. Efectivamente, antes de acudir a terapia la mayoría de los clientes han hablado de sus problemas con amigos o familiares y eso no les ha servido de más que para conseguir la sensación de alivio inicial que tenemos cuando desahogamos nuestras penas; pero eso, obviamente, no ha supuesto ningún cambio estable en sus problemas (Rodríguez & Beyebach, 1994a), al menos para aquellos que acuden a pedir ayuda. La conversación terapéutica que estamos describiendo tiene muy poco que ver con este tipo de charla entre amigos, la diferencia fundamental entre ambas es que el terapeuta está constantemente maniobrando para favorecer que el cliente cambie, dicho con otras palabras, está constantemente utilizando un lenguaje para el cambio (Rodríguez & Beyebach, 1994a).

El terapeuta utiliza un lenguaje que hace que los clientes pongan en duda los significados que hasta ahora venían barajando y las tareas a realizar en casa van dirigidas a modificar ese proceso; buscarán cambios conductuales que, a su vez, faciliten nuevos significados que sirvan para generar nuevas historias. Este lenguaje del cambio (comunicación verbal y no verbal) no se usa únicamente para modificar significados, sino que muchas veces lo usamos para apoyar puntos de vista y con ello buscar cambios de un orden semántico superior.

Este tipo de lenguaje, el lenguaje para el cambio, es el que vamos a describir en este apartado. Pero dado que es muy complicado describir el elevado número de variables que intervienen en la toma de decisiones de los terapeutas en este sentido, nos referiremos únicamente a algunos de los usos del lenguaje más habituales y lo haremos describiéndolos por separado.

3.1. El lenguaje interrogativo

La interrogativa es una de las modalidades más comunes de utilizar el lenguaje. A través de este recurso podemos tratar un tema especialmente relevante en el comienzo

del proceso terapéutico, la planificación de objetivos. Es importante hablar de objetivos y conseguir que los clientes formulen metas conductualmente definidas. La razón fundamental se basa en la evidencia empírica de que cuando tenemos objetivos y están claramente descritos aumentan las posibilidades de que el cliente los alcance durante el tratamiento (De Shazer, 1988/1992; Pérez, 1991). Necesitamos indicios concretos que permitan reconocer el logro de las metas.

Uno de los recursos más utilizados cuando negociamos objetivos son las **preguntas presuposicionales** (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989/1990). Esta forma de utilizar el lenguaje consiste en dar por supuesto que los cambios que pide el cliente van necesariamente a producirse (Rodríguez & Beyebach, 1994a). Presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes. En vez de preguntar: *¿Ocurrió algo positivo?*, se pregunta: *¿Qué cosas positivas sucedieron?* Y en vez de preguntar: *¿qué sería distinto?* o *¿en qué podrías notar si...?*, preguntamos: *¿qué va a ser diferente?* o *¿en qué vas a notar que las cosas van mejor?*, *¿en qué notarás que ya no estás deprimido?*, *¿cómo lo va a notar tu esposa?* (Rodríguez & Beyebach, 1994a). Utilizando este lenguaje, el terapeuta genera en los clientes la expectativa de obtener mejorías, de esta forma, los relatos con soluciones hipotéticas que construyen al hablar de sus objetivos, tienen más probabilidad de ocurrir (Rodríguez & Beyebach, 1994a).

Otra forma de iniciar una conversación sobre objetivos, es por ejemplo, a través de las técnicas de proyección al futuro, entre ellas la más conocida es la “**pregunta milagro**” de Steve de Shazer (1988/1992) (Rodríguez & Beyebach, 1994b, p.257). La idea básica de esta técnica es conseguir que las personas se imaginen cómo va a ser su vida una vez que todos sus problemas se hayan resuelto. La formulación de la pregunta milagro es la siguiente:

Ahora quería hacerles una pregunta un tanto extraña; extraña en el sentido de que va a requerir que ustedes utilicen mucho su imaginación. Les pido que presten mucha atención a ella porque su respuesta va a ayudar mucho a que terminemos de aclarar en qué tiene que consistir exactamente nuestra ayuda. Quiero que se imaginen que esta sesión termina y que ustedes vuelven a sus casas..., imaginen que el resto del día transcurre con normalidad y que se van a

dormir... Imaginen que..., mientras están durmiendo..., sucede un ‘milagro’..., y que todos los problemas que les han traído aquí se resuelven de repente, no con trabajo duro como se suelen resolver en la vida real, sino de repente. Como están durmiendo, no se dan cuenta de que ese milagro se ha producido, por eso quiero que se imaginen y me digan: ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana que les van a hacer pensar que ese ‘milagro’ se ha producido? (Rodríguez & Beyebach, 1994b, pp. 257-258)

Descrito en términos de relato, lo que pretendemos conseguir con la pregunta milagro es que nuestros clientes construyan una historia alternativa que pueda ocurrir en vez de la descripción saturada de problemas. La idea general es que los clientes piensen en nuevas formas de actuar que puedan empezar a poner en práctica en la situación problemática. Por supuesto que hay un gran paso entre imaginar y ser capaces de poner en práctica las conductas imaginadas; que ese paso se dé o no va a depender, en nuestra opinión, de que consigamos descripciones (objetivos) que reúnan una serie de características. Por ejemplo, los objetivos no tendrán ningún poder facilitador de la acción si los relatos que surgen de la pregunta milagro están demasiado lejos de la vida cotidiana (de ahí que insistamos tanto en que los clientes busquen cambios en pequeñas cosas). Por eso es necesario buscar un punto intermedio de manera que el nuevo relato implique una diferencia cualitativa respecto al antiguo, sin que resulte algo demasiado alejado de la realidad de nuestros clientes. También puede convertirse en algo demasiado alejado si dejamos que el cliente formule objetivos muy elevados o excesivamente abstractos. De ahí que trabajemos para que los objetivos sean alcanzables y descritos conductualmente. Cuanto más minuciosa sea la descripción conductual del nuevo relato, incluyendo lugar, tiempo y secuencia de conductas, más fácil será, probablemente, que las personas lo lleven a la práctica (Rodríguez & Beyebach, 1994b).

Otro contenido de la conversación terapéutica que suele ir muy asociado a los objetivos es el de las excepciones (Rodríguez & Beyebach, 1994a). Entendemos por tal, cualquier ocasión en que el problema no se produjo en aquellos momentos en que por regla general suele hacerlo (De Shazer, 1988/1992). Son excepciones, o episodios

únicos en terminología de White (1989), los momentos en los que una mujer deprimida no se deprime o un fumador consigue resistir la tentación de fumar. A través de las **preguntas sobre excepciones**, se incita a la persona a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de su vida, esos milagros atemporales que de otra manera pasarían inadvertidos (White, 1994). Así por ejemplo, a una persona depresiva podemos preguntarle algo así como: *¿Puedes recordar alguna ocasión en la que pudiste haberte quedado en la cama todo el día y no lo hiciste? (...) ¿En qué ocasiones podrías haberte dejado dominar por la tristeza y no lo hiciste?* (Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra. Véase también White, 1994)

Este tipo de preguntas que hacen reparar al cliente en logros aislados son recibidas al principio como algo extraño. Esto puede deberse al descubrimiento de lagunas en el conocimiento que tienen de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. El terapeuta trata de que el cliente llene esas lagunas situando el logro aislado, la excepción dentro del contexto de algún patrón de hechos, para ello se hacen preguntas que le ayuden a localizarlo en el tiempo y el espacio; esto lo asegura como parte de una secuencia que lo hace inteligible, que le da sentido. Se trata de hablar sobre qué ocurrió, cuándo, dónde, quiénes estaban implicados y como actuó cada uno de ellos; en otras palabras se trata de proporcionar el escenario, la trama y los personajes (Rodríguez & Beyebach, 1994a).

Una vez descubiertas las excepciones, el paso siguiente es ampliarlas (White, 1989), esto es, dejar que la gente cuente detenidamente qué ocurrió en esa situación; haciendo, además, que ellos piensen sobre qué fue diferente en su forma de actuar, pensar o sentir que contribuyó a que el problema no se diera (Rodríguez & Beyebach, 1994a). Con ello conseguimos también una mayor sensación de control sobre estas excepciones. Se formulan así preguntas del tipo *¿Cómo te las arreglaste para salir ese día de casa? ¿Qué hiciste?, ¿Qué cosas de las que hiciste en ese día te ayudaron a decidirte a salir?, ¿Qué pensaste? ¿Cómo te ayudó pensar eso?, ¿Qué sentiste...?* (Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra. Véase también White, 1994).

También se hacen preguntas que insten a apreciar el significado de esta excepción atendiendo a descripciones sobre sí mismo, los demás, y sus relaciones y preguntas sobre qué nuevos destinos o metas podrían acompañar a estas nuevas posibilidades.

¿Qué te dice sobre ti misma como persona el haber sido capaz de salir y disfrutar de ese día? (...) ¿Qué nuevas cualidades has descubierto en ti en este día que de otra manera no hubieras podido conocer? (...) ¿En qué medida saber que eres capaz de dominar esa tristeza te influye en la manera en que te percibes a ti misma? (...) ¿Cómo estos descubrimientos sobre la influencia que tienes en tu estado de ánimo afectará a tu relación de pareja? ¿Y con respecto a tus amigos? ¿Qué será diferente?, (...) ¿Cuál será el próximo paso a través de estos descubrimientos sobre ti misma? (Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra. Véase también White, 1994, pp. 79-81)

Al hablar de excepciones estamos generando un relato alternativo que tiene la gran ventaja de que sabemos de antemano que las formas de actuación y los significados involucrados en él ayudan efectivamente a que el problema no se produzca. Las excepciones son pues historias de éxitos conseguidos por los clientes, el trabajo del terapeuta es ayudar a que además sean éxitos repetibles. Para ello debe hacer que el relato excepcional se convierta en la narración dominante, y la mejor manera de lograrlo es hacer que la gente hable el máximo tiempo posible sobre él.

Existe también una vía rápida de entrada en excepciones, “el cambio pretratamiento” (Rodríguez & Beyebach, 1994b, p. 255). Las preguntas por **el cambio pre-tratamiento** son una forma alternativa de explorar las excepciones. Entendemos por cambio pretratamiento cualquier mejoría relacionada con la demanda que nos han hecho los clientes, que se haya producido en el intervalo de tiempo transcurrido desde que pidieron consulta (Weiner-Davis, De Shazer, & Gingerich, 1987). Una manera de preguntar por el cambio pretratamiento sería la siguiente:

Habitualmente pasa un tiempo desde que la gente pide consulta hasta que podemos dársela. Me he encontrado en muchas ocasiones con personas que llegan a la primera entrevista diciéndome que durante ese tiempo las cosas han empezado ya a ir mejor en relación a las dificultades que les preocupan; por eso me estaba preguntando, ¿qué cosas han empezado a ir ya mejor en su caso? (J. L. Rodríguez- Arias, comunicación personal, 1993; citado también en Rodríguez & Beyebach, 1994b, p. 255).

Si el cliente nos informa de este cambio pretratamiento la conversación se dirige a ampliarlo todo lo posible, al igual que comentamos en el trabajo con excepciones. *¿Son este tipo de cambios los que te gustaría que se siguieran produciendo? (...) ¿Qué puedes hacer tú para continuar por este camino?* (Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra)

Otro tipo de preguntas que el terapeuta puede incluir en la conversación terapéutica tanto si trabaja con personas individuales, familias o parejas son las **preguntas circulares** (Tomm, 1985, 1987, 1988). Estas preguntas son las ideadas para revelar relaciones y diferencias en las relaciones (Bateson, 1972), nos sirven para construir relatos interaccionales. Normalmente invitan a una persona a describir la relación entre otros dos miembros de la familia (que pueden estar también presentes) o a especular sobre cómo puede reaccionar otro miembro ante un problema dado y qué reacciones es probable que genere en los demás esta respuesta. Es una especie de cotilleo en presencia de los otros (R. A. Neimeyer, 1996). A través de estas preguntas podemos ver cómo se relacionan en torno al problema y sirven también para introducir distintos puntos de vista sobre un mismo acontecimiento (véase Feixas & Villegas, 1998; G. J. Neimeyer, 1996). Podemos preguntar por ejemplo, *¿qué hace tu mujer cuando tú gritas?*, para delimitar la secuencia interpersonal de un problema; *¿cómo va a reaccionar vuestra hija cuando vea que os lleváis mejor?*, para elicitación de objetivos interaccionales; o *¿cómo crees que se sintió tu madre cuando le dijiste que ese día no habías consumido droga?*, revisando excepciones (Rodríguez & Beyebach, 1994b). Con estas preguntas el terapeuta se comporta como un explorador que asume que todo

está conectado de alguna forma con lo demás y busca esos patrones que conectan personas, objetos, acciones, ideas, sentimientos, etc. (Tomm, 1988). La conversación tenderá a cuestionar las premisas del sistema, a flexibilizarlas, de forma que se pueda elaborar una historia alternativa (Feixas & Villegas, 1998).

También son muy utilizadas las **preguntas de escala** en sus diferentes modalidades (Beyebach, 1995, 1999). En las **escalas de avance** (De Shazer, 1986), por ejemplo, el terapeuta pide al cliente que evalúe el estado actual de su problema en una escala de 1 a 10.

“En una escala de uno a diez, donde uno es el momento en el que los problemas que les han traído aquí han estado peor y diez es el momento en el que estarán del todo solucionados, ¿en qué punto pondría usted esta última semana?” (Beyebach, 1995, p. 180).

Con este tipo de preguntas el terapeuta tiene una nueva oportunidad para seguir atribuyendo los avances a conductas o cualidades de las personas. Puede preguntar por ejemplo: *¿Cuál es la clave de que hayas subido a un seis o un siete?*, como una forma de atribuir control al cliente (Beyebach, 1995). También permite fijar objetivos a corto plazo y seguir facilitando avances, para ello el terapeuta puede preguntar: *¿En qué punto consideras que podríamos dar por finalizada la terapia?*, o *¿En qué vas a notar que estás ya en un ocho?* (Beyebach, 1995, 1999; Rodríguez & Beyebach, 1997)

Otra escala complementaria a la anterior es la “**escala de confianza**” (Beyebach, 1995, p. 183): “En una escala de uno a diez, en la que diez sería que tienen toda la confianza del mundo en que mantendrán este nivel y uno significa que no tienen ninguna confianza de mantenerlo ¿en qué punto se pondrían?” (Beyebach, 1995, p. 183). Con esta puntuación se puede hacer posteriormente un trabajo muy similar al que se realiza a partir de la escala anterior: “¿de dónde sacas tanta confianza?, ¿qué puedes hacer para subir un punto tu confianza?” (Rodríguez & Beyebach, 1994b, p. 280)

Además de estas escalas, podemos plantear cualquier escala específica que pueda resultar de utilidad, sobre discusiones, rendimiento en el trabajo, depresión, etc. E iniciar un trabajo como el que hemos descrito en las anteriores.

Otra alternativa interrogativa son las **preguntas de afrontamiento** (Beyebach, 1999; Rodríguez & Beyebach, 1997). Se trata de adoptar la desesperanza del cliente con el fin de facilitar su esperanza a través de preguntas como: “Entiendo que no aguantes más, incluso he llegado a preguntarme, ¿cómo haces para resistir?” (Rodríguez & Beyebach, 1997, p. 49). Incluso podemos ser más pesimistas que ellos: “Teniendo en cuenta lo complicado de la situación, ¿cómo es que las cosas no van peor?” (Rodríguez & Beyebach, 1997, p. 49).

3.2. Reconstruir, Deconstruir y Redefinir significados

Reconstruir, deconstruir y redefinir, son diferentes formas de trabajar con los significados que las personas han establecido en torno al problema, a través del lenguaje. Un ejemplo del proceso de reconstrucción de significados es el trabajo con excepciones comentado anteriormente.

En ocasiones, es necesario deconstruir este significado para su reconstrucción. Deconstruir es rastrear los significados que las personas atribuyen al problema (su origen, por qué se mantiene, quién está involucrado, cómo puede resolverse). Supone aceptar el marco de referencia global que utilizan los clientes, esto es, aceptar de entrada como válido el relato dominante que ellos nos proponen; pero a partir de esta aceptación, tratar de introducir dudas en su forma de ver las cosas. La idea es detectar los puntos más débiles en todo el conjunto de significados que los clientes han construido en torno al problema, hacer que ellos los vean e intenten resolver la disonancia, esperando que para ello tengan que generar un relato alternativo que redefina los problemas (Rodríguez & Beyebach, 1994a). El lenguaje de la deconstrucción es también fundamentalmente interrogativo, y las preguntas circulares vuelven a jugar aquí un papel destacado (en Sluzki, 1992, se presentan una serie de alternativas para deconstruir relatos). Las conversaciones externalizadoras que describiremos más adelante, incluyen el proceso de deconstrucción.

La deconstrucción no es siempre un prelude de la re-narración. Es un proceso de especial importancia cuando los problemas que las personas experimentan tienen un efecto totalizante sobre sus vidas, en otras palabras, cuando parece que los relatos que

tienen acerca de sus vidas están completamente saturados por el problema (Payne, 2002). En estas ocasiones, las conversaciones externalizadoras en tanto conversaciones deconstructivas son muy útiles. No obstante, hay muchas ocasiones en las que las personas vienen a terapia y es claro que tienen a disposición otras narrativas del yo y de las relaciones, a pesar de estar algo eclipsadas por los relatos más dominantes de sus vidas. Si esas narrativas alternativas proveen los relatos preferidos de sus vidas, o un acontecimiento que contradice al relato dominante, se crea la oportunidad para estructurar la terapia a su alrededor. Se trata de ayudar a las personas a internarse en esos relatos que ellos juzgan preferibles, poner en práctica las interpretaciones o significados alternativos que estos relatos alternativos hacen posibles.

Otra actuación del terapeuta en la misma línea es el uso de las redefiniciones, reestructuraciones o reencuadres (Minuchin & Fishman, 1981). Llamamos redefinir al trabajo de cambiar los significados que los clientes atribuyen a los acontecimientos y a la conducta de las personas. El matiz que diferencia la deconstrucción de la redefinición es que en esta última es el terapeuta el que ofrece a los clientes una interpretación diferente de la realidad, en vez de trabajar para que sean ellos quien la generen (Rodríguez & Beyebach, 1994b), por ello, es necesario que previamente el terapeuta gane cierta credibilidad ante el cliente, que sea aceptado como tal (Feixas & Villegas, 1998). Por ejemplo, estamos usando una redefinición cuando decimos a una pareja que está preocupada por sus discusiones que éstas, en un cierto grado, son aceptables e incluso beneficiosas para los matrimonios puesto que discutir también significa inconformismo y ganas de encontrar un punto de equilibrio mejor para los dos (Rodríguez & Beyebach, 1994a). Con esto se ofrece a la pareja una forma alternativa de entender lo que les sucede.

3.3. Nuevas formas de hablar de los síntomas

3.3.1. El lenguaje de la externalización

Hace ya varios años Michael White hizo un significativo descubrimiento al trabajar con niños que sufrían encopresis. Observó que el progreso clínico se aceleraba cuando se le daba al niño la posibilidad de hablar del problema como algo distinto y separado

de sí. White (1989) utilizó la expresión “la caca traicionera” para referirse a la encopresis y la personificó como una entidad exterior al niño (pp. 8-12). White preguntaba al niño sobre las influencias que ejercía sobre él esa extraña y ruin caca, que le hacían sentir incómodo e infeliz (véase también White, 1984, 1986). También se le preguntaba sobre las influencias que ejercían él y los demás miembros de la familia sobre su adversaria. Por ejemplo, “¿Hubo ocasiones en que derrotaste a la caca y la pusiste en su lugar, en vez de dejar que ella te derrotara?” (White, 1994, p. 11). Este tipo de preguntas provocaba una toma de conciencia de los recursos con los que contaban y limitaba el poder que el problema ejercía sobre ellos (White, 1994). Además les llevaba a advertir que ya habían estado realizando algunas acciones eficaces contra el problema, lo cual no sólo valorizaba su capacidad sino que además contribuía a externalizar aun más el problema. Como resultado de este trabajo, el proceso terapéutico se desarrollaba más rápidamente. Aunque este método fue desarrollado en principio para trabajar con niños que sufrían de encopresis, White lo aplicó luego de manera más general para tratar con éxito un conjunto de múltiples problemas, tanto de adultos como de parejas o familias (White, 1986).

Así este terapeuta australiano, Michael White (1984, 1986, 1987, 1988, 1994) nos propone una innovadora técnica psicoterapéutica de externalización del problema. Es una técnica sencilla pero a su vez complicada. Sencilla en el sentido de que básicamente propone una separación lingüística que separa el problema de la identidad personal del cliente como una forma de ayudar al cliente a rehuir de la influencia que el problema ejerce sobre su vida. Y complicada, por los delicados medios que se utilizan para conseguir este objetivo (White, 1994). White ha bautizado su trabajo como “una terapia de méritos literarios” (White, 1994, p. 9), ya que es a través del cuidadoso empleo del lenguaje dentro de la conversación terapéutica como se van a movilizar las iniciativas curativas del cliente.

Aunque empleamos la palabra “técnica” para referirnos a la externalización, White nunca habló de ella como técnica (un vocablo que resalta el poder del terapeuta), sino como “práctica”, resaltando la importancia de una labor conjunta entre cliente y terapeuta (Beyebach & Rodríguez, 1994). Más que una técnica puntual es un complejo proceso de deconstrucción que abarca varios movimientos descritos por White y Epston

(1990/1993). Estos movimientos que describiremos a continuación, han sido sintetizados posteriormente por otros autores, por ejemplo Ochoa de Alda (1999a, 1999b), Payne (2002) e incluso por White (1994).

En primer lugar el terapeuta reencuadra el problema como algo externo al cliente, a su familia y a sus relaciones para favorecer un cambio atribucional. Las atribuciones sobre las causas del problema a factores internos, globales y estables se transforman en atribuciones a factores externos con los cuales el cliente puede relacionarse de un modo que le sea más beneficioso para la vida. Dicho cambio de perspectiva se puede favorecer recurriendo a las dos modalidades de exteriorización más empleadas.

En la primera modalidad el terapeuta inserta en la narrativa habitual del cliente un nuevo elemento, en realidad, una metáfora lingüística. Se trata de una metáfora consistente en hablar del problema como si fuera un personaje externo, incluso si es preciso varios personajes asociados, una entidad o entidades, separada del cliente y de su familia, que los controla a todos, afectando incluso a sus relaciones (White, 1994). Para que sea más fácil personificar la patología le asigna un nombre que más adelante puede matizarse o cambiarse por otro que el cliente considere más apropiado (por ejemplo, la presión social a ser una mujer perfecta, la tristeza, la rabia, la apatía, la tendencia al aislamiento, la depresión, etc.). Payne (2002) se refiere a este paso como “bautizar el problema” (p. 27). En realidad, lo más importante no es el nombre empleado, sino la separación entre la identidad personal y la patología que la metáfora trata de introducir, por esa razón, si a la persona no se le ocurre nada, el terapeuta puede hacer sugerencias (Payne, 2002), o incluso se puede utilizar el mismo diagnóstico psiquiátrico (Durrant, 1989). Una de nuestras clientes por ejemplo, al imaginar sus malos momentos como un personaje, los llamó “monstruito”.

Es importante señalar que en problemas relacionados con situaciones en las que el cliente ha sido objeto de violencia y abusos sexuales no se debe hablar del maltrato o del abuso como un personaje externo (White & Epston, 1990/1993), ya que es prescindible responsabilizar de los hechos a los ofensores. En esos casos se explicita el modelo social patriarcal que favorece las conductas de agresión, así como el secreto y el aislamiento concomitantes; el terapeuta los presenta como factores que aumentan la vulnerabilidad personal y familiar a sufrir este tipo de problemas. De tal forma que se

podrían externalizar en estos casos las creencias que justifican el maltrato, así podemos por ejemplo hablar con una mujer maltratada sobre “cómo te dominaba la creencia de que la violencia es aceptable” (Payne, 2002, p. 28). Este sería un ejemplo de una segunda modalidad de exteriorización.

En esta segunda modalidad de exteriorización, el clínico comparte con el cliente el supuesto de que el problema o la psicopatología, se relaciona con el intento utópico y constante de adaptarse a un modelo social rígido que no tiene en cuenta las necesidades ni las peculiaridades de los individuos. De este modo atribuye a factores externos los aspectos del problema que hasta ahora el cliente pensaba que se debían a factores internos y estables (Epston, 1994). Concretamente, relaciona el problema con ciertas creencias y modelos sociales que gobiernan el estilo de vida del cliente sin que él lo haya advertido (la idea de ser mujer sólo a través del cuidado de los demás, el mito de la familia siempre unida, el deber de ser perfecta en todo lo que se hace, etc.). Entonces le explica que es la sumisión extrema a los cánones sociales, que presionan a las personas a tener que ser de una manera determinada, la que le conduce a resultados negativos y frustrantes.

Antes de seguir adelante, el clínico debe verificar que el cliente no rechaza la nueva visión aportada por la exteriorización del problema y que, paulatinamente, va aceptándola verbal o no verbalmente (con gestos de asentimiento cuando se alude al problema exteriorizado o empleando él mismo expresiones en las cuales el problema aparece desde esa nueva óptica).

Una vez introducido el reencuadre de la exteriorización, el terapeuta ayuda al cliente a elaborar una narrativa un poco distinta a la habitual en la que se va a describir cómo influye el problema, ya sometido al cambio atribucional, en su vida y en sus relaciones. Para ello, recurre a las preguntas de influencia relativa del problema en las personas y en las relaciones (White, 1989). A través de ellas indaga sobre qué le lleva a hacer, pensar y sentir, y sobre cómo le lleva a relacionarse ese personaje, o ese tipo de creencias o modelos de origen preponderantemente social.

T: ¿Cuál es la primera señal de que este monstruito aparece?

P: Cuando empiezo a estar más nerviosa....

T: ¿Qué te obliga a hacer?

P: Me autodestruye, me toco la cara, me dejo, adelgazo.....

T: Así es como él engorda

P: No bajo a comprar a la calle, no llamo por teléfono, no voy a comprar verduras...Me convence de que estoy fea... Dejo de ir a clase... Estoy más en la cama

T: ¿Qué cosas te dice para ponerte nerviosa?

P: Que soy la más fea, que el decano me va a echar, que hablan de mi, sueño mucho y cosas raras, vivo mucho los sueños y me levanto más cansada. Me agobia estar en sitios cerrados, me convence de que allí puede pasar algo, no me deja ir a conciertos.... Me hace sentir culpable.... pensar que lo que digo es una bobada. Me obliga a castigarme, me obliga a pegarme con un peine, es como “castígate”.

T: ¿Cómo repercute en ti?

P: Me hace odiarme, no mirarme en el espejo, si me veo no me reconozco, me hace sentir nerviosa. Me hace ser más niña, no me deja avanzar... ver cosas del futuro (casarme, casa, hijos....)

T: ¿Cuánto tiempo lleva contigo?

P: Desde pequeña.

(Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra)

Este segundo movimiento permite que el cliente sea más consciente de cómo ese personaje o modelo social está pautando su vida y sobre las consecuencias que esto conlleva. A lo largo de esta conversación se reflejan los patrones de funcionamiento ligados al problema. El cliente se hace consciente de que hay un problema que limita su vida, pero él no es el problema, “el problema es lo que es el problema” (White & Epston, 1990/1993, p. 55) y el cliente podrá decidir cuál va a ser el tipo de relación que quiere tener con él. Estas preguntas que alientan a los clientes a trazar el “mapa” de la influencia que ejerce el problema en sus vidas son “deconstructivas” (White, 1994, p. 223), es decir, permiten destruir esas versiones dominantes y empobrecedoras a través de las cuales estaban viviendo. Otro aspecto importante es que el problema sale de la persona pero no se proyecta en ninguna otra (White, 1994), así hay menos posibilidades de que las personas significativas de su entorno adopten una actitud defensiva en el trascurso del proceso.

En la tercera etapa el terapeuta favorece una conversación que permita al asesorado liberarse de la esclavitud del problema y adoptar un estilo de vida que les reporte mayor equilibrio, satisfacción, bienestar y sentido de autoría sobre su vida. El propósito es identificar tres aspectos hasta ahora ignorados o al menos desestimados en la narrativa habitual: “los desenlaces inesperados” (véase Payne, 2002, p. 97), las estrategias que los han hecho posible y el significado que el cliente les asigna.

Los desenlaces inesperados es un término de Erving Goffman (1961) utilizado para referirse a los episodios concretos en los que el cliente no dejó que el personaje o las creencias y modelos opresivos del contexto social pautaran por completo su vida (véase Payne, 2002). White (1994) utilizó también el término *logros aislados* para referirse a ellos. A través de ellos se abre una puerta de entrada a territorios alternativos (White, 1994). Surgen nuevas descripciones, una narrativa alternativa que genera elementos discordantes, sensaciones, conductas, pensamientos, afectos o relaciones que son el germen de un estilo de vida más satisfactorio que poco a poco irá cobrando entidad.

Las estrategias cognitivas y/o conductuales que han hecho posible esos desenlaces inesperados se encuentran mediante las “preguntas sobre el panorama de acción” (White, 1994, p. 35). De este modo, se habla detalladamente de lo que hizo o pensó el cliente para que esos episodios tuvieran lugar. La narración de estos aspectos dota a los desenlaces inesperados de una coherencia interna adecuada para que permanezcan en la nueva narrativa y se contemplen como recursos útiles que pueden seguir empleándose en el futuro. Estas preguntas invitan a los clientes a trazar un “mapa” de la influencia que ellos ejercen en la vida del problema, se consideran “preguntas constructivas o promotoras de una re-escritura” (White, 1994, p. 223).

Por último, resulta de especial interés conocer el significado otorgado por el cliente a los desenlaces inesperados y a sus correspondientes estrategias. Con el fin de extraer ese significado, el terapeuta recurre a las “preguntas sobre el panorama de conciencia” (White, 1994, p. 38). Su función es que la persona, al reflexionar sobre la información que aportan, encuentre formas más útiles, versátiles y libres de dar significado a su vida (Epston & White, 1998).

P: Esta semana tenía un examen, me ponía nerviosa, pero al final lo dominé

T: ¿Cómo lo hiciste?

P: Fue como una lucha con el monstruo. Pienso mucho en el monstruo. Me ayuda verlo como algo separado, y que puedo dominarlo. Cada vez veo más claro donde ha actuado el monstruo y donde no.

T: ¿Qué condiciones permitieron que el monstruo no apareciera?

P: Hacer lo que me apetecía y al tiempo ser responsable.

T: ¿Saber que tú has sido responsable que cambia?

P: Me da seguridad, me hace estar más tranquila.

(Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra)

Posteriormente habría una cuarta etapa, donde el terapeuta trata de identificar las posibilidades que a corto y medio plazo, estos nuevos significados abren ante sí. Se trata de que el cliente, una vez que conoce sus recursos, defina las metas que desea alcanzar (Ochoa de Alda, 2001). Por tanto, el terapeuta intenta deliberadamente que la conversación terapéutica proyecte la nueva narrativa hacia un futuro no demasiado lejano. Para ello utiliza preguntas orientadas a un futuro satisfactorio (Ochoa de Alda, 2001). En este futuro se proyectan los sí mismos posibles positivos en sus aspectos sensoriales, conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales (Markus & Nurius, 1986; Markus & Oyserman, 1989; Markus & Ruvolo, 1989; Markus & Wurf, 1987). Estos sí mismos posibles positivos contienen imágenes en las que la persona se ve realizando proyectos muy concretos que le reportan bienestar. El terapeuta le ayuda a explicitar ese relato alternativo de futuro interesándose por conocer aspectos como: *¿qué va a hacer, pensar y sentir de forma diferente cuando repita estos desenlaces inesperados?; ¿quién será el primero en advertir sus cambios?, ¿en qué lo va a notar?* Es extremadamente importante que el terapeuta permanezca muy atento a los efectos problemáticos que puede tener una expectativa demasiado alta para el cambio constructivo. Esto es algo bastante común cuando se trabaja con clientes que deben luchar con problemas crónicos. En estos casos es necesario externalizar las “expectativas irreales” (White, 1994, p. 14) como un componente más del problema, a fin de evitar los efectos patologizantes de las experiencias de fracaso. A veces lo único realista es dar pasos pequeños (White, 1994).

T: Si sigues potenciando esto, ¿que puede pasar dentro de unos meses?

P: Que estaré mejor, más segura de mí misma. Quiero crecer un poco, aprender.

T: ¿Qué cosas vas a poder hacer con esta seguridad, esa tranquilidad?

P: Aprenderé más de las prácticas, decidir si me voy de beca o no. Y no me sentiré culpable por no dar a las personas que a mi no me dan.

T: ¿Quién será el primero en advertir estos cambios?

P: Alguna de mis compañeras de clase. He decidido quitar de mi lado a aquellos que me hacen daño.

T: ¿En qué crees que lo notarán?

P: En que me daré más a mí misma. Quiero recuperar lo que he perdido en el camino. Me he dedicado más a dar a los demás que a mí. Ahora va a ser todo para mí. Necesito mimarme y cuidarme.

(Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra)

Tras haber encontrado datos concretos sobre la competencia del cliente para llevar una vida más acorde con sus verdaderos objetivos, el terapeuta le pide que se pronuncie en torno a su compromiso para seguir en la línea del cambio ya esbozado. A tal efecto, plantea una disyuntiva que White y Epston (1990/1993) denominan “dilema” (véase Ochoa de Alda, 2001, p. 148). El dilema contrapone la opción conservadora, caracterizada por la sumisión a los modelos sociales o a los hábitos que garantizan la supervivencia del problema-personaje, y la opción radical, caracterizada por la libertad personal que encierran los desenlaces inesperados (Ochoa de Alda, 1999b). De esta forma se evita que la externalización del problema excluya la responsabilidad personal (White, 1994). Se incita a los clientes a reconocer que tienen la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema externalizado o de declinar la incitación a someterse. El objetivo es que el cliente se decante bien por dejar que el problema y las creencias que lo acompañan controlen totalmente su estilo de vida o bien por asumir definitivamente la responsabilidad y el control de la misma, o al menos el mayor control posible en el caso de problemas crónicos, sean de índole física o psíquica (Ochoa de Alda, 2001).

En algunas situaciones al cliente le cuesta afrontar los cambios, necesita aumentar su motivación. Con tal propósito podemos explorar un poco más la opción conservadora, es decir, preguntar al cliente cómo debería proceder para aumentar su sumisión al problema, el personaje o el modelo social (Ochoa de Alda, 1999b). La descripción de una hipotética situación peor que la actual le hace consciente de que no ha llegado a ese estado tan penoso, y si no lo ha hecho es porque utiliza recursos que le aportan cierto grado de autoría sobre su vida. A continuación, el terapeuta recuerda el futuro positivo que implica la mejoría, descrito en la etapa anterior, y le ayuda a concretar los inconvenientes que conlleva. Obviamente el cambio produce consecuencias inicialmente incómodas hasta que el cliente y su contexto interpersonal se adapten a las nuevas condiciones. Se trata de especificar los obstáculos que han de superar si deciden oponerse al dominio del problema (Ochoa de Alda, 1999b). Una vez especificadas estas dificultades, el asesor le anima a referir las estrategias de que dispone para eludirlos.

Después de todo este análisis, la persona está preparada para responder al dilema. Si opta por el cambio el clínico predice una “resaca” (Ochoa de Alda, 1999b, p. 169), es decir una serie de sentimientos de malestar gracias a los cuales el personaje o el modelo social le presionarán a volver a los hábitos del antiguo estilo de vida; algo harto probable, ya que no suele ser fácil cambiar hábitos muy arraigados. Resulta bastante útil sugerir al cliente que el modelo más probable es el de “tres pasos hacia delante y dos hacia atrás” (White, 1994, p. 14). Cualquiera que haya intentado modificar un hábito personal bien establecido sabe que “los antiguos hábitos no mueren fácilmente” (White, 1994, p. 14). Lo más importante es la dirección en que evolucione el cliente y no las dimensiones o la frecuencia de pasos que dé (White, 1994). Finalmente, el terapeuta recapitula cuáles son las estrategias eficaces, antes identificadas, que le van a permitir afrontar los obstáculos y navegar hacia el nuevo rumbo.

P: Me pregunto si toda la culpa de todo la tiene ese monstruo, ¿la tiene?

T: En gran parte sí, y además ha generado hábitos. Sería conveniente cuidarte para no debilitarte y que el monstruo no pueda entrar. Eso es algo que tú has decidido. El monstruo dice “si te arriesgas va a salir mal, porque tú no vales nada, si pasa algo malo no lo vas a poder soportar”.

P: Y eso me hace meterme como en un caparazón.

T: ¿Y prefieres estar sometida a las imposiciones de este monstruo o prefieres seguir tu propio camino?

P: Seguir mi propio camino, desde luego.

T: Entonces es importante que recuerdes cuáles son las estrategias del monstruo. Es probable que el monstruo vuelva a hacer de las suyas. ¿Sabrás cómo remontar si algún día el monstruo da caña?

P: Sí, supongo que con paciencia...

T: Que volviera no sería agradable, ¿lo podrías soportar?

P: Sí, quiero arriesgarme.

T: ¿qué te ayudaría a soportarlo?

T: Pensar que en su momento supe tomar la decisión. Me iría a casa de mis padres, saldría a pasear, haría deporte....

(Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra)

En cada entrevista el terapeuta apoya al cliente para que enriquezca su nueva narrativa identificando con él los cambios conseguidos entre sesiones, es decir, los “avances”, así como las estrategias que ha utilizado para lograrlos, y las nuevas posibilidades que de futuro que le abren (Ochoa de Alda, 2001, p. 148). Si al comenzar la sesión el cliente no informa de mejoría alguna, el asesor revisa con él cómo le han ido las cosas cada día. El recorrido pormenorizado de los episodios que han tenido lugar día a día suele arrojar datos sobre momentos en los cuales se evidencia algún indicio de avances. La narración de estos episodios favorece el reconocimiento compartido de que se están produciendo cambios positivos y acostumbra a la persona en cuestión a valorar los cambios pequeños y no sólo los espectaculares. Por otro lado, cuando se produce alguna recaída, el clínico la normaliza definiéndola como un “bajón” (White, 1994, p. 155) propio de la adaptación al nuevo estilo de vida. Después alienta al cliente a recuperar el nivel de funcionamiento previo al retroceso y a seguir esforzándose por alcanzar sus metas (Ochoa de Alda, 2001).

Por otro lado, a medida que la terapia avanza es importante crear un entorno humano que apoye el nuevo relato que poco a poco se ha ido configurado durante la terapia. Con esta finalidad se recurre a las “preguntas de difusión extraordinaria”

(Ochoa de Alda, 1999b, p. 170), también denominadas “preguntas de circulación” (Epston & White, 1998, p. 32) porque identifican y seleccionan audiencias adecuadas, en la familia o en el entorno social más amplio del cliente, entre las cuales pueda circular la nueva identidad del cliente. Ese intercambio entre el cliente y las personas significativas permite gestar una matriz de narrativas consensuadas y liberadoras que nutren la nueva imagen personal y/o familiar fuera de la terapia, algo necesario para evitar recaídas.

T: ¿Qué personas han notado que estás tomando el control?

P: Mis compañeras de piso, porque son con las que más tiempo paso.

T: ¿Qué más personas se alegrarían de saber que estás liberándote de este monstruo?

P: Mis padres, supongo que se darán cuenta cuando esté con ellos en casa, lo notarán fácilmente.

T: ¿Cómo crees que van a reaccionar cuando lo sepan?

P: Supongo que se alegraran de verme disfrutar y de ver que soy más responsable, que voy sacando los estudios...

T: ¿Qué va a ser diferente en vuestra relación a partir de todo esto?

P: Tal vez confíen más en mí y dejen de tratarme como a una niña. También yo confiaré más en ellos para contarles mis cosas. La relación podrá ser más equilibrada...

(Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra)

Por último, se sugiere documentar la nueva identidad del cliente mediante diversas opciones (véase Ochoa de Alda, 1999a), por ejemplo, celebrar el cambio mediante algún ritual en presencia de las personas significativas, redactar cartas o documentos que dejen constancia del nuevo estilo de vida o bien realizar una sesión especial en la que el profesional consulta al cliente en calidad de experto, de manera que éste se convierte en asesor del terapeuta, de sí mismo y de otras personas, reforzando así su percepción de competencia y autoría personal.

T: ¿Qué aconsejarías a alguien que viniera con tu mismo problema?

P: Que pensase más en ella. Yo me arreglo más... Cuando estoy triste me arreglo más. También me lo dijo mi compañero de piso.

T: ¿Cómo convencerías a esta persona que acude a terapia?

P: Yo lo que he hecho es dar más importancia a las cosas pequeñas que me rodean. Es quererse, yo cada vez me quiero más, no es ser egoísta, pero pienso más en mí, me miro más al espejo. Ahora digo ¡cuánto tiempo perdido! Que mantenga la mente ocupada, y un horario.

T: Entonces a esta persona le podría yo decir.... distráete con otras cosas, haz otras cosas, organízate ¿Con esto tendría suficiente?

P: Y que se quiera.

T: ¿Cómo se lo diría?

P: Que mire las cosas buenas que tiene y que las aumente. Que haga lo que le guste. Que se rodee de gente que la quiera y que deje lo malo.

T: ¿Y si no se encuentra físicamente atractiva, cómo la convezco? Porque ella se esconde un poco...

P: Que se quiera, que se ponga cómoda.... que se cuide, que se mime. Yo me pongo música que me gusta...

T: ¿Cómo convezco yo de eso a alguien?

P: Que ponga en un papel en qué nivel la gente es importante, el nivel de amistad, si ayuda a esa gente. Que se vea necesaria para otra persona y que se cuide para ayudar a esa persona.

T: ¿Y si esa persona está muy desconectada?

P: Primero ser educada con la gente, al día siguiente preguntarles “¿cómo estas?”. Ponerse pequeños objetivos, poco a poco.

T: ¿Cómo haría yo para que creyera en ella misma, si ella cree que no vale nada?

P: Que eche la vista hacia atrás. Que busque lo que antes le hacía sentir bien. Rodearse de lo mejor. Que disfrute de cosas pequeñas.

(Fragmentos de una sesión de terapia con uno de los clientes de nuestra muestra)

Como hemos visto, el proceso de externalización del problema es un trabajo progresivo que se va realizando a lo largo de todo el proceso terapéutico (White, 1994). Consiste básicamente en separar el problema de la percepción que el cliente tiene de sí mismo como persona. Esto se consigue realizando una separación sistemática de los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, los hábitos, las actitudes y los estilos de

vida problemáticos y diferenciándolos de la identificación dominante del cliente (White, 1994).

Este proceso es particularmente curativo porque no supone un encuadramiento estático del problema y además supone un eficaz antídoto contra un proceso a veces inadvertido pero muy patologizante y muy común entre las personas: el rótulo negativo (White, 1994). Por ejemplo, durante la conversación que mantienen un grupo de personas (amigos, familiares, etc.) sobre un problema es bastante común que el problema tienda a recaer en la identidad o la personalidad del cliente, se establece que por sentido común, la persona que tiene el problema es el problema (White, 1994). Por ejemplo podemos oír cosas como: *El problema es mi marido*. Este tipo de supuestos son patologizantes puesto que contribuyen con esos rótulos a elaborar una identidad problemática. A medida que el problema se va incorporando en la identidad personal del cliente, a éste se le hace más difícil escapar de él, por la sencilla razón de que a nadie le resulta fácil escapar de sí mismo (White, 1994). La externalización del problema como técnica terapéutica resulta útil y curativa en el sentido de que permite abrir un espacio donde deshacer algunos de los efectos negativos de la rotulación social (White, 1994). En el ejemplo anterior podríamos introducir una conversación más externalizadora preguntado: *¿De qué forma está el problema afectando la vida de tu marido?* Con esto se crea “una atmósfera diferente en torno al problema” (White, 1995, p. 21), en la cual las personas ven al problema no como intrínseco a ellas sino como algo que está actuando sobre ellas desde el exterior.

Por el contrario, las conversaciones internalizadoras sobre lo problemático hacen muy difícil que las personas puedan experimentar nuevas posibilidades para la acción. Si tú eres el problema, si tu relación es el problema, entonces no será mucho lo que puedas hacer, a excepción quizá, de actuar contra ti mismo. Las conversaciones externalizadoras ponen en entredicho todo esto. Hacen posible que las personas experimenten una identidad distinta o separada del problema. A través de las conversaciones externalizadoras, el problema queda en cierto modo inhabilitado, a través de ellas las personas revisan su relación con sus problemas. Es por tanto una técnica muy útil cuando las personas experimentan que los problemas tienen un efecto totalizante en sus vidas, cuando parece que los relatos que tienen acerca de sus vidas

están completamente saturados por el problema (Payne, 2002); en otras palabras, cuando sienten que el problema es todo lo que existe y que representa la totalidad de la realidad; en estos casos el mero hecho de sentir que las cosas podrían ser diferentes es ya liberador, les abre muchas posibilidades, introduce esperanza. Recordando algo ya mencionado anteriormente, estas conversaciones externalizadoras serían una forma de deconstrucción, deconstruir las llamadas verdades que las personas sienten que tanto aprisionan sus vidas.

Esta práctica terapéutica deconstructiva, ayuda a que las personas experimenten cierta sensación de acción, de competencia personal (Ochoa de Alda, 2001). Esta sensación se debe a la experiencia de escapar de la condición de ser un pasajero en la vida y a la sensación de ser uno capaz de desempeñar un papel activo en la modelación de la propia vida, la sensación de poseer la capacidad de influir en los hechos de la vida de conformidad con las finalidades que uno tiene y de conformidad con los logros preferidos. Esta sensación de acción personal nace cuando la persona advierte hasta qué punto ciertos modos de vida y de pensamiento dan forma a su existencia y cuando se lleva a cabo alguna decisión respecto de los modos de vida y pensamiento según los cuales podríamos vivir (White, 1994).

Estas prácticas terapéuticas ayudan a las personas a apartarse de los modos de vida y pensamiento que, según ellas, empobrecen sus vidas. Además, provocan en el terapeuta y en las personas que buscan ayuda terapéutica una curiosidad respecto de versiones alternativas de lo que pudiesen ser esas personas (White, 1994). Este enfoque concibe la terapia como un contexto de curiosidad (Cecchin, 1987) y asume la forma de un empeño cooperativo y una indagación de nuevas posibilidades. El terapeuta contribuye a la introducción de un nuevo libro de códigos que permita elegir nuevas ideas, determina las condiciones para elaborar una descripción diferente del problema (a fin de que puedan hacerse nuevas distinciones) e interroga a los sujetos de un modo que contribuya a que las nuevas ideas perduren o sobrevivan. De este modo el terapeuta participa en la creación de un contexto que impulsa a la aventura y el descubrimiento.

3.3.2. El lenguaje de la paradoja

Algunas de las escuelas de Terapia Familiar se han distinguido por el uso de técnicas paradójicas, quizás las más destacadas por ello hayan sido el grupo de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1991) y la Terapia Estratégica (Haley, 1984). Lo cierto es que su uso se ha extendido y hoy ya son utilizadas por otras escuelas y multitud de terapeutas (véase por ejemplo, Navarro, 1998; Papp, 1992).

La paradoja supone también una nueva forma de hablar de los síntomas basada en una actitud terapéutica que acepta la sintomatología. Con esta actitud, el terapeuta estimula alternativas de conducta en el cliente.

El uso de la paradoja terapéutica está motivado por el hecho de que existen con frecuencia clientes que solicitan ayuda desesperadamente pero que al mismo tiempo parecen rechazar todas aquellas tentativas de solución que se les ofrecen (De Lourdes, 2004); el terapeuta termina por lo tanto envuelto en un juego que le sitúa en una especie de “doble vínculo” (Navarro, 1998, p. 161; véase también Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956), todo intento de su parte por cambiar algo es boicoteado; sin embargo, el cliente insiste en que requiere de su ayuda. El cliente quiere que le ayuden a cambiar pero sin cambiar nada.

En estos casos el terapeuta, en lugar de continuar con intentos inútiles de cambio, puede aceptar o más bien tolerar, la contradictoriedad frente a la cual lo ponen, estimulando de este modo la tendencia al cambio presente en otros niveles. Al aceptar el juego, el terapeuta se ubica en la relación de un modo exactamente inverso de aquel en que el cliente espera verlo y acepta su sintomatología. Su respuesta al requerimiento es una paradoja, porque utiliza la contradicción comunicativa propia del doble vínculo.

En estas circunstancias, la resistencia al cambio puede transformarse en un importante vehículo de cambio. Por absurdo que pueda parecer, son muchas las personas que comienzan una psicoterapia, al parecer, no para resolver un problema y cambiar ellos mismos durante el proceso, sino para derrotar al experto y demostrar posiblemente así que el problema no puede ser resuelto, mientras que al mismo tiempo reclaman una ayuda inmediata. Esta actitud establece un típico callejón sin salida donde

la petición de auxilio da lugar a consejos basados en el sentido común, pero esa persona responde con más de lo mismo, es decir, con más razones de por qué no puede aplicar dicho consejo y con más exigencia de mejor ayuda; los demás reaccionan proporcionándole más ayuda y él vuelve a responder de la misma manera. Así sucesivamente, hasta que tarde o temprano, la relación se hace tan dolorosa o frustrante que una u otra de las partes cede, ya sea por desesperación o por ira.

Esta actitud podría modificarse si el terapeuta abandona el plano del sentido común y plantea a este cliente la pregunta aparentemente absurda de por qué tiene que cambiar. Dentro de su juego se entiende y es indudable que debe cambiar. Esta jugada no entra dentro de su juego. El terapeuta establece un juego completamente nuevo y ya no se puede seguir jugando al anterior.

Realmente no hay nada que pueda parecer más antiterapéutico y más duro que decirle a alguien que busca ayuda, que su situación es desesperada. Y sin embargo, como se sabe, existe un grupo entero de problemas humanos en el que el sentido común, una actitud humana de optimismo y de apoyo, no tiene más resultado que consolidar la persistencia del problema. Si aceptamos el hecho de que existen personas que quieren ayuda pero no nos dejan hacerlo, nos resultará más fácil ver qué se puede hacer al respecto.

Un representante típico de esta clase de buscadores de ayuda es aquella persona que viene a psicoterapia con un problema con el cual ha derrotado ya a un impresionante número de expertos. Con estos antecedentes, el psicoterapeuta se da muy pronto cuenta que su cabeza está destinada a ser el próximo trofeo a añadir a la colección del cliente. En estas circunstancias el planteamiento de la psicoterapia no será sobre cómo puede ayudarlo, sino haciéndole saber que su situación es desesperada. El psicoterapeuta prepara en primer lugar pacientemente esta intervención, informándose de todos los detalles de los anteriores fracasos: a cuántos médicos visitó el cliente, qué intentaron realizar éstos sin lograr éxito, cuántos tests y qué tests se le practicaron, qué clases de medicación, de intervenciones quirúrgicas o de otra clase se le aplicaron, etc. Una vez que ha acumulado una cantidad considerable de información relativa a los fracasos anteriores, enfrenta a su cliente con tan demostrativos datos de un modo tan autoritario, condescendiente y pesimista como sea posible, para concluir comunicando que sus

esperanzas acerca de lo que la psicoterapia puede proporcionarle están por completo fuera de la realidad y que no hay nada que pueda hacerse con respecto a su problema, con excepción quizás de enseñarle como vivir adaptándose al mismo. Al hacer esto, el psicoterapeuta cambia por completo las reglas del juego; ahora es él mismo el que alega la inutilidad de la psicoterapia y puede hacer tal afirmación más impresionante aún pronosticando como si en ello le fuese su reputación profesional, que el cliente no cambiará. Así las cosas, le quedan al cliente tan sólo dos alternativas: o bien renunciar para siempre a su juego, o bien proseguirlo, lo cual tan sólo podrá hacer derrotando al psicoterapeuta al demostrarle que la mejoría es posible. En ambos casos, la intervención da lugar a un cambio.

El enfoque paradójico presenta siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes, el de “cambien” y el de “no cambien” (De Lourdes, 2004, p. 97). Las tareas en este sentido pueden parecerles paradójicas a los clientes porque, habiéndoles dicho el terapeuta que desea ayudarlos a cambiar, al mismo tiempo les está pidiendo que no cambien.

Una de estas tareas es la prescripción del síntoma (véase Selvini-Palazzoli et al, 1991). Un síntoma siempre es, en su esencia, involuntario y, por tanto, autónomo. Si se le pide a alguien que se comporte de una determinada manera que él considera espontánea, entonces ya no puede ser espontánea, porque la exigencia hace imposible toda espontaneidad. Recordemos la fábula de la cucaracha que le preguntó al ciempiés cómo lograba mover sus cien patas con tanta elegancia y con coordinación tan perfecta. A partir de ese momento, el ciempiés ya no pudo caminar.

Prescribir el síntoma a un cliente individual, lejos de ser una intervención que resuelva de por sí un estado de dificultad, representa una modalidad táctica que tiende a abrir una brecha en sistemas particularmente rígidos. En este sentido, alentar el comportamiento enfermo constituye un modo de renunciar sólo aparentemente al rol de activador del cambio, poniendo el acento en el lado positivo del estar mal.

Este enfoque puede utilizarse también con la incitación a la recaída (De Lourdes, 2004), cuando una recaída en los síntomas parece previsible o cuando el comportamiento sintomático parece ser utilizado de forma manipulativa por el cliente. El terapeuta puede prever y alentar un agravamiento justamente con la finalidad de

prevenirlo. Esta actitud terapéutica termina paradójicamente estimulando alternativas de conducta en el cliente, precisamente porque niega su posible expresión autónoma, cuanto más la niega el terapeuta, tanto más la buscará el cliente.

3.4. El lenguaje de las metáforas

Por definición, consideramos que estamos usando una metáfora cuando para referirnos a un tópico determinado utilizamos un vehículo que no se asocia típicamente a él (De Vega, 1985). Por ejemplo, podemos hablar de “sentirse en un pozo sin fondo” como metáfora de la desesperanza (Beyebach, 1995, p. 59). Incluso podemos usar una metáfora para describir su propio significado, por ejemplo, podríamos describir las metáforas como puentes hasta la posibilidad, puentes que permiten al individuo la posibilidad de duda, de cuestionamiento y de cambio (Carrión, 2004). Lyddon, Clay y Sparks (2001) utilizan otra metáfora y describen las metáforas como vehículos todo terreno que llevan al proceso terapéutico por fuera de las carreteras pavimentadas (las estructuras de significado previas) hacia territorios desconocidos, donde nuevos significados serán creados.

La utilización de las metáforas parece haber quedado limitada al estrecho ámbito de lo anecdótico, de lo genial, o incluso de lo extravagante (Beyebach, 1995). Aunque muchos terapeutas emplean las metáforas al menos ocasionalmente en su trabajo profesional (Bryant, Katz, Becovar, & Becovar, 1988), sí se ha producido un cierto estancamiento teórico y clínico del concepto y en este sentido, constituye un recurso infrautilizado en el campo terapéutico, que sólo con algunos autores (Barker, 1985; Lankton & Lankton, 1988) ha vuelto a recuperar parte de su prestigio.

En el contexto terapéutico, las metáforas y el conocimiento metafórico juegan un papel importante en la introducción de nuevos marcos de referencia, y además facilitan la creación de la relación terapéutica, el acceso y expresión de emociones por parte de los clientes, el descubrimiento y cambio de sus creencias y el trabajo con las resistencias (véase por ejemplo, Lyddon et al., 2001; Otto, 2000).

El uso de metáforas en terapia, permite a los clientes la oportunidad de crear nuevas posibilidades, explorar nuevas soluciones (Bilings, 1991). Terapeuta y cliente colaboran en examinar nuevos marcos de referencia, el cliente elige descartar aquellos que ya no le son útiles para adoptar otros más viables; como consecuencia, nuevas emociones, pensamientos y conductas serán consideradas. Esto abre la posibilidad de cambios en la perspectiva del cliente o en su marco de referencia, aspectos implicados en cambios que llamamos significativos o de segundo orden (Lyddon, 1990). No es raro que este tipo de cambios se den alrededor de una nueva metáfora. Las metáforas se convierten por tanto no sólo en un vehículo para la comunicación sino también para el cambio terapéutico (Muran & DiGiuseppe, 1990). Existe evidencia de que las transformaciones en las metáforas que los clientes usan para definir sus vidas y problemas, se corresponden con un significativo cambio en terapia (Goncalves, 1994).

Por otra parte, las metáforas también pueden ayudar a estructurar y facilitar la comunicación entre el cliente y terapeuta y sus interacciones (Berlin, Olson, Cano, & Engel, 1991). La sensibilidad del terapeuta hacia las metáforas generadas por su cliente pueden ayudarle a entender sus procesos de conocimiento y al mismo tiempo permite al terapeuta utilizar su mismo lenguaje. Esto ayuda a crear una mejor relación terapéutica

Además, las metáforas ayudan a los clientes a conocer y simbolizar sus emociones, como un medio de expresar emociones que no se pueden expresar de forma literal (Fox, 1989). Al permitir simbolizar o expresar sus emociones, las metáforas actúan como vehículos con los que el cliente puede construir nuevos significados a sus experiencias. “Las emociones creadas pueden ser incongruentes con su forma actual de percibirse a sí mismo o de percibir la situación, lo cual lleva a un cambio estructural en su sistema de constructos personales” (Marlatt & Fromme, 1987, p. 22).

A través de las metáforas los clientes pueden desvelar muchas de sus creencias, pueden aumentar el conocimiento sobre sus creencias en torno a sí mismo y el mundo, y conociéndolas, el cliente está en mejor disposición para cambiarlas o modificarlas (Ecker & Hulley, 1996). En este sentido el papel del terapeuta no es interpretar las metáforas del cliente o modificar directamente su sistema de creencias, sino guiar su exploración, por ejemplo el terapeuta puede ayudarle a explorar metáforas alternativas

o distintas posiciones dentro de la misma metáfora, esta sería una forma de cuestionar su punto de vista al tiempo que se mantiene su integridad (Billings, 1991).

Las metáforas también permiten trabajar con las resistencias (Otto, 2000). Pueden ayudar a los clientes a acceder indirectamente a nueva información sobre ellos mismos, protegiéndoles del potencial impacto de algunos de esos descubrimientos (Fox, 1989). La comunicación metafórica les puede ayudar a explorar lo que son hablando de cosas que no son. Son un mediador seguro entre lo que actualmente amenaza y lo que no al cliente (Billings, 1991). Para el terapeuta son un vehículo alternativo de examinar y hablar sobre los sentimientos y experiencias dolorosas del cliente, desviando las defensas rígidas y facilitando la relación (Billings, 1991; Fox, 1989).

Hasta ahora hemos hablado de la importancia de las metáforas como modelo comunicativo, pero también podemos utilizarlas como modelo interpretativo (Murán & DiGiuseppe, 1990). Podemos hablar y escuchar metafóricamente. En el primer caso se trata de usar las metáforas para comunicarse con los clientes y producir el cambio. En el segundo caso se trata de interpretar o descifrar las metáforas que usa el cliente. En muchas ocasiones el síntoma es una expresión metafórica de un proceso (Andolfi, 1987; Madanes, 1984; Onnis, 1990). Una pareja que por ejemplo habla de la agresividad y violencia de su hijo, puede que realmente estén diciendo algo sobre su propia relación o la violencia entre ellos.

En su vertiente comunicativa, el valor de la metáfora reside en que permite al terapeuta enviar mensajes directamente al inconsciente del sujeto (Haley, 1980). Se asume que ante una comunicación metafórica la mente consciente se mantendrá ocupada con los contenidos literales, permitiendo así que el mensaje terapéutico burle la vigilancia consciente y llegue al inconsciente mediante la implicación y la connotación. Estos mensajes se acumularían hasta alcanzar un punto en el que pudieran producir cambios en la conducta consciente del sujeto. Otra forma de expresar esta misma idea consiste en considerar la metáfora como un tipo de comunicación característica del hemisferio cerebral derecho (Fajardo, 2005, Mills & Crowley, 1986; Tous, 1986; Watzlawick, 1978). Asumiendo que a este hemisferio corresponden los procesos emocionales, se justifica el valor de la metáfora como instrumento para producir cambios actitudinales y de conducta. En cualquier caso, estos modelos

proponen que existe discontinuidad básica entre lo metafórico y el lenguaje literal, y que esta discontinuidad es la que otorga a la metáfora sus posibilidades curativas (Beyebach, 1995).

Contrariamente a lo que muchos piensan, las metáforas no tienen por qué ser transmitidas siempre por vía oral. Una acción en terapia, una postura corporal o un gesto pueden convertirse también en vehículos metafóricos, al igual que un objeto cualquiera o una tarea ritualizada (Beyebach, 1995). Barker (1985) distingue distintos tipos de metáforas:

1. Historias largas y elaboradas o historias cortas: Se trata de elaborar una historia isomórfica a la situación del cliente en terapia. La historia incluye el planteamiento de un problema análogo al que el cliente quiere resolver y una descripción minuciosa de la manera o maneras de abordarlo y resolverlo (Beyebach, 1995). La historia de los clavos de José Carlos Bermejo (2004) es por ejemplo muy útil en situaciones de violencia, cuando el objetivo es la reparación del daño en la pareja.

La historia de los clavos:

Esta es la historia de un muchachito que tenía muy mal carácter. Su padre le dio una bolsa de clavos y le dijo que cada vez que perdiera la paciencia, debería clavar un clavo detrás de la puerta. El primer día, el muchacho clavó 37 clavos detrás de la puerta. Las semanas que siguieron, a medida que él aprendía a controlar su genio, clavaba cada vez menos. Descubrió que era más fácil controlar su genio que clavar clavos. Llegó el día en que pudo controlar su carácter durante todo el día.

Después de informar a su padre, éste le sugirió que retirara un clavo cada día que lograra controlar su carácter. Los días pasaron y el joven pudo finalmente anunciar a su padre que no quedaban más clavos para retirar de la puerta. Su padre lo tomó de la mano y lo llevó hasta la puerta. Le dijo: has trabajado duro, hijo mío, pero mira todos esos agujeros en la

puerta. Nunca más será la misma. Cada vez que tú pierdes la paciencia, dejas cicatrices exactamente como las que aquí ves. Tú puedes insultar a alguien y retirar lo dicho, pero del modo como se lo digas lo devastará, y la cicatriz perdurará para siempre. Has retirado los clavos, ahora tendrás que reparar los agujeros (Bermejo, 2004, p. 35).

2. Analogías, símiles o frases metafóricas breves: que sirven para ilustrar o subrayar en pocas palabras un punto muy concreto. No se trata pues de historias con guiones elaborados, sino de imágenes y expresiones a menudo cercanas al lenguaje de la vida cotidiana (Beyebach, 1995). Así por ejemplo podemos hablar de la imposibilidad de conducir mirando siempre al retrovisor, cuando nuestro cliente sólo se centra en el pasado; podemos hablar de un interruptor que sigue encendido, cuando hablamos de la esperanza de volver juntos en una ruptura de pareja; o podemos recurrir a la analogía del piloto rojo, para redefinir el temor a una recaída.

3. Metáforas relacionales: Por ejemplo el terapeuta puede plantear preguntas a una familia en cuanto a su relación como terapeuta con uno de sus miembros que ocupa una posición periférica, por ejemplo el padre. Ante su ausencia en la terapia el terapeuta les plantea qué cosas podía haber hecho él que le hubieran hecho sentir excluido, y sobre cómo podría hacerle sentir más participe de la terapia. Así, la relación del terapeuta con el padre se puede convertir en metáfora de la relación de la familia con el padre (Barker, 1985).

4. Tareas metafóricas: en ellas interviene la acción. Se puede pedir a la familia que realice ciertas tareas metafóricas durante el intervalo hasta la sesión siguiente, por ejemplo, cuidar y regar una planta especial o realizar una ceremonia de duelo y despedida (Beyebach, 1995). Entramos así en el terreno de los rituales (véase por ejemplo Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1977).

5. Objetos metafóricos: que se utilizan durante la entrevista con la familia para representar determinadas situaciones. De esta forma, objetos en principio tan poco terapéuticos como un oso de peluche o una piedra pueden pasar a adoptar significados insospechados y dar orientación a una entrevista o incluso a toda una terapia (Andolfi

& Angelo, 1989). Por ejemplo, una mujer que se mantenía a la defensiva en nuestra terapia, después de haber vivido una situación de maltrato, utilizó como objeto metafórico una espada que decidió colocar en la pared de su cuarto. La espada se convirtió en una forma metafórica de manipular el problema y obtener control sobre él. En un primer momento la espada fue colocada con la punta hacia arriba en posición defensiva, después fue situándola de formas diferentes hasta guardarla en un cajón por si acaso algún día la necesitase.

6. Metáforas artísticas: como dibujos, esculturas u otras producciones artísticas. Se trata de una técnica muy útil en el trabajo con niños pero también con adultos. En mi trabajo con niños oncológicos solemos dibujar el tumor tal como el niño se lo imagina, después, lo pisoteamos, golpeamos con pelotas, etc. En el caso de adultos recuerdo como en una ocasión, una de mis clientes decidió hacer una pequeña escultura de una fuente, el agua era para ella una imagen que simbolizaba fuerza, después colocó esa escultura en un lugar visible de la casa.

La utilidad terapéutica de la metáfora reside en su capacidad de producir comprensiones novedosas (Beyebach, 1995). A través de las metáforas se consigue generar informaciones nuevas, son un vehículo para la ampliación de conocimientos. Además a través de este vehículo se enriquece la idea que se pretende transmitir y se facilita su recuerdo e integración (Beyebach, 1995). Estas ideas han recibido un considerable apoyo empírico en investigaciones realizadas con terapeutas y clientes reales (Martín, Cummings, & Hallberg, 1992; Martín, Paivio, & Labadie, 1990; Martín & Stelmaczek, 1988). Estos trabajos indican que, en efecto, los clientes recuerdan mejor el material que sus terapeutas les presentan elaborado de forma metafórica, y que valoran como más positivas aquellas sesiones en las que se han empleado metáforas.

A pesar de su capacidad como recurso técnico, la metáfora se convierte a veces en un último recurso para el terapeuta en apuros. Esa especie de halo mágico que parece rodearla, coloca la metáfora fuera del alcance del clínico común, o la sitúa en el campo de lo intuitivo o incluso irracional (Beyebach, 1995). Sin embargo, la metáfora es una técnica más, un recurso en el que juegan un importante papel las experiencias subjetivas del terapeuta, pero que no por ello debe escaparse al campo de la descripción precisa o la utilización planificada.

Respecto a cuándo utilizarla, Beyebach (1995) resume una serie de indicaciones: podemos decir que la metáfora puede ser el abordaje de elección cuando el cliente no acepta las ideas expresadas por el terapeuta de forma directa o las acepta pero tiende a intelectualizarlas demasiado (De Shazer, 1986); cuando parece preferir una comunicación más indirecta o para abordar un tema que parece preferible no tocar de manera más abierta. Sin embargo, las metáforas también pueden utilizarse intencionalmente como una forma más de aumentar la eficacia de la comunicación. Las metáforas “son como pinturas de colores con las que subrayar ciertas partes de un texto o lupas con las que aumentar detalles importantes” (Beyebach, 1995, p. 65). A través de una metáfora podemos conferir mayor intensidad al mensaje terapéutico (Minuchin & Fishman, 1984), podemos aumentar la duración de su efecto y podemos hacer tangibles situaciones que por su carácter confuso o poco definido se hacen difíciles de afrontar, facilitando así su manipulación y abriendo alternativas de resolución.

Las metáforas pueden constituir un instrumento valioso para el terapeuta y su uso no tiene por qué depender de la inspiración que en cada momento tenga el terapeuta sino que es posible crear metáforas de una manera sistemática. Existen algunas características que parecen aumentar las probabilidades de que una metáfora funcione (Beyebach, 1995). Por ejemplo, el efecto de una buena metáfora depende en gran medida de su originalidad y su atractivo, de su capacidad de crear una diferencia (Bateson, 1976), es decir, de introducir información nueva en el sistema de significados que se maneja en la situación de terapia. Con esto se captura y mantiene la atención del cliente y se activan sus esquemas cognitivos. Pero una imagen demasiado original también puede dejar indiferente al cliente, simplemente porque no establece puentes con su forma de ver las cosas. Una de las claves para la utilización exitosa de las metáforas reside en la capacidad de hallar un equilibrio entre originalidad y ajuste a su visión del mundo, entre incongruencia y congruencia. Nos puede ayudar también prestar atención a palabras con carga emocional, palabras usadas con mucha frecuencia o idiosincrásicas, éstas aumentarán la probabilidad de elicitar construcciones metafóricas funcionales (R. A. Neimeyer & Neimeyer, 1996).

Otro de los requisitos del uso de las metáforas es que éstas deben incluir siempre alguna posible vía de salida (Beyebach, 1995). En terapia resulta a veces demasiado

fácil crear imágenes negativas, que recogen el dolor y el sufrimiento, pero que no aportan alternativas. Por ejemplo, podemos utilizar la metáfora de un burro que quiere ser enterrado por sus dueños, éstos cavan un pozo, le meten dentro y comienzan a echar arena sobre él. Ésta imagen se podría corresponder con la situación de un cliente que está siendo maltratado o abusado por alguien, pero sólo así sería una imagen estática que fácilmente puede generar desánimo y resignación. Sin embargo, si añadimos a esta pequeña historia la idea de que el burro fue sacudiéndose la arena que le iban echando por encima y amontonándola en el fondo en forma de escalones, le damos movimiento a la imagen, le estamos dando una vía de salida, recogemos su dolor y sufrimiento pero aportamos una alternativa. Y aumentaremos su utilidad si además incluimos un aspecto relacional, si aportamos la posibilidad de que el cliente manifieste sus competencias a través de esa metáfora. Volviendo al ejemplo del burro, podríamos hablar sobre cómo él podría conseguir salir de ese agujero, cómo podría construir sus escalones, etc. Igualmente es útil incluir una dimensión temporal, una evolución a lo largo del tiempo, *¿qué cosas podrá hacer el burro cuando salga del agujero?*

En algunos casos, puede ser recomendable no plantear un salto brusco de la dificultad a su resolución, sino incluir en la metáfora el proceso por el cual se llegó a la solución, haciendo mención expresa a los contratiempos y reveses durante el camino. En otros en cambio, puede ser interesante hacer todo lo contrario, es decir, presentar el cambio como algo discontinuo, que puede suceder de manera inesperada, esta sería por ejemplo una posible forma de motivar a aquellos clientes que llevan mucho tiempo estancados con el problema y han perdido la confianza en que el cambio es posible.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de construir una metáfora es el vehículo que se utiliza en ella, el contenido de la imagen o la forma de presentarlo. En este sentido podemos acudir a aspectos idiosincráticos del cliente, sus creencias, actitudes, el lenguaje que emplean, los contextos en los que se mueven, aficiones, trabajo, etc. (Beyebach, 1995). Así por ejemplo, con un atleta sería muy útil utilizar la metáfora de la vida como una carrera, donde hay metas, hay entrenamientos, etc. Otra fuente de imágenes son los contenidos culturalmente arraigados que se encuentran en el registro experiencial de la mayoría de las personas de una cultura (Beyebach, 1995). Por ejemplo podemos hablar de coches, de plantas, de cocina, etc.

Uno de los últimos apartados en la construcción de la metáfora es el añadir detalles que aumenten la vivacidad de la imagen. Se trata de estimular la imaginación y así capturar mejor su atención. En muchos casos puede resultar útil trasladarnos a mundos irreales, sumergirnos en un mundo de magia y belleza que nos abre las puertas de un universo fantástico e imaginativo. Podemos hablar de cuentos de hadas donde las ranas hablan, de castillos encantados, de héroes que salvan princesas, de hadas con varitas mágicas, de ogros y brujas, todos ellos constituyen símbolos que podemos descifrar para ayudar al cliente a resolver problemas personales, de identidad, de la vida cotidiana y sobre todo para lograr un cambio. Los cuentos de hadas nos invitan a vivir en un mundo donde todo es posible, más allá de nuestras limitaciones. En estos cuentos, suelen existir tres figuras básicas que se repiten, de distintas maneras: el rey, el héroe y el hada. Pueden ser personajes o funciones. El rey es el orden establecido, encarna la inteligencia, la autoridad y la decisión. El héroe es quien, ante una crisis en ese orden establecido, debe luchar por recuperarlo (encontrar el tesoro o salvar a la princesa). El hada es quien hace posible lo imposible. Ante las limitaciones del héroe, el hada le proporciona una varita mágica, una nueva visión de la realidad. El hada hace posible alcanzar el fin deseado. Otros personajes, más secundarios, pueden representar otra serie de valores y de anti-valores (véase Ros, 2006).

La metáfora tiene las condiciones necesarias para estimular el hemisferio derecho del cerebro suscitando la visualización de las situaciones y facilitando la evocación de imágenes. Las enormes ventajas de estimular el hemisferio derecho del cerebro mediante historias, con fines terapéuticos han sido destacadas por numerosos autores (véase por ejemplo, VerLee, 1986). El uso de metáforas, historias y cuentos para explicar de forma indirecta enseñanzas a los niños es una práctica habitual empleada por todos los padres de todas las culturas del mundo. El poder terapéutico de los cuentos emana de la simbología que desprenden. Cada vez hay más psicólogos que utilizan el valor simbólico de las metáforas en sus sesiones de psicoterapia. La utilización del cuento o de historias evocadoras con fines pedagógicos, doctrinantes e incluso curativos tiene su origen en tiempos remotos y, es curioso, en latitudes y culturas diversas. En la Biblia Jesús utiliza las famosas parábolas para dar a conocer su

mensaje a sus seguidores. Y las religiones orientales están llenas de historias metafóricas.

El cómo se cuentan estas historias es también un aspecto a tener en cuenta. Tan importante es conectar la historia con el problema que el cliente plantea como adaptar nuestro lenguaje a su edad, a su nivel cultural, etc. Además, debemos utilizar la pausa y la entonación para mantener el interés y la atención del cliente, variar el ritmo y el estilo al contarla, hacer que la historia resulte interesante, transmitir entusiasmo y presentar los acontecimientos unos detrás de otros, sin interrupciones para contar cosas secundarias, para darle un ritmo ágil y rápido a la historia y evitar aburrir y confundir al cliente.

Por último, cuando un terapeuta utiliza una metáfora, un cuento, o una historia, debe dejar que las imágenes y las sensaciones emerjan libremente en el cliente. Las metáforas, los cuentos, las historias están llenos de símbolos, símbolos significativos, pero nosotros no debemos explicar el significado de estos símbolos. Los clientes se benefician de sus enseñanzas de forma inconsciente, si tratamos de reducir la riqueza de sus símbolos a explicaciones inconscientes, lo único que conseguiremos es que el relato no sea eficaz. Dándole un significado pasaría a un nivel intelectual y dejaría de tener valor simbólico, perdería todo su encanto y su poder evocador.

La creación de metáforas puede ser un proceso de ensayo y error, en el que ponemos a prueba varias metáforas para terminar trabajando sólo con aquellas que han conectado con los clientes, y durante el tiempo que ellos nos marquen (Beyebach, 1995). En ocasiones ocurre que los clientes rechazan una metáfora o una historia, pero un tiempo después ellos mismos nos la recuerdan. La metáfora puede dar la oportunidad al cliente de hablar de aspectos difíciles de hablar directamente, pero igualmente es el cliente quién decide cuándo está preparado para hacerlo. Lo importante en este sentido es que la forma en que la información es transmitida en la metáfora le permite a éste tenerla siempre presente y le ofrecerá la posibilidad de expresarse a través de ella cuando él lo considere oportuno.

En algunos casos las metáforas pueden ser utilizadas también como indicadores bastante fiables de que se han conseguido los objetivos planteados. Esto ocurre con aquellas metáforas que se prestan a ser cerradas, por ejemplo, la mujer que sale del

pozo, la larva que se transforma en mariposa, etc. y sobre todo en aquellos casos en que es el propio cliente quien cierra la metáfora. En otros casos, sin embargo, sucede lo contrario, el elemento simbólico permanece más allá de la propia terapia, alargando por así decirlo el efecto de ésta (Andolfi & Angelo, 1989; Dolan, 1991).

3.5. Una conversación enfocada hacia lo positivo

Una estrategia para iniciar un tema de conversación enfocado hacia lo positivo es hablar de **recursos**. Recogemos la diferenciación de Riikonen y Vataja (1996) entre soluciones y recursos; las soluciones serían todos los intentos que la persona ha puesto en marcha para resolver el problema; los recursos serían todo aquello que puede ser considerado como punto fuerte de una persona, o su grupo, y que, hipotéticamente, pudiera ser usado para enfrentarse al problema que les preocupa en la actualidad. Podemos, por ejemplo, hablar de la constancia de un cliente que realiza deporte diariamente, resaltar esa constancia, ese esfuerzo y ver cómo le ayuda, para luego preguntarnos cómo puede serle útil para abordar su dificultad. El presupuesto es que si el cliente no se percibe como alguien con valores, recursos, posibilidades, etc., no podrá ni afrontar el problema inmediato, ni, probablemente, los futuros (Navarro, 1998). Para lograr esto es importante que el propio terapeuta confíe en los recursos de los clientes (Rodríguez & Beyebach, 1994b).

Estos recursos o cualidades que nosotros detectamos, también pueden ser utilizados como **elogios**. Los elogios son comentarios positivos que tratan de crear en los clientes una mejor disposición para aceptar cualquier sugerencia posterior (De Shazer, 1987). El mejor elogio es recordar cualquier avance que el cliente haya comentado en la entrevista y repetir las cosas que ha estado haciendo y que han ayudado a que los avances se produzcan. También podemos recordar cualquier cualidad positiva que él se haya atribuido durante la sesión o devolverle como hemos dicho antes, las cualidades que nosotros mismos hemos detectado. En el caso de que no encontremos otra alternativa, siempre podemos hacer comentarios estándar como agradecerle lo bien que se han expresado, o reconocerle las ganas de trabajar sobre el problema que tiene o lo bien que está sobrellevando una situación tan difícil (Rodríguez & Beyebach, 1994b).

Debemos procurar que los elogios estén conectados con la tarea, de manera que si vamos a sugerir una tarea difícil nos convendrá elogiar la disposición a trabajar de nuestros clientes, y si vamos a pedir una tarea de observar puede ser útil que elogiemos sus cualidades de observación. Conseguiremos que los elogios sean creíbles haciendo que sean cortos y extrayéndolos de algo que haya ocurrido durante la entrevista (Rodríguez & Beyebach, 1994b).

3.6. El equipo reflexivo

El terapeuta Noruego Tom Andersen es reconocido por su propuesta de los equipos de reflexión (véase Andersen, 1987, 1991/1994). A través de esta técnica se rompen las barreras que en la cámara de Gesell separan al equipo del cliente o familia y del terapeuta, quienes de esta manera, tienen libre acceso para escuchar las conversaciones que los tienen como objeto. Se trata de una variación a la propuesta del grupo de Milan (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980) donde el terapeuta conversa con la familia mientras los demás miembros del equipo los observan detrás de un espejo unidireccional; durante la pausa el terapeuta conversa con el equipo y luego trae a la familia las ideas y aportes de intervención de éstos para avanzar en la terapia. Lo que Andersen propone es un equipo de reflexión abierta. El terapeuta y el cliente observan y escuchan atentamente a los miembros del equipo mientras éstos conversan acerca de sus impresiones sobre lo ocurrido en la sesión, sus visiones alternativas y sugerencias.

Esta técnica hace hincapié en el carácter conversacional de la terapia, esta conversación se desarrolla de una forma hipotética, provisional y condicional (Botella & Feixas, 1998). El objetivo es producir cambios en el lenguaje con el cual el consultante refiere sus problemas. Andersen (1991/1994, 1996) resume así las pautas de acción lingüística a llevar a cabo por el equipo reflexivo:

1. Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación *cuando escuché... se me ocurrió...* Reflexionan sobre lo que han oído haciéndose preguntas a sí mismos sobre nuevas formas posibles de describir y explicar lo dicho.

2. Mostrarán una actitud de curiosidad y respeto. Ha de evitarse emitir interpretaciones, consejos o juicios y procurar ofrecer alternativas. Se ha de hablar de forma especulativa (*no estoy seguro de..., me pregunto si..., tengo la sensación de...*)
3. Los miembros del equipo al hablar públicamente deben tratar de no transmitir connotaciones negativas. En vez de decir *no entiendo por que no intentan esto o aquello*, se dice: *me pregunto que pasaría si intentarían hacer esto o aquello...*
4. Cuando familia y equipo están en la misma habitación y el equipo esta reflexionando se pide a estos miembros que se miren entre sí, es decir, que no miren a los que escuchan (clientes), con el fin de permitir que los oyentes se sientan en libertad de no escuchar. Además, si se mira al cliente y se le incluye en la conversación, se les está privando de la posibilidad de estar en posición de escucha y de ver la discusión de los temas desde fuera (Andersen, 1991/1994).
5. Se debe ser sensible a la comunicación no verbal, pero no se debe señalar.
6. Las ideas que se generen han de ser creativas y originales, pero tampoco demasiado inusuales de forma que sorprendan pero que puedan ser aceptadas. Han de generar nuevas preguntas y poder ser respondidas de varias maneras.
7. Se debe hablar de manera que las ideas puedan ser igualmente rechazadas.

El equipo reflexivo tiene que tener en cuenta que su tarea es crear ideas, aunque algunas puedan no ser interesantes para el cliente o la familia, ellos seleccionarán las que encajen bien (Andersen, 1987). Otro aspecto a destacar en este tipo de equipos es su transparencia (Botella & Feixas, 1998). La conversación entre los miembros del equipo fluye con naturalidad, comparten sus opiniones sin haber planificado previamente sus mensajes, de hecho no pueden hablar entre ellos hasta que el terapeuta establece una pausa e invita al cliente a escucharles (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998). Después la conversación se centra en el cliente y el entrevistador, y se le ofrece la oportunidad de que discuta la charla del equipo. El entrevistador ofrece sus propias impresiones y pregunta qué ha sido lo que más les ha interesado, lo que ha

encontrado más útil, etc. Conversar, ver conversaciones sobre lo conversado y volver a conversar, abre posibilidades de ver diferentes perspectivas de la misma situación.

3.7. Cartas terapéuticas

El lenguaje escrito es otra forma de utilizar el lenguaje para el cambio. Como señala Maturana (1980), el lenguaje puede ser definido ampliamente, extendiéndose más allá de los límites de la representación hablada, a través de los terrenos verbal y no verbal, conductual y cognitivo, etc.

El uso de cartas en terapia es concretamente uno de los recursos técnicos propuestos por Michael White (White & Epston, 1990/1993), utilizado y descrito por gran variedad de terapeutas (véase por ejemplo, Bacigalupe, 1996; Lange, 1996; Linares, Pubill, & Ramos, 2005; Penn & Frankfurt, 1994) que estimulan y facilitan la utilización de este tipo de comunicación terapéutica.

Podemos utilizar estas cartas para conseguir diferentes objetivos terapéuticos (Rodríguez & Beyebach, 1994b), por ejemplo, a través de ellas podemos reforzar algunos de los cambios que hemos introducido durante las sesiones. Podemos pedir a nuestros clientes que en la última sesión de una terapia exitosa nos escriban una carta contándonos lo que ellos pusieron de su parte para resolver el problema. Se insiste en que nos interesa que anoten lo que ellos han hecho y no lo que han recibido de nosotros, porque queremos dar a leer sus cartas a otras personas que tengan problemas similares a los suyos. Con esto conseguimos que los clientes plasmen por escrito y tengan más presentes las cosas que funcionan para resolver sus problemas. Además les ponemos en posición de expertos respecto a su problema, lo que probablemente contribuye a que se sientan más seguros y perciban sus avances como más firmes (Rodríguez & Beyebach, 1994b).

Las cartas pueden ser también usadas como una forma de posibilitar la reflexión entre sesiones (Bacigalupe, 1996; Lange, 1996; Penn & Frankfurt, 1994). En este caso se puede alentar al cliente a escribir una carta a sus seres queridos vivos o muertos, diálogos, notas entre sesiones, diarios, poemas, etc.

Como vemos, la terapia es una forma de conversación, pero no se restringe a lo verbal ni a lo hipotético, también lleva consigo una acción.

3.8. La autocaracterización y la técnica del rol fijo

La autocaracterización como recurso para la evaluación y la técnica del rol fijo como medio para fomentar la reconstrucción del cliente, son dos ejemplos más de medios narrativos para fines terapéuticos (R. A. Neimeyer, 1996). Kelly con ayuda de sus estudiantes empezó a experimentar con estos enfoques a finales de los años 30 del siglo pasado (R. A. Neimeyer, 1985b; Stewart & Barry, 1991). Estas primeras investigaciones se basaban en la idea de que la personalidad se puede desarrollar mediante el lenguaje (Edwards, 1943/1982) y se puede reconstruir con la valentía de experimentar un nuevo rol que se escribe cuidadosamente para satisfacer las necesidades del cliente (Robinson, 1943/1982). Para defender la credibilidad de la representación de un rol como técnica terapéutica y acercarse a la cultura popular de su tiempo, estos estudiantes citaron la tendencia infantil a copiar a sus estrellas favoritas de cine, imitaban su forma de hablar, de vestir y se transformaban en todos y cada uno de los famosos personajes de *El Mago de Oz* (R. A. Neimeyer, 1996). El éxito de estas investigaciones sugirió la promesa de esos métodos en el tratamiento de varias dificultades de personalidad, académicas y sociales (R. A. Neimeyer, 1996).

Como técnica de evaluación, la autocaracterización supone pedir al cliente:

Escribe una caracterización de ... (nombre del cliente), como si él fuera el protagonista de una obra de teatro. Escríbelo como podría escribirlo un amigo que lo conociera íntimamente y con mucha comprensión, quizá mejor que ninguna otra persona. Asegúrate de escribirlo en tercera persona. Por ejemplo, comienza diciendo “..... es.....” (Kelly, 1955/1991a, p. 242).

El objeto de este tipo de indagación es ver cómo estructura el cliente un mundo en relación al cual debe mantenerse en cierto tipo de rol (Kelly, 1955/1991a). G. J. Neimeyer (1996) o Botella y Feixas (1998) por ejemplo, proporcionan varias directrices

para el análisis de la autocaracterización para ayudar al clínico a formular hipótesis nuevas sobre el cliente y comprender los significados más profundos que se manifiestan en el texto.

La autocaracterización también nos proporciona una base para experimentar con autoconstrucciones alternativas en la técnica del rol fijo (para una descripción más extensa, véase Adams-Webber, 1981; R. A. Neimeyer, 1987, 1996). Nos sirve para redactar un rol alternativo con el que poder experimentar y a través de esta representación, introducir nuevos significados. Permite la reconstrucción del cliente en su propio contexto vital.

Para redactar este rol imaginario hay que construir los suficientes puentes entre éste y su propia autocaracterización, de manera que no parezca completamente extraño pero que al mismo tiempo introduzca suficiente novedad como para retarle a que se enfrente a un enfoque algo diferente de la vida con los demás (R. A. Neimeyer, 1996). Además, para ser útil, un rol alternativo no necesita retratar a una persona ideal o un modelo de afrontamiento exitoso (R. A. Neimeyer, 1996). “Debe ser humano (con ligeras imperfecciones), pero no un modelo de salud” (Feixas & Villegas, 1998, p. 181). No se trata de escribir simplemente un rol alternativo que refleje todo lo opuesto a las autopercepciones del cliente, el terapeuta tiene que hacer el esfuerzo de estructurar este papel con indicaciones totalmente diferentes. “En vez de asignar a un tímido introvertido el rol de un extrovertido fanfarrón, por ejemplo, el rol alternativo del terapeuta podría caracterizar a una persona curiosa para quien la vida está llena de intriga” (G. J. Neimeyer, 1998, p. 127). Representar el opuesto sólo llevaría al cliente a enfrentarse con un contraste posiblemente temido de su sistema; sin embargo, el rol alternativo creado por el terapeuta le proporciona las bases para acceder a un tipo de relación cualitativamente diferente con las personas y con su mundo en general (G. J. Neimeyer, 1998). Así se da al cliente la protección total que proporciona el mundo de la imaginación porque, como señaló Kelly (1955/1991a), “ésta es probablemente la pantalla protectora más vieja del hombre para adentrarse en lo desconocido” (p. 277).

Una vez se ha elaborado el rol alternativo, se le presenta al cliente, pudiéndose modificar para dar credibilidad. Lo que se realiza es un “chequeo de aceptación” (G. J. Neimeyer, 1998, p. 128) para determinar si representa un personaje creíble para el

cliente, se trata de comprobar que es un personaje al que desearía conocer. Una vez que el cliente ha aceptado el rol alternativo, puede empezar la verdadera experimentación con el nuevo rol (R. A. Neimeyer, 1996). Se trata de que actúe como si fuera tal personaje en su vida cotidiana durante dos semanas y comprobar los nuevos efectos. El terapeuta anima al cliente a hacer como si se fuese dos semanas de vacaciones y mientras tanto aparece el personaje (G. J. Neimeyer, 1998). Entonces se le dan las siguientes instrucciones:

Vas a pensar como él. Hablarás con tus amigos de la manera que creas que él lo haría. Haz las cosas que crees que haría él. ¡Incluso ten sus intereses y disfruta de las cosas que él disfrutaría...! (Kelly, 1955/1991a, p. 285).

La técnica se termina cuando el cliente explícitamente abandona el rol dejando atrás la identidad ficticia e incorporando las lecciones aprendidas de vivir temporalmente en un mundo diferente, supuesto (R. A. Neimeyer, 1996). Terapeuta y cliente comentan finalmente la experiencia y los aprendizajes que se pueden extraer de ella. La finalidad de esta técnica no consiste en que el cliente adopte el rol propuesto por el terapeuta, aunque algunos aspectos del personaje a veces sobreviven al período de representación; por tanto el terapeuta no presiona al cliente para que continúe con ese rol (G. J. Neimeyer, 1998), es él mismo quien decide qué rol adoptar en su vida a partir de ese momento. La finalidad es que explore un nuevo rol, y aunque el nuevo rol no coincida con el pautado por el terapeuta, puede incorporar algunos aspectos o ejes de construcción nuevos. Uno de los indicadores de éxito es cuando, tras la fase de representación, el cliente dice “me siento como si, en ciertos aspectos, ese personaje fuera mi verdadero yo” (G. J. Neimeyer, 1998, p. 129). Esto indica que el cliente ha asimilado el nuevo rol de forma natural y realista, hasta tal punto que ahora el viejo sí mismo le parece algo incómodo, extraño o poco natural (G. J. Neimeyer, 1998). El eje central de este procedimiento implica generar una visión alternativa en el sistema de construcción de los clientes, se trata de que su sistema de construcción se abra a nuevas maneras de construir (Feixas, 1998).

Este tipo de procedimientos de representación como es la técnica de rol fijo, son diseñados en gran parte como una manera de hacer que los clientes no se adhieran a una

visión del mundo única e intransigente (G. J. Neimeyer, 1998), y aunque tienen sus riesgos (Kelly, 1955/1991a), son también una clara representación de algunas de las características más importantes de la psicoterapia constructivista (G. J. Neimeyer, 1998), entre ellas, el énfasis que se da a la creación de significado o la importancia que se da a los cambios de perspectiva y al lenguaje en el proceso de creación de significado (véase Parry & Doan, 1994).

En resumen, podríamos decir que más allá de sí el ejercicio terapéutico se desarrolla dentro de narración/conversación, o en el relato/escritura o por medio de equipos de reflexión, hay algunas generalidades que siempre se mantienen en estas formas básicamente comunicativas para enfrentar la terapia. El lenguaje deja de utilizarse con expresión de poder y autoridad, pasando a ser un lenguaje altamente democrático. Se dejan de lado las descripciones personales como verdades absolutas y se invita a discutir diferentes descripciones válidas para afrontar el problema. El terapeuta no propone soluciones, sólo ofrece alternativas, pero invitando siempre a los clientes para que participen activamente en la generación de las mismas.

Sin duda, la deconstrucción y/o reconstrucción es sólo uno de los muchos procesos que facilitan la psicoterapia y las técnicas presentadas son sólo algunas de las que pueden contribuir al cambio. Sin embargo, espero que otros terapeutas interesados en la exploración del lenguaje como vehículo del cambio acepten la invitación de participar en su ampliación.

4. Limitaciones o dificultades psicoterapéuticas de este “enfoque”

En realidad cuando hablamos de constructivismo o construccionismo, no hablamos de un enfoque. Tampoco White al hablar de narrativa lo define como un enfoque. Quizá sea una epistemología, una filosofía, un compromiso personal, una política, una ética, una práctica, una vida, etc. Cuando hablamos de las formas comunicativas para enfrentar la terapia, no hablamos de una técnica en particular o de una serie de técnicas

altamente especializadas reunidas en un contexto terapéutico, sino más bien, es una filosofía que contextualiza la forma de hacer terapia. Esta definición le da mayor flexibilidad y libertad al enfoque terapéutico. No se puede prescribir que la terapia tenga un número determinado de observadores, que sea esencial que haya un equipo de reflexión, o que siempre se deba utilizar cartas para desarrollar el proceso de reflexión o que siempre sea útil el interrogatorio circular o reflexivo. Todo ello sólo indicaría el triste triunfo de la técnica sobre el contenido. La terapia para ser eficaz debe continuamente recrearse dentro del contexto de interacción. La técnica o pregunta que en una ocasión funciona triunfalmente, en otra ocasión, por desgracia, no sirve para nada. Si bien esta postura enriquece enormemente el proceso terapéutico es por supuesto una dificultad para los terapeutas más noveles que suelen preferir tener un protocolo definido de técnicas a las que amarrarse.

En este trabajo de la psicoterapia uno se encuentra sin duda con sus propias limitaciones personales. Son limitaciones con respecto al lenguaje, limitaciones en cuanto a nuestra conciencia de los aspectos políticos de las relaciones, limitaciones en nuestra capacidad para sortear algunos de los dilemas personales con los que estamos confrontados a cada paso en este trabajo, limitaciones de experiencia, limitaciones en nuestra percepción de opciones para la expresión de determinados valores que abren el espacio para nuevas posibilidades, etc. La manera de explorar estas limitaciones, es conversando sobre ellas con las personas que solicitan nuestra ayuda, hablando sobre ellas con otros terapeutas, a través de la reflexión personal, a través de la lectura, etc. Al explorar de este modo nuestras limitaciones, podemos ampliar los límites conocidos de este trabajo.

Solemos encontrarnos también con dificultades relacionadas con el vínculo emocional que se establece con el cliente. Para poder ayudar al otro necesitamos conocerle, y en este esfuerzo por conocer, el terapeuta tiene que ser capaz de estimular un nivel íntimo de autodescripción y autopresentación por parte de sus clientes (Mahoney, 1998). Algunas de estas descripciones pueden incluir detalladas historias sobre abusos, crueldad, tragedias; historias impregnadas en su relato de un intenso dolor emocional; presentaciones que resultan difíciles de seguir o dolorosas de escuchar para el terapeuta (Mahoney, 1998). Estas historias, sus palabras y sus lágrimas cargadas

de dolor permanecen con el asesor a lo largo de su carrera (Mahoney, 1998) del mismo modo que las palabras del terapeuta pueden continuar con el cliente una vez finalizada la terapia (Rosen, 1982). A pesar de ser una experiencia en ocasiones dolorosa para el terapeuta, no hay duda de que es también una experiencia de proximidad privilegiada que nos permite acceder a los secretos del corazón de nuestros clientes (Bugental, 1978, 1981). Conseguir esta posición no es tarea fácil, estos secretos sólo se comparten cuando se ha establecido un vínculo de atención y confianza entre el asesor y el cliente. La presencia emocional del terapeuta y la respuesta compasiva a su sufrimiento, facilita que se establezcan este tipo de vínculos; sin embargo, mantener esa presencia es normalmente agotador para el psicoterapeuta (Guy, 1987). Por tanto, una de sus aportaciones más valiosas al proceso terapéutico resulta ser la más difícil de sostener. Por esta razón, el cuidado personal del asesor es prioritario para todos los profesionales de la salud mental (Mahoney, 1991).

Otra de las dificultades que se les presenta a los terapeutas tiene que ver con el movimiento terapéutico (Mahoney, 1998). Podemos explicar esto utilizando la metáfora de la psicoterapia como un viaje, en el sentido de que se busca el cambio a través de alguna forma de movimiento (Bugental, 1978). Mahoney (1998) amplía esta metáfora: a veces el viaje tiene un destino claro, un itinerario consciente y un medio para moverse; sin embargo también nos encontramos con clientes que cambian sus intereses a lo largo de la terapia, hacia direcciones no menos importantes pero si quizás menos específicas, comienzan un viaje sin destino definido. El terapeuta debe respetar y facilitar el camino en los distintos tipos de viajes. Mahoney (1998, 2005) continúa su metáfora haciéndonos imaginar que la vida es un paisaje y el cliente es un viajero con problemas. Por momentos este viajero solitario se siente perdido, asustado, cansado; observa a otros viajeros que a su alrededor se mueven en diferentes direcciones, unos más deprisa que otros, unos van corriendo y otros arrastrándose ya de dolor. La mayoría de estos caminos son difíciles y a lo largo de su recorrido podemos ver a muchas personas que piden ayuda, aunque también hay otros que la ofrecen, entre ellos están los psicoterapeutas. Estos asesores se diferencian en las estrategias de ayuda que utilizan, algunos se limitan a vender mapas o a dar información sobre el camino, son agentes o guías de viaje, aseguran haber viajado mucho y conocer la mejor ruta para

llegar a su destino. Sin embargo, los asesores constructivistas no suelen vender mapas ni defender un destino particular; se diferencian de los anteriores en su disposición para turnarse en ser líder y seguir al otro; respetan la necesidad del cliente de descansar, incluso se ofrecen a llevar su carga durante un trayecto; son compasivos y alientan a los viajeros cuando se sienten asustados, perdidos o desesperados. Sin embargo la responsabilidad de la dirección elegida siempre recae sobre el cliente. El asesor sabe que en el camino hay peligros y que posiblemente habrá caídas, por eso permanece centrado en la seguridad del cliente, hasta que llegado un momento el asesor y el cliente toman caminos separados, enriquecidos ambos por el tiempo y el camino que han recorrido juntos (véase Mahoney, 1998, 2005).

Podemos hablar también de las dificultades terapéuticas usando otra metáfora basada en la descripción que Fitz-James Stephen nos da en 1874 sobre aspectos éticos (citado en Mahoney, 1998). James hablaba de *momentos de oscuridad*. La vida implica cambios que en muchas ocasiones suponen un salto en la oscuridad. Su metáfora asemeja estas situaciones a una experiencia de montaña en un día de tormenta y niebla cegadora. El temporal sólo deja entrever caminos que pueden ser engañosos, pero tenemos que elegir uno; si te paras mueres congelado y si te equivocas puedes estrellarte; por si fuera poco, ni tan siquiera sabes con seguridad que hay un camino correcto. Ante la duda sobre qué hacer, James nos plantea: “Ser fuertes y tener coraje. Actuar lo mejor que se pueda, esperar lo mejor y aceptar lo que venga...” (James 1896/1956, pp. 30-31). Durante la terapia el terapeuta tiene en muchas ocasiones que avanzar en la oscuridad.

5. El proceso de cambio

G. J. Neimeyer (1998) nos ayuda a entender la experiencia de cambio personal y la posición de los clientes en terapia a través de una metáfora sobre el buceo, que se remite a su propia experiencia como submarinista. Tal como este autor nos relata, mientras los buceadores se sumergen, intentando penetrar en el vacío desconocido del

agua, sujetos por una cuerda que es sostenida por una gran boya; los instructores ponen hileras de luces debajo del agua para que aporten algo de luz y los submarinistas puedan ver lo que hay abajo. G. J. Neimeyer (1988) recuerda las palpitaciones de su corazón anticipando lo desconocido a medida que se sumergía en la oscuridad. Recuerda cómo se agarraba bien a la cuerda, al mismo tiempo que se estiraba hacia el vacío tratando de ver lo que las luces revelaban. Recuerda también como en alguna ocasión el miedo le hacía retroceder. En un determinado momento, las luces se apagaron y se vio a sí mismo en el límite, agarrado a esa cuerda, en medio de la nada. Esa cuerda era lo único que le ataba al mundo familiar de arriba.

Los clientes se posicionan de manera similar en su propio espacio psicológico, quieren explorar lo desconocido, pero no quieren renunciar a lo familiar (G. J. Neimeyer, 1998). Cuando se sitúan en el límite de un cambio significativo, se encuentran en un momento de gran perturbación. En estos momentos tanto la preservación como la alteración de estructuras de significado son centrales para los seres humanos (G. J., Neimeyer, 1998). Los psicoterapeutas constructivistas respetan esta tensión entre retener y renunciar a los patrones personales de significado y han ideado métodos, como los ya comentados anteriormente, para explorar perspectivas alternativas sin abandonar primero las existentes. Así por ejemplo, a través del lenguaje podremos explorar significados alternativos, al lado de los significados existentes y no en vez de ellos (G. J. Neimeyer, 1998).

En este contexto se enfatiza más el papel de la relación terapéutica que el de las técnicas, para permitir e iniciar el cambio humano (Kelly, 1969d). Lyddon y Alford (1996) consideran incluso la relación terapéutica como el crisol fundamental para el cambio del cliente. De acuerdo con la idea de Mahoney (1991), “no estamos en contra de la técnica sino en contra de la tecnolatría” (p. 253). Realmente el cambio humano proviene menos de la aplicación de una técnica dada en sí que del significado que surge tras su uso en el proceso terapéutico. “Una técnica no hace nada por una persona, al contrario, la persona hace algo con la técnica” (G. J. Neimeyer, 1998, p. 120). Además, la técnica psicoterapéutica se produce en contextos relacionales, por ello es importante que se consolide un vínculo terapéutico íntimo entre el cliente y el terapeuta (G. J. Neimeyer, 1998). Lo más importante es que la sala de terapia se convierta para el

cliente en un lugar seguro, un lugar donde pueda crear y poner a prueba nuevos significados y conductas. El contexto terapéutico se convierte en un lugar hipotético, un mundo imaginado, donde el cliente se puede sentir libre para experimentar cambios sin poner en peligro o atentar necesariamente contra las estructuras de significado existentes. Un lugar donde se pueden intentar nuevas perspectivas sin desprenderse de las construcciones actuales y de esta forma evitar gran parte de la amenaza y de la ansiedad asociadas con el cambio personal significativo (G. J. Neimeyer, 1998).

Sabemos que es difícil que se de un aprendizaje real sin novedad, es decir, sin un desafío o una reelaboración de lo que hasta ahora ha sido familiar (Mahoney, 1991), pero también es cierto que difícilmente una persona va a buscar esa novedad cuando se siente ansioso, vulnerable o deprimido. Sin embargo, una relación humana de cuidado puede proporcionar una base segura desde la cual explorar (Mahoney, 1991). Continuamente podemos ver esta forma de actuar en los niños. Recuerdo la escena de un niño en la sala de espera de una estación, el niño se lanzaba a andar todavía en sus primeros pasos mientras su madre permanecía sentada, él niño avanzaba y exploraba lo que le rodeaba pero cada cierto tiempo volvía la vista atrás para asegurarse de que su madre estaba allí. Igualmente, un barco no sale a navegar si no tiene un puerto seguro al que regresar.

Vivir es experimentar. Tanto los cambios terapéuticos como los que se dan de forma habitual en la vida cotidiana se basan en el ciclo de la experiencia. Y en toda experiencia el elemento central es la confirmación o desconfirmación de las construcciones previas (Botella & Feixas, 1998). Del resultado de todos nuestros actos, pensamientos, imágenes, etc. extraemos conclusiones que generan cambios en nuestro sistema de construcción. Cuando estas conclusiones derivan en la invalidación de nuestros constructos, se activan emociones inquietantes y se hará necesaria la revisión de nuestro sistema; por otro lado, la validación, confirma nuestras predicciones y fortalece las conexiones entre nuestros constructos (Botella & Feixas, 1998). Como ya hemos mencionado en anteriores apartados, este proceso de confirmación y desconfirmación de nuestros constructos se da en el contexto de la interacción personal (Dallos, 1991/1996), siendo precisamente las personas más significativas para nosotros la que más pueden influir en nuestro proceso de construcción (Botella & Feixas, 1998).

En el contexto de una relación de ayuda el terapeuta será quien juega ese importante papel como agente validador (Botella & Feixas, 1998).

El terapeuta debe proporcionar la validación necesaria que permita al cliente sentirse seguro, disminuyendo la sensación de amenaza, y a la vez, facilitar experiencias de invalidación para que la persona pueda cuestionar y consecuentemente revisar sus constructos. Mahoney (1991) se refiere a este aspecto como el equilibrio necesario entre novedad y familiaridad. Pero conseguirlo no es fácil, se trata de algo tan delicado que no es totalmente controlable por parte del terapeuta. En primer lugar, porque es la persona la que finalmente considera una experiencia como confirmatoria o no, de acuerdo con sus propios criterios operacionales; y en segundo lugar, porque el terapeuta no es la única fuente de validación e invalidación para el cliente (Botella & Feixas, 1998). Todos los acontecimientos que siguen teniendo lugar en la vida de esa persona, pueden tener un efecto (in)validador que puede llegar a ser incluso más poderoso que el propio proceso terapéutico en curso. El terapeuta no puede olvidarse de este aspecto y tendrá que modular el grado de validación de acuerdo con lo que predomine en la vida del cliente. Botella y Feixas (1998) plantean que en general, en las fases iniciales es importante contrarrestar el efecto de la invalidación que ha precedido la petición de consulta, y cuando ya se ha establecido una relación de confianza es cuando se pueden promover experiencias orientadas a invalidar algunos constructos.

Desde mi experiencia hospitalaria, recuerdo un ejemplo del uso de la validación para contrarrestar una experiencia de invalidación. Se trataba de una mujer que se sentía bloqueada e insegura cuando iba a acompañar a su marido al tratamiento de quimioterapia en el hospital. El bloqueo era tal que le impedía entrar con él en la habitación. Me senté con ella y estuvimos hablando de otras experiencias de cuidado en su vida, concretamente su padre había fallecido de cáncer y ella había sido la cuidadora primaria, incluso estuvo con él cuando falleció. Se recuerda a través de esta experiencia como al principio tuvo miedo de no poder acompañarle, se recuerdan todas las dificultades por las que pasó pero también se habla de la gran satisfacción que tenía de haberlo hecho finalmente y de la fortaleza que con ello había adquirido. En este caso, el desánimo y bloqueo se entienden como consecuencia de la invalidación de constructos

como *capaz* o *fuerte*, constructos que la intervención permite volver a validar y poder así enfrentar el ciclo de la experiencia de cuidador con otras anticipaciones.

Como ya sabemos, en el proceso de (des)confirmación se pueden dar emociones muy diversas, desde la ausencia de percepción de emociones a la vivencia de sensaciones placenteras, en el caso de la validación, hasta emociones negativas o relativas a la sorpresa en la invalidación (Botella & Feixas, 1998; McCoy, 1981). Afirmar que el cambio terapéutico supone validación/ invalidación y, además, que este proceso de (des)confirmación puede implicar emociones nos lleva lógicamente a constatar que todo cambio es necesariamente emocional y que, por tanto, una terapia sin emociones es una terapia sin cambio (Botella & Feixas, 1998). Mahoney (1991) también afirma que todo cambio significativo es fundamentalmente emocional y está acompañado de episodios de gran intensidad afectiva. Por esta razón las emociones se convierten en poderosos aliados terapéuticos.

Cuando el asesor proporciona validación, las emociones positivas que se desprenden en el cliente fomentan confianza en sí mismo permitiéndose explorar nuevas áreas de construcción; fortalecen también la alianza terapéutica y permiten que se establezca una relación desde la cual la futura invalidación puede ser asimilada de forma menos amenazante y, por tanto, más beneficiosa (Botella & Feixas, 1998). Por otro lado, la invalidación evoca emociones que solemos considerar como desagradables o negativas. Y la intensidad y perturbación de estas emociones será mayor cuando la invalidación afecta a las estructuras nucleares, y por tanto a la identidad (Botella & Feixas, 1998). Si la invalidación es excesiva y no permite mantener un sentido de identidad mínimo, nos encontraremos con resistencias; por ejemplo, a base de no tener en cuenta los acontecimientos invalidantes, o con regresiones a la vieja identidad, quizás más inadecuada pero también mas conocida. Por esta razón, hemos de promover sólo invalidaciones que puedan ser toleradas (Botella & Feixas, 1998). Desde esta perspectiva, las resistencias del cliente no son una expresión de patología sino que, se convierten en indicadores que el terapeuta puede utilizar para comprender mejor a la persona que consulta. Con ello, la resistencia se convierte en una aliada del proceso de cambio en lugar de un obstáculo, un enemigo o algo que hay que superar en el proceso de desarrollo (Botella & Feixas, 1998). Los sentimientos ambivalentes con respecto al

cambio, las actividades que posponen opciones o desvían el progreso lineal, son considerados normales y comunes, son funciones protectoras del self. Esto nos hace recordar que el proceso de cambio más efectivo no es aquel que contiene los ingredientes técnicos más potentes o más rápidos, sino el que mejor se adecua al ritmo de cambio del cliente (Botella & Feixas, 1998).

En general, los constructos subordinados de una persona cambian relativamente rápido mientras que los constructos supraordenados cambian lentamente (Bannister & Mair, 1968). Además los cambios a nivel supraordinado implican muchos cambios en todo el sistema por lo tanto son más propensos a generar resistencias. Por otra parte, una persona con un sistema de constructos permeables puede cambiar más rápidamente en relación a una persona con un sistema de constructos más impermeables (Kelly 1955/1991a; véase también Bannister & Mair, 1968). De este modo es definido el cambio en la TCP y puede ser estudiado a través de los resultados de la Técnica de la Rejilla.

La Técnica de la Rejilla nos puede ayudar a detectar las áreas en las que la conducta de una persona puede variar y nos puede ayudar a definir la naturaleza de estos cambios (Bannister & Mair, 1968). Recordamos que los constructos personales son definidos como dimensiones bipolares y en los resultados de la rejilla obtenemos información sobre en qué polos de estos constructos la persona se define a sí misma y sobre cuáles son las alternativas a estas concepciones. Kelly (1969d) sugiere que el más simple y el cambio probablemente más inmediato que se produce ante el estrés de una situación invalidante, es el cambio de un polo a otro del constructo. Bannister y Mair (1968) ponen el ejemplo de una persona que usa el constructo *introvertida-extrovertida* y se define a sí misma como introvertida, ante una situación invalidante, sería probable que pasase a definirse como extrovertida, a esto le seguiría una serie de cambios en el sistema de constructos según la relación de este constructo con los demás y una serie de cambios en su conducta como consecuencia de su nueva forma de encarar la relación entre sí misma y su ambiente interpersonal. De acuerdo con Kelly, Bannister y Mair (1968), afirman que la mayor parte de los cambios que tienen lugar de forma inmediata y bajo una situación de estrés, dan lugar a movimientos en el sistema de constructos y éstos tienen como consecuencia cambios conductuales.

Pero el cambio de polo es sólo uno de los tipos de cambio posible, concretamente el tipo de cambio más superficial (Feixas & Villegas, 1998; Winter, 1992). Esto no quiere decir que no pueda ser un cambio significativo para la persona (Landfield & Leitner, 1980), sin embargo, en algunas ocasiones la oposición es potencialmente catastrófica, por ejemplo, en el caso del constructo *depresivo-maniaco*. Estas sendas de movimiento pueden ser peligrosas, por eso el terapeuta debe previamente conocer cuáles son estos cauces de movimiento. En otras ocasiones también puede no resultar útil (Botella & Feixas, 1998), por ejemplo, decirle a una persona con cáncer que sea optimista, que el proceso no es tan complicado como ella lo ve, puede no hacer más que aumentar su sentimiento de aislamiento y desesperanza, además de sentirse incomprendida por su terapeuta.

Por otra parte, presionar para que se produzca un cambio hacia el polo deseado puede hacer que en ocasiones se desencadenen en el cliente una serie de acciones (resistencias) orientadas a preservar su identidad y el poder predictivo de su sistema de constructos. Nos referimos a esas situaciones en las que los clientes construyen sus sintomatología con una gran carga de implicación positiva (Feixas et al., 2001). Así, el síntoma se asocia a aspectos positivos que en muchos casos tienen que ver con características que definen la identidad del propio cliente. El abandono de estos aspectos representaría una amenaza para el “sí mismo”. En estas situaciones, el cliente se enfrenta a un dilema, por una parte está el deseo de abandonar la sintomatología, con todos los aspectos negativos que ella acarrea, pero por otra, se encuentra que esa misma sintomatología está cargada de connotaciones e implicaciones relacionadas con definiciones positivas de sí mismo, y que su abandono implicaría pasar a un polo opuesto e indeseable. Por ejemplo, en el sistema de constructos de un cliente, ser *extrovertido* puede implicar ser *una persona desagradable*, y ser *introvertido* ser *agradable* (véase Figura 3). Esta persona puede preferir situarse en el primer polo del constructo *introvertido-agradable* que en el polo *desagradable*. Ser *introvertido* puede resultarle molesto y generar sufrimiento, imaginemos, por ejemplo, a alguien cuyo trabajo requiere establecer continuas relaciones sociales, pero el sufrimiento es mayor si se siente como una persona *desagradable*. Para este cliente, el ser *agradable*, es un valor más supraordenado, nuclear en la forma de verse a sí mismo, central en su

identidad. La conexión entre estos constructos da lugar a un dilema (véase Botella & Feixas, 1998; Saúl, 2006). El cliente se encuentra dividido entre un cambio deseado y las relaciones positivas del síntoma con su autodefinición. Ciertamente su dilema plantea también un dilema al terapeuta, que dudará entre promover el cambio deseado o ayudarle a aceptar su opción, conociendo los peligros del cambio (Feixas & Botella, 1998).

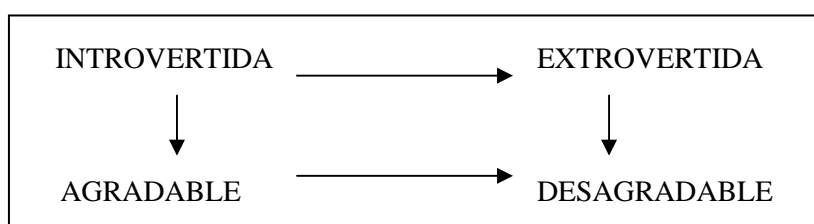


Figura 3. Ejemplo de un dilema

Feixas et al. (2001) resaltan la importancia de detectar estos dilemas o conflictos cognitivos en nuestro trabajo terapéutico. El estudio de la construcción que los clientes desarrollan sobre su sintomatología en términos de dilemas puede ayudarnos a entender mejor su sistema de coherencia con respecto al no cambio, a la vez que nos ayuda a establecer estrategias negociadas con ellos con el objetivo de trabajar en construcciones alternativas en las que el conflicto o dilema no aparece. Respetar esta coherencia aumentará la calidad de la alianza terapéutica y evitará acciones opuestas al cambio.

Desde los datos obtenidos a través del análisis de la rejilla y a través del programa informático Record v.4, podemos establecer la existencia de un conflicto cognitivo. Reformular el problema en términos de conflictos cognitivos, recogiendo el sentido de coherencia e identidad del sujeto, tiene el efecto de que éste se sienta aceptado, al igual que reduce su ansiedad y esto le permite poder considerar construcciones alternativas (Feixas & Villegas, 2000). Para el cliente esto implica ver lo que ha expresado de una forma nueva, esto le puede ayudar a encontrar una coherencia, una explicación que le sea útil para dar significado a su sufrimiento, lo que suele resultar en un cierto respiro y alivio, que puede ayudar a iniciar procesos de cambio más consistentes. Saúl (2006) tras su investigación sobre la implicación terapéutica de los conflictos cognitivos nos confirma la relación existente entre la resolución de los dilemas y la mejora

sintomática. Sus resultados sugieren que se debería prestar más atención a los dilemas implicativos como variable clave en el proceso de cambio.

Cuando un dilema es dado a conocer al cliente, le estamos situando en una posición de auto-observación que favorece la auto-conciencia. Este movimiento hacia la auto-observación es considerado como un mecanismo de cambio, al que Botella y Feixas denominan “la inducción del rol de observador” (Botella & Feixas, 1998, p. 151; véase también Feixas & Villegas, 1998, p. 158). Este mecanismo está presente en gran cantidad de técnicas, por ejemplo, la redacción de escritos autobiográficos (autobiografías, cartas, diarios, memorias, etc.) o en la utilización del equipo reflexivo. En el equipo reflexivo (Andersen, 1987) como proceder terapéutico, se trata de posicionar al cliente en un rol de observador con respecto al equipo terapéutico, esta posición facilita la autoobservación y aumenta la posibilidad de que se generen alternativas que den lugar a nuevos ejes de construcción (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998).

Además del cambio de polo dentro de un constructo y de la inducción del rol de observador, existen otros mecanismos de cambio. Kelly (1969d) mencionó exactamente otras siete formas posibles de cambio en el sistema de constructos personales (véase también Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998; Winter, 1992):

1. *Aplicación de otro constructo del repertorio del cliente*: Se trata de ligeros desplazamientos semánticos. Una de sus modalidades más frecuentes es la reformulación del síntoma (Botella & Feixas, 1998). Por ejemplo, un chico etiquetado como “psicótico”, el terapeuta lo puede redefinir como “rebelde” (Botella & Feixas, 1998, p. 139). Este término tiene implicaciones distintas y aleja las connotaciones negativas del diagnóstico. Otro ejemplo propuesto por Winter (1992) es el de un hombre que interpreta las acciones de su mujer como intrusivas y críticas, éste puede ser invitado a interpretar su conducta en otros términos, por ejemplo, “está intentado entenderme mejor” (p. 242).
2. *Articulación de constructos pre-verbales*: Implica el acceso a constructos anteriormente no disponibles a un nivel de verbalización. Existen diferentes caminos para acceder a la simbolización conceptual de tales constructos preverbales (para más información véase Botella & Feixas, 1998; Feixas &

Villegas, 1998), uno de los más utilizados es a través del trabajo artístico creativo. A través de diferentes tipos de materiales se estimula la expresión no verbal y después se comentan verbalmente las producciones (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998).

3. *Contrastación de la consistencia interna del sistema*: Se trata de contrastar fragmentos de la experiencia del cliente que denoten construcciones incoherentes entre sí (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998). Por ejemplo es el caso de una mujer muy controladora en su trabajo pero con una gran pérdida de control en su vida personal. Para ayudarla, se trataría de importar a su vida privada algunas de esas habilidades organizativas que tan cautelosamente aplica en su negocio, e importar a su trabajo cierto grado de delegación de responsabilidades (R. A. Neimeyer, 1987).
4. *Contrastación de la validez predictiva del sistema*: “Algunos constructos son en cierta medida infalseables por no tener implicaciones subordinadas (...). Este mecanismo consiste en desarrollar estas implicaciones de forma que el constructo pueda ser sometido a invalidación” (Feixas & Villegas, 1998, p. 156). Botella y Feixas (1998) nos ponen el ejemplo de un sujeto que se siente deprimido en su lugar de trabajo porque cree que su superior tiene un concepto negativo de él. A través del análisis detallado de esta situación se puede recoger información que ayude a cambiar esta construcción de la relación. No es que el terapeuta asuma que sus pensamientos son incorrectos, podría perfectamente estar en lo cierto, se trata simplemente de explorar alternativas que le sean congruentes (Botella & Feixas, 1998).
5. *Variación del ámbito de conveniencia de un constructo*: Este mecanismo supone la aplicación de un constructo característico de un contexto a los acontecimientos que tienen lugar dentro de otro contexto (Feixas & Villegas, 1998). Aplicarlos de modo más general. Dado que no es el constructo en sí mismo el que imprime significado, sino su interrelación con los otros constructos de su contexto, al situarlo en otro contexto, cambia su significado (Botella & Feixas, 1998). Este mecanismo de cambio es el que se produce por ejemplo, cuando utilizamos las metáforas (Feixas & Villegas, 1998). Un

ejemplo utilizado por Karst (1980) es el de una mujer inhibida sexualmente con su pareja a la cual se invita a extender la aplicación de su constructo de *mujer creativa* en la cocina a la habitación. También puede darse el caso contrario, se puede disminuir el rango de conveniencia de un constructo y convertirlo, prácticamente, en obsoleto.

6. *Alteración del significado de una construcción*: “Supone cambiar las implicaciones de un constructo con el resto de constructos de un contexto de construcción determinado” (Feixas & Villegas, 1998, p. 156). Por ejemplo, el caso de unos padres cuyo hijo presentaba dificultades escolares y ellos le intentaban ayudar a preparar las clases. Otra alternativa era la delegación ocasional de esta función en sus hermanas mayores pero ellos no lo aceptaban porque ello implicaría ser unos padres despreocupados y malos. El cambio se produjo cuando aceptaron que tanto su actuación como la delegación de responsabilidad, podía ser una forma de ayudar a su hijo (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998).
7. *Creación de nuevos constructos o ejes de construcción*: Esta es potencialmente la forma de cambio más significativo y profundo que se puede alcanzar en un proceso terapéutico (Kelly, 1969a; véase también Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998; Winter, 1992). Esta creación de nuevos constructos puede operar a niveles más o menos superficiales, y cuando tiene lugar en un nivel lo bastante supraordenado y nuclear, este cambio hace posible una reestructuración sustancial del sistema (Botella & Feixas, 1998). “Para algunos terapeutas, como Dell (1982), ésta parece ser la única forma perdurable y exitosa de cambio” (Feixas & Villegas, 1998, p. 170). No obstante, este tipo de cambio supone una crisis notable del sistema y no siempre es posible o deseable un cambio tan radical, su utilización requiere mucha suavidad y cautela (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 1998). Uno de los procedimientos terapéuticos que suscitan este tipo de cambio es la técnica del rol fijo, supone la exploración de nuevos ejes de construcción (Botella & Feixas, 1998).

Lyddon (1990) y otros autores (Bateson, 1972; Sinnott, 1989; Watzawick, Weakland, & Fisch, 1974) proponen otra distinción útil en el proceso de cambio, nos hablan de dos tipos de cambio: cambios de primer orden y segundo orden. Brevemente, el cambio de primer orden es esencialmente un “cambio sin cambio” (Lyddon & Alford, 1996, p. 45). No produce cambio en la estructura del sistema; sin embargo, si restablece el equilibrio y produce un alivio sintomático inmediato. Es un cambio indicado para aquellas personas que están cómodas con sus supuestos centrales sobre sí mismos y sobre el mundo, sólo necesitan ajustes periféricos en su sistema personal (Lyddon & Alford, 1996). Por otra parte, el cambio de segundo orden es un “cambio del cambio” (Feixas & Villegas, 1998, p. 157; Lyddon & Alford, 1996, p. 45). Se le ha llamado también *cambio profundo* (Guidano, 1987) o *nuclear* (Mahoney, 1980), por ser un tipo de cambio que altera las estructuras fundamentales del sistema. Implica una reestructuración de la identidad personal del cliente y de los supuestos más básicos sobre el sí mismo y el mundo, además de ir acompañado a menudo de emociones intensas y dolorosas (Lyddon & Alford, 1996). Lyddon (1990) ofreció varios indicadores que sugieren la necesidad de este tipo de cambio, entre ellos el intento fallido de resolver el conflicto a través de un cambio de primer orden.

Otro mecanismo de cambio consiste en la “dinámica aflojamiento /rigidificación” que puede darse a dos niveles (Feixas & Villegas, 1998, p. 154). Uno más general, referido al sistema de construcción en su totalidad y otro referido a un constructo dado. En ese primer nivel más general, se trata de convertir un sistema de construcción globalmente muy rígido (común en neuróticos), donde la mayor parte de los constructos se organizan de acuerdo con una polaridad básica (del tipo *bueno-malo*), en un sistema más flexible (Feixas & Villegas, 1998). Se trata de aflojarlo o desligarlo, de forma que admita implicaciones más vagas, un significado menos estático y más abierto (Botella & Feixas, 1998). Como resultado de este aflojamiento, el sistema permitirá considerar nuevas alternativas y explorarlas. El propio hecho de explorar tales alternativas ya es en sí mismo enriquecedor, y supone una flexibilización de la rigidez inicial (Botella & Feixas, 1998). También podemos encontrarnos con la situación contraria, personas cuyo sistema de construcción no les permite concretar sus anticipaciones, y está lleno de vaguedades e imprecisiones (típico de sistemas psicóticos) (Feixas & Villegas,

1998). Sus constructos pueden tener múltiples implicaciones, esto lleva a predicciones variables y a un cierto sentimiento de inseguridad. En este caso el mecanismo más apropiado consistiría en la rigidificación del sistema, hacerlo más estructurado y llevarlo a predicciones más concretas (Feixas & Villegas, 1998).

Este tipo de cambio se puede también dar a un nivel más específico, nos referimos a la dinámica de aflojamiento-rigidificación de un constructo concreto. Los constructos aflojados llevan a predicciones variables, imprecisas o ambiguas; son más especulativos y cambiantes. De esta forma, protegen al individuo de la posibilidad de equivocarse en su predicción, pero a la vez impiden la acción efectiva y decidida (Feixas & Villegas, 1998). Por el contrario, los constructos rígidos son concretos, impermeables, limitados y pragmáticamente muy útiles pero a veces pueden resultar insuficientes para abarcar la complejidad de la vida (Feixas & Villegas, 1998).

En resumen, la terapia precisará de un flujo continuo entre el aflojamiento /rigidificación. Se convierte así en un importante mecanismo de cambio a tener en cuenta para su uso terapéutico: “aflojar aquellos sistemas o constructos demasiado rígidos y rigidificar aquellos sistemas o constructos demasiado aflojados” (Feixas & Villegas, 1998, p. 155). R. A. Neimeyer (1988) ha sistematizado algunos procedimientos tanto de rigidificación como de aflojamiento. Si el cliente requiere rigidificar su pensamiento se le puede animar a registrar sus pensamientos y reacciones emocionales, a revisar su lógica, a poner a prueba determinadas hipótesis, etc. En cambio, si el cliente precisa de una laxación de su pensamiento se le puede hablar en lenguaje metafórico, animarle a asociar ideas libremente, otorgar importancia a sus sueños, etc. (véase Feixas & Villegas, 1998).

Como podemos concluir de este apartado, la mayor parte de los estudios sobre los mecanismos de cambio se han centrado en los cambios estructurales del sistema de constructos personales, prestando menos atención a los cambios de contenido. Recordando brevemente, el análisis del contenido de los constructos personales es una de las propuestas de evaluación de los resultados de la Técnica de la Rejilla, estos constructos pueden ser agrupados en categorías de acuerdo con sus áreas temáticas, utilizando como referencia el sistema de categorías de contenido para la codificación de

constructos personales desarrollado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002). Estas categorías están estructuradas en seis áreas básicas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual /operacional, y de valores/ intereses. De este modo podemos analizar cuáles son las áreas temáticas de los constructos elicitados, es decir, agrupar los constructos por áreas y detectar cuáles son las predominantes y cuáles son más deficitarias. La presencia de varios constructos con un mismo contenido temático subyacente nos va a indicar cuáles son las áreas del sistema de construcción del cliente con un mayor grado de estructura y de mayor relevancia personal. Un estudio longitudinal del análisis del contenido a lo largo del proceso terapéutico nos proporcionaría información sobre otro mecanismo de cambio, el cambio de contenido de los constructos personales.

A modo de resumen sobre la perspectiva del cambio desde la epistemología constructivista, podríamos decir que las psicoterapias constructivistas presentan enfoques del cambio personal pacientes y respetuosos; reconocen que el cambio significativo raramente es fácil o rápido (Mahoney, 1991), sino más bien lento y doloroso (Neimeyer, G. J., 1998). Se acepta el cambio como algo endémico al ser humano, pero se reconoce también que el ser humano necesita resistirse a dicho cambio, al menos cuando éste amenaza la consistencia y la continuidad de aspectos nucleares del sí mismo (G. J. Neimeyer, 1998). La psicoterapia constructivista está totalmente atenta a los límites y riesgos asociados a la revisión personal significativa. Sus esfuerzos por apoyar las construcciones existentes y por proporcionar vehículos no amenazantes que introduzcan alguna novedad experiencial, reflejan el respeto que sienten los constructivistas por los sistemas de conocimiento personal de sus clientes (G. J. Neimeyer, 1998). Como escribió G. J. Neimeyer (1988), nuestra posición como psicoterapeutas es de especial privilegio y responsabilidad. Por un lado, el privilegio que supone nuestro acceso a los conflictos humanos y profundamente personales; por otro lado, la responsabilidad que asumimos de colaborar para superarlos y, al hacerlo, para contribuir al proceso continuo del desarrollo humano. En este proceso de desarrollo se incluye también el propio terapeuta. No es únicamente la construcción del cliente lo que cambia durante el curso de la terapia.

II PARTE EMPÍRICA

INTRODUCCIÓN A LA PARTE EMPÍRICA

En la primera parte de la tesis se ha realizado un recorrido teórico sobre el constructivismo. Nos hemos servido de la TCP como enfoque teórico, para llevar a cabo una exposición sobre el concepto de constructo personal; sobre uno de sus métodos de evaluación más utilizados, la Técnica de la Rejilla; y sobre uno de los posibles niveles de análisis que se derivan de los resultados de esta técnica, el análisis del contenido de los constructos personales. Por último, dado que nuestra investigación lleva implícita un proceso terapéutico, se ha llevado a cabo una exposición teórica sobre las implicaciones de este enfoque en el proceso terapéutico y en nuestra concepción del cambio.

En esta segunda parte, vamos a acercarnos a la dimensión empírica de esta investigación. El propósito de este estudio es realizar un análisis del contenido de los constructos personales en diferentes grupos de población clínica y una muestra de población no clínica. Para ello, categorizamos el contenido de estos constructos, elicitados a través de la Técnica de la Rejilla, por medio de un sistema de categorías (SCCP) presentado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002). La finalidad de este análisis es contrastar si estos grupos difieren entre sí con respecto a la distribución del contenido de los constructos en las distintas áreas del SCCP.

Esta investigación ha sido llevada a cabo a través de tres estudios diferentes. Éstos, difieren no tanto en la metodología utilizada, sino más bien en los grupos de población que se plantean como objetivo de análisis.

El primer estudio es un estudio aproximativo a este campo de investigación. El objetivo es explorar el contenido de los constructos personales en una muestra de población clínica ($N = 30$) y otra de población no clínica ($N = 30$). De los 30 sujetos correspondientes a la muestra de población clínica, 10 de ellos son diagnosticados como trastornos de estado de ánimo, 10 como trastornos de ansiedad y 10 como trastornos adaptativos (véase presentación en Figura 4). Uno de los intereses de esta investigación, es comprobar la concordancia de nuestros resultados con los de

anteriores investigaciones (Silverman, 1977), donde se habían hallado mayores porcentajes de constructos emocionales en los trastornos del estado de ánimo.

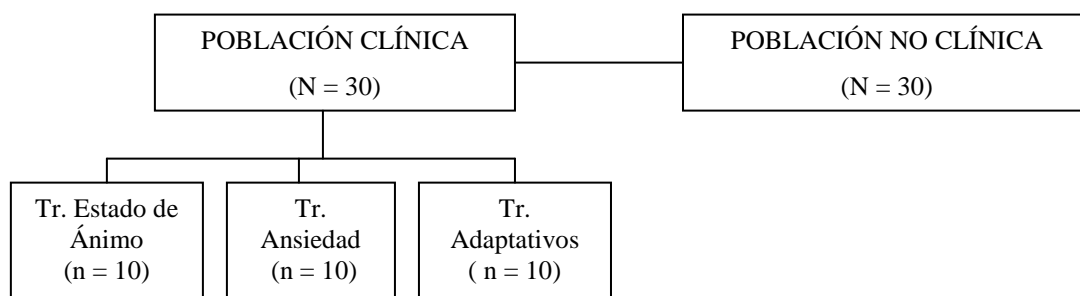


Figura 4. Presentación del Estudio 1

En el segundo estudio, el objetivo es profundizar más en el contenido de los constructos personales en los trastornos del estado de ánimo, concretamente en los trastornos depresivos, basándonos en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995). Se intentan subsanar algunas de las limitaciones del estudio anterior. En este sentido, se aumenta el tamaño de la muestra y se utilizan cuestionarios de evaluación de sintomatología que reducirán algunos de los posibles sesgos de la muestra de población no clínica. El estudio se realiza en base a una muestra de población clínica ($N = 43$) y una muestra de población no clínica ($N = 43$). A ambos grupos se les administran dos cuestionarios de evaluación de sintomatología, la adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; original de Beck et al., 1961; adaptación al castellano por Conde & Useros, 1975) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970/1982). Véase presentación del Estudio en la Figura 5.

Partiendo de los resultados obtenidos, se plantean nuevos intereses de investigación y se realiza un tercer estudio (véase Figura 5). En esta ocasión, el objetivo se centra en el cambio del contenido de los constructos personales tras un proceso terapéutico en los trastornos depresivos. Para ello, se utiliza un diseño longitudinal donde se realizan dos evaluaciones similares a una misma muestra ($N = 21$), en dos momentos diferentes (antes y después del proceso terapéutico). Los instrumentos de evaluación utilizados

son, al igual que en el Estudio 2, la Técnica de la Rejilla y dos cuestionarios de evaluación de sintomatología, concretamente la adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El objetivo de este estudio es evaluar si la reducción en la sintomatología está asociada a cambios en el contenido de los constructos personales a lo largo del proceso psicoterapéutico. Igualmente nos interesa saber si el contenido de los constructos personales del grupo de población clínica que ha finalizado el proceso terapéutico ($n = 21$) guarda alguna similitud con una muestra de población no clínica ($n = 21$). El proceso terapéutico implícito en esta investigación se ha basado en un enfoque inspirado en la epistemología constructivista, la terapia narrativa (véase por ejemplo, Freedman & Combs, 1996; Gonçalves, 1995, 2002; Linares, 1996; Parker, 1999; Payne, 2002; White, 2007; White & Epston, 1990/1993).

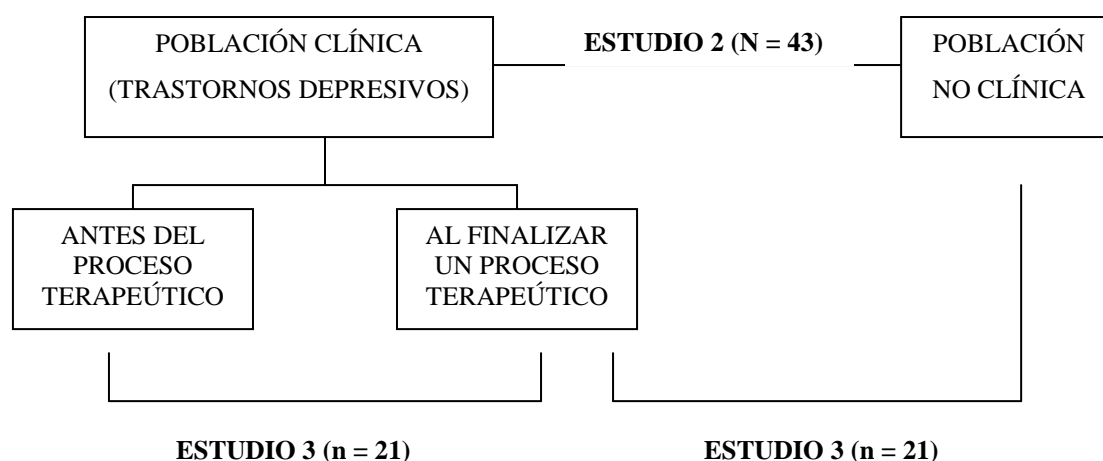


Figura 5. Presentación del Estudio 2 y Estudio 3

De forma complementaria a estos estudios se ha realizado también una revisión del sistema de categorías de análisis de contenido de los constructos personales (SCCP) elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002). La razón de esta revisión viene determinada por la dificultad que los jueces, utilizados para verificar la fiabilidad del estudio, comentan tener a la hora de categorizar determinados constructos, siendo ellos mismos los que proponen ciertas modificaciones. Como resultado de esta revisión, realizada de forma consensuada entre el investigador y los jueces, se realizan una serie

de modificaciones en el SCCP. Hemos de hacer hincapié en que la decisión de modificar el sistema de categorías no fue tomada con el objetivo de mejorar la fiabilidad de nuestro estudio, ni tampoco con el objetivo de modificar un instrumento que ya ha demostrado su validez y fiabilidad; se trata más bien, de cambios que facilitan el manejo de un instrumento de gran utilidad para la investigación.

CAPÍTULO IV: ESTUDIO 1

1. OBJETIVOS

El objetivo principal del Estudio 1 es evaluar el contenido de los constructos personales elicitados en distintos grupos de población clínica, que han sido agrupados por sus características psicopatológicas, en base en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995).

Como objetivos específicos nos planteamos, en primer lugar, explorar de forma sistemática el contenido de los constructos personales de un grupo de población clínica, compuesto por diferentes diagnósticos (trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos) y de un grupo de población no clínica. En segundo lugar, a través de los datos aportados por este primer análisis, podemos contrastar si los distintos grupos difieren entre sí con respecto a la distribución del contenido de los constructos en las áreas del SCCP. El último objetivo consiste en indicar cuáles son las áreas del sistema de construcción de los clientes con un mayor grado de estructura y de mayor relevancia personal dentro de cada una de las problemáticas clínicas analizadas.

Los resultados de este estudio nos aportarán más información sobre la asociación que se establece entre las dificultades presentadas por los clientes y el contenido de sus constructos personales, y sobre la dirección de esta asociación.

2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Basándonos en estudios previos sobre el contenido de los constructos personales en determinadas problemáticas clínicas (véase por ejemplo, Silverman, 1977) y la teoría o visión de que los individuos elaboran los sistemas de constructos en esas áreas problemáticas en las que presentan dificultades generales (Sperlinger, 1976), nuestras hipótesis son las siguientes:

- Hipótesis 1: Se prevén diferencias en la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP, entre el grupo de población clínica y el grupo de población no clínica. Concretamente, la distribución del contenido de los constructos personales en la población clínica, se concentrará más en determinadas áreas y categorías del SCCP, a diferencia del grupo de población no clínica, donde se prevé una distribución más normalizada entre las diferentes áreas.
- Hipótesis 2: Se prevén diferencias en la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP, entre las diferentes problemáticas clínicas de estudio (trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos).
- Hipótesis 3: La distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP reflejará un mayor porcentaje de constructos en las áreas problemáticas en las que los distintos grupos de población clínica presentan las dificultades generales (Sperlinger, 1976). Concretamente, se prevé un mayor porcentaje de constructos emocionales en los trastornos del estado de ánimo (Silverman, 1977). En los trastornos de ansiedad se prevé también un alto porcentaje de constructos emocionales, aunque menor que en los trastornos del estado de ánimo, por el solapamiento que suele presentar la ansiedad con los síntomas emocionales (véase por ejemplo, Vallejo & Gastó, 2000). En los trastornos adaptativos se prevé un elevado porcentaje de constructos relacionales, debido a la interferencia que estas problemáticas producen en la vida social del sujeto (DSM-IV, APA, 1994/1995).

3. MÉTODO

3.1. Participantes

La muestra del Estudio 1 consta de 60 participantes, divididos en dos grupos: una muestra clínica y un grupo control. La muestra clínica esta formada por 30 personas, 20 de los cuales son estudiantes que acuden en busca de psicoterapia en su universidad de procedencia (Barcelona y Salamanca) y los 10 restantes son personas que acuden en

busca de psicoterapia fuera del ámbito universitario en Madrid. El grupo control, que denominaremos muestra no clínica, lo constituyen también 30 personas que son entrevistadas por estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad de Salamanca, como trabajo de prácticas.

La muestra de población clínica ($N=30$) ha sido facilitada por una serie de psicoterapeutas constructivistas que colaboran con el Proyecto Multicéntrico Dilema (Feixas & Saúl, 2004). Este proyecto gestiona una base de datos conjunta entre distintos centros de investigación en la que se encuentra una gran cantidad de rejillas administradas tanto a diferentes grupos de población clínica como población no clínica. La cesión de datos incluía características sobre la edad, sexo y diagnóstico de cada uno de los participantes. Estos diagnósticos fueron establecidos por los terapeutas encargados en cada uno de los centros colaboradores, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995). Esta información nos ha permitido agrupar esta muestra de población clínica en función de su problemática siguiendo igualmente los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995). Así, los 30 sujetos correspondientes a la población clínica han sido agrupados como: trastornos de estado de ánimo ($n=10$), trastornos de ansiedad ($n=10$) y trastornos adaptativos ($n=10$). Esta muestra está formada por 23 mujeres (76.67%) y 7 hombres (23.33%), entre los 20 y 56 años, con una media de 30 años de edad y una desviación típica de 8.90. Véase Apéndice A, Tabla A1.

Por otra parte, la muestra de población no clínica se obtuvo a través de un procedimiento de muestreo no probabilístico incidental. La muestra está formada 30 personas, concretamente 22 mujeres (73.33%) y 8 hombres (26.67%), cuya edad varía entre los 17 y 50 años, con una media de 26 años de edad y una desviación típica de 8.98 (Véase Apéndice A, Tabla A1). No se han utilizado en este caso pruebas diagnósticas de exclusión.

Se corrobora la homogeneidad de la muestra con respecto a la edad, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos; $t(58) = 1.977, p = .053$

3.2. Instrumentos de evaluación

El instrumento de evaluación utilizado para llevar a cabo este estudio es la Técnica de la Rejilla de Kelly (1955/1991a), complementariamente se utiliza un Sistema de Categorías de Contenido para la Codificación de Constructos Personales (SCCP) desarrollado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002).

3.2.1. La Técnica de la Rejilla (TR)

La Técnica de la Rejilla 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 términos, mediante el análisis de los constructos con los que la persona organiza su mundo (Feixas & Cornejo, 2002).

En el diseño de la rejilla utilizada en este estudio, los constructos son elicitados por el propio cliente y los elementos se establecen con ayuda del terapeuta. Como elementos se propone al sujeto utilizar una lista de roles que incluyen personas significativas en su vida (por ejemplo, padre, madre, hermanos, pareja) incluyéndose a sí mismo (yo actual) y algunas figuras de contraste, como por ejemplo, una persona no grata para él, o dividir el elemento “yo” en varios aspectos posibles por ejemplo, “yo ideal”. Para elicitar los constructos se utiliza un procedimiento de comparación diádica, preguntando en qué característica importante se parecen (o se diferencian) dos elementos. Este tipo de diseño dará lugar a rejillas con diferente número de constructos y elementos para cada uno de los sujetos.

Una vez elicitados los constructos y los elementos, la tabla es cubierta por el cliente utilizando un sistema de puntuación de intervalos tipo Likert de cinco puntos. A cada elemento se le asigna un valor en una escala definida por los dos polos de los constructos. El extremo 1 de la escala hace referencia al polo escrito a la izquierda y el extremo 7 al polo escrito a la derecha, el punto medio (4) es una posición neutra que no se decanta por un polo u otro (Feixas et al., 2003).

La aplicación de esta técnica nos proporciona una matriz de datos con una gran cantidad de información acerca de cómo el sujeto construye su visión sobre sí mismo, los demás y sobre el mundo. El análisis de estos datos se realiza con el programa RECORD v.4 (Feixas & Cornejo, 2002); sin embargo, estos datos no han sido utilizados en este estudio, no obstante, se podrán tener en cuenta en investigaciones posteriores.

De los análisis posibles de la TR, utilizamos para este estudio los relativos al contenido de los constructos personales. Para este análisis se ha utilizado el SCCP, elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002).

3.2.2. Sistema de Categorías de Contenido para la Codificación de Constructos Personales (SCCP)

El SCCP es un sistema de 45 categorías de contenido que se utilizan para la codificación de constructos personales obtenidos mediante la administración de la Técnica de la Rejilla. Estas categorías están estructuradas en seis áreas temáticas básicas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual/ operacional y de valores/ intereses (véase Capítulo 3, apartado 4c).

3.3. Diseño

En este estudio se ha utilizado un diseño transversal de comparación entre grupos. Concretamente, la variable grupo de procedencia de la muestra, ha sido utilizada como variable independiente. Se trata de una variable cualitativa, nominal y dicotómica (grupo de población clínica y grupo de población no clínica). A su vez, el grupo de población clínica se divide en tres niveles, correspondientes a tres problemáticas clínicas diferentes (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos)

Otra de las variables que ha sido utilizada es la referida al sistema de categorías utilizado para la codificación de los constructos personales obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla. Este sistema de categorías, el SCCP, tiene a su vez 6 niveles,

correspondientes a sus 6 áreas temáticas. A cada una de estas áreas les ha sido asignado un número (del uno al seis) y a las subcategorías correspondientes de cada área se le ha asignado además una letra. Se trata por tanto de una variable cualitativa, nominal y policotómica.

La variable dependiente de este estudio es una variable cuantitativa, se trata de la frecuencia de constructos obtenidos en cada rejilla y en relación a cada una de las áreas y subcategorías del SCCP.

3.4. Procedimiento

En primer lugar se ha realizado una revisión bibliográfica, así como un acercamiento a los principales grupos de investigación relacionados con el tema. De este modo, hemos podido conocer y colaborar con el Proyecto Multicéntrico Dilema (Feixas & Saúl, 2004) que gestiona una base de datos conjunta entre distintos centros de investigación en la que se encuentra una gran cantidad de rejillas administradas tanto a diferentes grupos de población clínica, como población no clínica. Parte de estas rejillas han sido las utilizadas como muestra de este estudio, concretamente han sido extraídas para nuestra investigación 30 rejillas correspondientes al grupo de población clínica.

Respecto a la muestra de población no clínica, se solicitó la colaboración de profesores de la facultad de psicología de la Universidad de Salamanca. De tal forma que utilizando alguna de sus clases prácticas, se solicitó a los alumnos, una vez formados en la utilización de la Técnica de la Rejilla, que la administraran a alguien de su entorno. Esta evaluación fue realizada de forma individual.

Una vez obtenidas las correspondientes rejillas, se elaboró una base de datos donde se recogieron los constructos y elementos correspondientes a cada una de ellas. Utilizando el SCCP, esta muestra de constructos fue agrupada en categorías de acuerdo con sus áreas temáticas. Para clasificar un constructo siempre se ha tenido en cuenta el significado global que transmiten las etiquetas empleadas para describir cada uno de

sus polos, de tal manera que la etiqueta del segundo polo matiza y concreta el significado transmitido por la etiqueta del polo emergente. Sin embargo, se ha incluido también la posibilidad de una doble codificación para constructos cuyos polos se clasificarían en categorías diferentes y que no permiten la deducción de un significado conjunto correspondiente a una única categoría. Ejemplos de este tipo de constructos son *creativo-triste* y *conservadora-callada*. La posible doble codificación podrá dar lugar a un número mayor de constructos codificados. En la Tabla 1.1 se muestra un ejemplo del método usado para la codificación de los constructos.

Tabla 1.1. *Ejemplo del método usado para la codificación*

CÓDIGO CASO: 2n113

Con ideas claras	4E	Sin ideas claras	
Dependiente	3F	Independiente	
Familiar	6B	No familiar	
Trabajadora	4C	No muy trabajadora	
Introvertida	3 A	Extrovertida	
Carácter alegre	2 C	Carácter apagado	
Carácter fuerte	2 D	Carácter más tranquilo	
Exigente	4C	Conformista	3 E
Luchadora	3 E	Conformista	
Bondadosa	1 B	Agarrada	
Respetuosa	1 D	Mal educada	3 B
Locuaz	3 A	Poco habladora	
Intolerante	3 D	Tolerante, transigente	
De fiar	1 E	Sin vergüenza	
Honesta	1 E	No honesta, no legal	

Nota. Cuando la codificación es conjunta sólo aparece en el cuadro central. Cuando cada polo recibe una codificación independiente se utiliza también la última columna, especificando ambas codificaciones.

Una vez codificados todos los constructos, éstos fueron agrupados por áreas y categorías, facilitando así los cálculos correspondientes a la frecuencia y porcentaje de constructos que cada subgrupo que compone la muestra presenta en cada una de las áreas y categorías del SCCP. En la Tabla 1.2 se muestra un ejemplo del método utilizado para el recuento de frecuencias. Con esta ordenación de los datos se procede a los análisis de comparación entre los grupos.

Para la realización de los análisis estadísticos, se consultó con varios metodólogos sobre los posibles análisis a realizar, incluyendo aquellos que nos dieran información sobre la fiabilidad del estudio y el grado de significación de los datos.

3.5. Análisis de los datos

Los primeros análisis estadísticos que se realizan son análisis descriptivos. Para ello, los datos de la muestra son ordenados de acuerdo con sus características (edad, sexo y grupo al que pertenece) y posteriormente son analizados a través de distintos estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje, media y desviación típica). Además, se realiza un contraste de medias mediante la prueba t para muestras independientes para comparar la edad de las dos muestras (clínica y no clínica).

En la siguiente fase de análisis, se incluyen datos sobre los constructos y elementos que cada sujeto ha empleado en su rejilla. Para facilitar la ordenación de estos datos se utiliza en primer lugar el programa Excel (Office 2007) elaborándose una base de datos que incluye información sobre todas las variables utilizadas. Posteriormente se utiliza el paquete informático SPSS® para Windows (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 15.01 (SPSS, 2006) para la realización de los análisis estadísticos. Se realiza un contraste de medias mediante la prueba t para muestras independientes para comparar el número de constructos y de elementos de las dos muestras (clínica y no clínica).

Otra de las pruebas estadísticas utilizadas en este estudio es el cálculo de frecuencias y porcentajes en relación a la codificación de los constructos personales obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla (Kelly, 1955/1991a) y en base al SCCP elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002).

Con la finalidad de contrastar si los distintos grupos de población clínica se diferencian entre sí con respecto a la distribución del contenido de los constructos en las áreas del SCCP, se realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba χ^2 (ji-cuadrado) entre los tres grupos. Los resultados de esta prueba nos indicarán si las diferencias encontradas son o no significativas.

La prueba χ^2 (ji-cuadrado) de Pearson es considerada como una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar en el contraste de hipótesis. También se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia. La fórmula que del estadístico es la siguiente $\chi^2 = \sum_i [(observada_i - teórica_i)^2 / teórica_i]$

En este análisis, la hipótesis nula establecería que no existen diferencias significativas entre las variables. El criterio de decisión es el siguiente: Se acepta H_0 cuando $\chi^2 < \chi^2_t (r - 1) (K - 1)$, en caso contrario se rechaza. Donde t representa el valor proporcionado por las tablas, según el nivel de significación estadística elegido. Los grados de libertad (gl) vienen dados por el número de filas y de columnas. De tal forma que $gl = (r-1) (k-1)$. Donde r es el número de filas y k el de columnas. En relación a los resultados, valores p por encima de 0.05 indicarían diferencias no significativas, valores p entre 0.01 y 0.05 indicarían diferencias probablemente significativas y valores p inferiores a 0.01 indicarían diferencias altamente significativas.

En el análisis de los datos se ha tenido en cuenta también que el valor χ^2 (ji-cuadrado) puede calcularse siempre y cuando no exista ninguna celdilla con frecuencias teóricas iguales a cero y que el número de celdillas con frecuencias teóricas inferiores a cinco no supere el veinte por ciento del número total de celdillas, en tal caso se efectuará la corrección de Yates. Sin embargo, se considera aconsejable que cuando al menos una de las celdillas tiene de frecuencia teórica un valor inferior a cinco, se aplique a la prueba ji-cuadrado la Corrección de Yates. En tales casos $\chi^2 = \sum\{[(observada - teórica) - 0.5]^2 / teórica\}$

Finalmente, para determinar la fiabilidad del estudio, se utilizaron tres jueces que repitieron el mismo proceso de codificación que el investigador y se analizó en qué medida estaban o no de acuerdo en su codificación. Este método fue recomendado por Honey (1979) y sugería la utilización de más de un codificador.

Con los datos aportados por los jueces, se llevaron a cabo varios análisis. En primer lugar, se analizaron las frecuencias y porcentajes obtenidos por cada juez en cada uno de los grupos de estudio; posteriormente, se analizaron los porcentajes de cada juez, en cada área y cada polo de los constructos; en tercer lugar, se analizaron las correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez en cada uno de los grupos; y finalmente se utilizó el índice de concordancia Kappa.

El objetivo del índice de concordancia Kappa es detectar y medir el sesgo entre observadores. Fue propuesto originalmente por Cohen (1960) para el caso de dos evaluadores, por lo que a menudo se le conoce como Kappa de Cohen y fue generalizado para el caso de más de dos evaluadores por Fleiss (1981), por lo que a veces también se habla del índice Kappa de Fleiss. Este coeficiente utiliza las distribuciones marginales de las categorías de cada juez para calcular la probabilidad de acuerdo casual, dadas estas distribuciones.

El índice de concordancia kappa se define de la siguiente manera $K = (P_o - P_e) / (1 - P_e)$. Donde P_o es la proporción de concordancia observada y P_e es la proporción de concordancia esperada por puro azar. En caso de acuerdo perfecto, la proporción de concordancia será 1, por lo que $1 - P_e$ representa el margen de acuerdo posible no atribuible al azar. De ese margen nosotros observamos probablemente sólo una parte $P_o - P_e$, salvo que haya acuerdo perfecto $P_o = 1$.

En caso de concordancia perfecta el valor de kappa es 1; si la concordancia observada es igual a la esperada kappa vale 0; y en el caso de que el acuerdo observado sea inferior al esperado el índice kappa es menor que cero.

Landis y Koch (1977) propusieron unos márgenes para valorar el grado de acuerdo en función del índice kappa (véase Tabla 1.3)

Tabla 1.3. *Márgenes para valorar el grado de acuerdo en función del índice Kappa.*

Kappa	Grado de acuerdo
< 0	sin acuerdo
0 – 0.2	insignificante

0.2 – 0.4	bajo
0.4 – 0.6	moderado
0.6 – 0.8	bueno
0.8 - 1	muy bueno

Este índice se puede generalizar para clasificaciones multinominales (más de dos categorías) y para más de dos evaluadores, siendo similar su interpretación. En todo caso, para que el coeficiente pueda ser tenido en cuenta, debe verificar su significatividad, con valores $p < .05$

4. RESULTADOS

Los primeros resultados en relación al análisis de los datos correspondientes a la Técnica de la Rejilla, tienen que ver con el número de constructos y elementos elicitados. La muestra total de constructos fue de 784; concretamente 388 constructos de población clínica y 396 constructos de población no clínica; no encontrándose diferencias significativas entre el número de constructos obtenidos en cada grupo; $t(58) = -0.387$, $p = .7$. La media de constructos en ambos grupos es de 13, con una desviación típica de 2.803 en el grupo de población clínica y de 2.524 en el grupo de población no clínica. Véase Apéndice A, Tabla A.4.

Respecto al número de elementos, constituye un total de 727; concretamente 358 elementos en la población clínica y 369 en el grupo de población no clínica. Aunque el número de elementos es ligeramente superior en el grupo de población no clínica, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos; $t(58) = -0.616$, $p = .541$. La medida de elementos utilizados en los dos grupos de estudio ha sido de 12, con una desviación típica de 1.337 en el grupo de población clínica y de 2.973 en el grupo de población no clínica. Véase Apéndice A, Tabla A.4.

El número de constructos codificados ha sido superior al número de constructos elicitados. Este resultado está relacionado con la posible doble codificación de los constructos. El total de constructos codificados ha sido de 828; concretamente, 422 constructos de la muestra de población clínica (159: Trastorno del estado de ánimo; 129: Trastornos de ansiedad; y 134: Trastornos adaptativos) y 406 constructos codificados en la muestra de población no clínica.

Los resultados de la codificación se ofrecen en términos de frecuencias y porcentajes en base al sistema de categorías utilizado (SCCP) y para cada uno de los grupos de estudio. Para facilitar estos datos véase Tabla 1.4 y más resumida, la Tabla 1.5.

Tabla 1.4. Resumen de resultados. Frecuencias y porcentajes de codificación para cada uno de los grupos de estudio y en cada una de las áreas del sistema de categorías de contenido.

		POBLACIÓN CLÍNICA						POBL. CLÍNICA TOTAL		POBL. NO CLÍNICA	
		Tr. Estado de ánimo		Tr. de Ansiedad		Tr. Adaptativos					
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
ÁREA 1	1A	3	10.71	5	17.86	5	20.00	13	16.05	10	12.82
	1B	10	35.71	10	35.71	6	24.00	26	32.10	18	23.08
	1C	5	17.86	2	7.14	1	4.00	8	9.88	9	11.54
	1D	0	0.00	1	3.57	2	8.00	3	3.70	1	1.28
	1E	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	5.13
	1F	5	17.86	7	25.00	4	16.00	16	19.75	19	24.36
	1G	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	1H	5	17.86	3	10.71	6	24.00	14	17.28	14	17.95
	1O	0	0.00	0	0.00	1	4.00	1	1.23	3	3.85
	Total	28	17.61	28	21.71	25	18.66	81	19.19	78	19.21
ÁREA 2	2A	5	10.64	7	24.14	5	13.89	17	15.18	6	6.82
	2B	15	31.91	8	27.59	6	16.67	29	25.89	25	28.41
	2C	9	19.15	4	13.79	10	27.78	23	20.54	14	15.91
	2D	7	14.89	7	24.14	11	30.56	25	22.32	28	31.82
	2E	11	23.40	3	10.34	4	11.11	18	16.07	15	17.05
	2F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	47	29.56	29	22.48	36	26.87	112	26.54	88	21.67
ÁREA 3	3A	15	39.47	7	18.42	14	31.82	36	29.67	39	32.50
	3B	5	13.16	4	10.53	5	11.36	14	11.56	43	35.83
	3C	0	0.00	0	0.00	2	4.55	2	1.67	1	0.83
	3D	4	10.53	3	7.89	5	11.36	12	9.91	10	8.33

	3E	4	10.53	8	21.05	8	18.18	20	16.58	8	6.67
	3F	7	18.42	3	7.89	5	11.36	15	12.35	6	5.00
	3G	0	0.00	4	10.53	1	2.27	5	4.17	2	1.67
	3H	2	5.26	3	7.89	2	4.55	7	5.79	7	5.83
	3I	1	2.63	5	13.16	2	4.55	8	6.64	4	3.33
	3O	0	0.00	1	2.63	0	0.00	1	0.83	0	0.00
	Total	38	23.90	38	29.46	44	32.84	120	28.44	120	29.56
ÁREA 4	4A	10	26.32	7	30.43	4	18.18	21	25.39	22	23.66
	4B	5	13.16	2	8.70	4	18.18	11	13.19	15	16.13
	4C	3	7.89	6	26.09	4	18.18	13	15.63	18	19.35
	4D	3	7.89	3	13.04	2	9.09	8	9.65	11	11.83
	4E	6	15.79	1	4.35	2	9.09	9	10.86	5	5.38
	4F	8	21.05	3	13.04	1	4.55	12	14.58	5	5.38
	4G	2	5.26	0	0.00	2	9.09	4	4.77	2	2.15
	4H	1	2.63	1	4.35	2	9.09	4	4.77	11	11.83
	4O	0	0.00	0	0.00	1	4.55	1	1.16	4	4.30
	Total	38	23.90	23	17.83	22	16.42	83	19.67	93	22.91
ÁREA 5	5A	0	0.00	2	22.22	2	50.00	4	23.53	6	35.29
	5B	3	75.00	4	44.44	1	25.00	8	47.06	7	41.18
	5C	1	25.00	3	33.33	1	25.00	5	29.41	2	11.76
	5D	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	5.88
	5E	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	5.88
	5F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	5O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	4	2.52	9	6.98	4	2.99	17	4.05	17	4.19
ÁREA 6	6A	4	100.00	1	50.00	1	33.33	6	66.67	7	70.00
	6B	0	0.00	1	50.00	2	66.67	3	33.33	3	30.00
	6O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	4	2.52	2	1.55	3	2.24	9	2.13	10	2.46
Nº de constructos		159		129		134		422		406	

A nivel descriptivo, los resultados muestran diferencias entre los distintos grupos de población clínica. En la Tabla 1.5 se puede apreciar cómo el área más codificada ha sido el área relacional en los trastornos adaptativos, los trastornos de ansiedad y también en el grupo de población no clínica; sin embargo, el área más codificada en los trastornos del estado de ánimo ha sido el área emocional.

Tabla 1.5. *Tabla comparativa de los porcentajes de codificación por áreas en cada uno de los grupos de población clínica de estudio.*

	Tr. Estado de ánimo	Tr. de Ansiedad	Tr. Adaptativos
Área Moral	17.61 %	21.71 %	18.66 %
Área Emocional	29.56 %	22.48 %	26.87 %
Área Relacional	23.90 %	29.46 %	32.84 %
Área Personal	23.90 %	17.83 %	16.42 %
Área Intelectual/ operacional	2.52 %	6.98 %	2.99 %
Área Valores e Intereses	2.52 %	1.55 %	2.24 %

Con la finalidad de analizar si las diferencias encontradas entre los distintos grupos de población clínica, son o no significativas, se realizó un análisis de cuadros de contingencia, prueba χ^2 (ji-cuadrado) entre los tres grupos. Véase Tabla 1.6

Tabla 1. 6. *Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos*

		Área						Total
		Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual, operacional	Valores e intereses	
T. Estado de ánimo	Fr.	28	47	38	38	4	4	159
	Fr. esperada	30.5	42.2	45.2	31.3	6.4	3.4	159.0
	%	34.6%	42.0%	31.7%	45.8%	23.5%	44.4%	37.7%
	R.C.	-.6	1.1	-1.6	1.7	-1.2	.4	
T. ansiedad	Fr.	28	29	38	23	9	2	129
	Fr. esperada	24.8	34.2	36.7	25.4	5.2	2.8	129.0
	%	34.6%	25.9%	31.7%	27.7%	52.9%	22.2%	30.6%
	R.C.	.9	-1.3	.3	-.6	2.0	-.5	
T. adaptativo:	Fr.	25	36	44	22	4	3	134
	Fr. esperada	25.7	35.6	38.1	26.4	5.4	2.9	134.0
	%	30.9%	32.1%	36.7%	26.5%	23.5%	33.3%	31.8%
	R.C.	-.2	.1	1.4	-1.1	-.7	.1	
Total	Recuento	81	112	120	83	17	9	422

Nota. R.C.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

Los resultados del análisis $\chi^2 (10, 422) = 10.874, p = .367$; indican que no existen diferencias significativas. El valor $p = .367$ que se compara con el alfa de significación (asumido como 5%), es muy alto para rechazar la hipótesis nula (independencia entre las variables). No se ha aplicado en este caso la corrección de Yates, ya que el número de celdillas con frecuencias teóricas inferiores a cinco no supera el veinte por ciento del número total de celdillas.

Aunque los tres grupos de estudio no difieren en el contenido temático presente en sus sistemas de construcción, ampliamos este contraste en el nivel de categorías, analizando si existen diferencias entre las categorías de cada área. Estos resultados aparecen reflejados en la Tabla 1.4 y se presentan también a través de diferentes figuras en el Apéndice D (véase desde Figura D.1 hasta Figura D.6). A través de estos resultados, se puede apreciar cuáles son las categorías que presentan mayores porcentajes de constructos dentro de cada área. Es importante tener en cuenta que los porcentajes están realizados a partir del total de codificaciones por áreas y no del total general, ya que esto podría llevar a interpretaciones erróneas.

Si el área más codificada en los trastornos del estado de ánimo ha sido el área emocional, a partir de estos resultados podemos analizar cuál es la categoría que mayor porcentaje de constructos presenta dentro de esta área. Como se puede observar en la Tabla 1.4 y Figura D.2 (véase Apéndice D), la categorías más codificada ha sido la 2B (cálida-fría).

Si nos centramos en el área relacional (véase Tabla 1.4 y Figura D.3, Apéndice D), siendo el área más codificada en los trastornos adaptativos, los trastornos de ansiedad y el grupo de población no clínica, se observa como la categoría más codificada en los trastornos adaptativos es la categoría 3A (extrovertida-introvertida); mientras que en los trastornos de ansiedad los mayores porcentajes corresponden a la categoría 3E (conformista-rebelde); y en el grupo de población no clínica, la categoría 3B (agradable-desagradable).

Otros datos de interés que podríamos destacar de los resultados obtenidos en el nivel de categorías, serían los siguientes: En el área moral (véase Figura D.1, Apéndice D), destacan los porcentajes correspondientes a la categoría 1B (altruista-egoísta), concretamente en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. El área emocional

(véase Figura D.2, Apéndice D), presenta el mayor porcentaje de constructos la categoría 2B (cálida-fría) y éste porcentaje corresponde a los trastornos de estado de ánimo; sin embargo, las diferencias en esta categoría son mínimas con respecto a los otros grupos, siendo el contraste mayor con respecto a los trastornos adaptativos. En el área relacional (véase Figura D.3, Apéndice D), lo que más destaca es la diferencia entre el grupo de población no clínica y el resto de los grupos en la categoría 3B (agradable-desagradable), con un porcentaje mucho mayor en este último grupo. En cuanto al área personal (véase Figura D.4, Apéndice D), se observa por ejemplo una pequeña diferencia en la categoría 4C (trabajadora-vaga) entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, con un porcentaje superior para el primero de ellos. En el área intelectual/operacional (véase Figura D.5, Apéndice D) destaca en gran medida el alto porcentaje de la categoría 5B: (inteligente-tonta) para los trastornos del estado de ánimo (sin olvidar que el porcentaje esta basado en el total de constructos codificados únicamente en esa área). Y por último, en el área de valores e intereses (véase Figura D.6, Apéndice D), vuelve a sobresalir el porcentaje correspondiente a los trastornos del estado de ánimo en la categoría 6A (valores ideológicos, políticos, religiosos, sociales, morales y de género).

Con la finalidad de saber si las diferencias en el nivel de categorías de contenido dentro de cada área temática son significativas, se han realizado pruebas χ^2 (ji-cuadrado) entre la distribución del contenido de los constructos que los tres grupos mostraron en las categorías intra-área. En todos los análisis se ha aplicado la corrección de Yates, ya que nos encontramos con frecuencias esperadas inferiores a cinco.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área moral ha sido $\chi^2(12, 81) = 14.46$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 12 grados de libertad es 21.03, el valor obtenido de 14.46 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área emocional ha sido $\chi^2(8, 112) = 11.23$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 8 grados de libertad es 15.51, el valor obtenido de 11.23 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que

las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área relacional ha sido $\chi^2(18, 120) = 26.8$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 18 grados de libertad es 28.87, el valor obtenido de 26.8 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área personal ha sido $\chi^2(16, 83) = 19.43$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 16 grados de libertad es 26.3, el valor obtenido de 19.43 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área intelectual / operacional ha sido $\chi^2(4, 17) = 4.85$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 4 grados de libertad es 9.49, el valor obtenido de 4.85 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área valores e intereses ha sido $\chi^2(2, 9) = 4.72$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 2 grados de libertad es 5.99, el valor obtenido de 4.72 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

De los resultados se desprende, que los tres grupos de población clínica de estudio no difieren en el contenido temático de sus sistemas de construcción y tampoco se encuentran diferencias en las categorías de contenido de cada área temática.

Tras analizar las diferencias entre los tres grupos de población clínica, nos centramos en las diferencias entre la muestra de población clínica a nivel general y la muestra de población no clínica. Los resultados de este análisis se muestran en la Tabla 1.7, en la cual observamos como a nivel descriptivo la distribución de frecuencias y porcentajes de los constructos personales es muy similar en ambos grupos, concentrándose más en determinadas áreas, principalmente en el área relacional.

Tabla 1.7. *Tabla comparativa de los porcentajes de codificación del grupo de población clínica y el grupo de población no clínica*

	Población clínica total	Población no clínica
Área Moral	19.19 %	19.21 %
Área Emocional	26.54 %	21.67 %
Área Relacional	28.44 %	29.56 %
Área Personal	16.67 %	22.91 %
Área Intelectual/ operacional	4.03 %	4.19 %
Área Valores e Intereses	2.13 %	2.46 %

Con el objetivo de analizar si estas diferencias entre la muestra de población clínica y la muestra de población no clínica (véase Tabla 1.7), son o no significativas, se realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba χ^2 (ji-cuadrado), entre ambos grupos. Véase Tabla 1.8

Tabla 1. 8. *Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos*

		Área						Total
		Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual/ Operacional	Valores e Intereses	
Clínica	Fr.	81	112	120	83	17	9	422
	Fr. esperada	81	101.9	122.3	89.7	17.3	9.7	422.0
	%	50.9%	56%	50%	47.2%	50%	47.4%	51%
	R. C.	.0	1.6	-.4	-1.1	-.1	-.3	
No clínica	Fr.	78	88	120	93	17	10	406
	Fr. esperada	78.0	98.1	117.7	86.3	16.7	9.3	406.0
	%	49.1%	44%	50%	52.8%	50%	52.6%	49%
	R. C.	.0	-1.6	.4	1.1	.1	.3	
Total	Recuento	159	200	240	176	34	19	828

Nota. R.C.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

Los resultados del análisis $\chi^2 (5, 828) = 3.249, p = .662$; indican que no existen diferencias significativas. El valor $p = .662$ que se compara con el alfa de significación (asumido como 5%), es muy alto para rechazar la hipótesis nula (independencia entre

las variables). No se ha aplicado en este caso la corrección de Yates, ya que no aparecen celdillas con frecuencias teóricas inferiores a cinco.

5. FIABILIDAD DEL ESTUDIO

Para determinar la fiabilidad del estudio se ha empleado el método de acuerdo entre jueces. Tres psicólogos recibieron un entrenamiento en el que se les explicó el proceso de codificación con el SCCP y codificaron independientemente la misma muestra de constructos que ha sido utilizada en el estudio.

Las Tablas 1.9 a la 1.12 muestran los porcentajes de codificación de cada uno de los jueces para cada una de las áreas del SCCP.

Tabla 1.9. *Porcentajes de codificación de los jueces en el grupo de población clínica de los trastornos del estado de ánimo.*

	TR. DEL ESTADO DE ÁNIMO		
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3
ÁREA MORAL	15.24%	18.37%	15.08%
ÁREA EMOCIONAL	29.27%	30.61%	26.63%
ÁREA RELACIONAL	26.22%	23.13%	25.13%
ÁREA PERSONAL	21.34%	21.09%	25.63%
ÁREA INTELECTUAL/OPERACIONAL	3.66%	3.40%	4.52%
ÁREA VALORES E INTERESES	4.27%	3.40%	2.51%

Tabla 1.10. *Porcentajes de codificación de los jueces en el grupo de población clínica de los trastornos de ansiedad.*

	TR. DE ANSIEDAD		
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3
ÁREA MORAL	19.42%	22.88%	21.25%
ÁREA EMOCIONAL	17.99%	27.12%	19.38%
ÁREA RELACIONAL	32.37%	21.19%	28.13%
ÁREA PERSONAL	23.02%	18.64%	25.63%
ÁREA INTELECTUAL/OPERACIONAL	5.04%	5.08%	4.38%
ÁREA VALORES E INTERESES	2.16%	2.54%	1.25%

Tabla 1.11. *Porcentajes de codificación de los jueces en el grupo de población clínica de los trastornos adaptativos.*

	TR. ADAPTATIVOS		
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3
ÁREA MORAL	21.32%	17.95%	21.95%
ÁREA EMOCIONAL	25.74%	32.48%	23.78%
ÁREA RELACIONAL	30.15%	29.91%	31.10%
ÁREA PERSONAL	19.12%	14.53%	20.12%
ÁREA INTELECTUAL/OPERACIONAL	1.47%	1.71%	1.83%
ÁREA VALORES E INTERESES	2.21%	1.71%	1.22%

Tabla 1.12. *Porcentajes de codificación de los jueces en el grupo de población no clínica*

	POBLACIÓN NO CLINICA		
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3
ÁREA MORAL	19.32%	19.14%	18.53%
ÁREA EMOCIONAL	18.09%	22.92%	19.20%
ÁREA RELACIONAL	31.30%	25.69%	27.68%
ÁREA PERSONAL	27.38%	22.92%	27.23%
ÁREA INTELECTUAL/OPERACIONAL	3.18%	5.54%	4.24%
ÁREA VALORES E INTERESES	0.73%	3.78%	3.13%

En general, estos datos apoyan los datos obtenidos en nuestro estudio aunque también se observan ciertas discrepancias. Dentro de los trastornos del estado de ánimo, los tres jueces están de acuerdo en que el mayor porcentaje de constructos corresponde al área emocional, resultado similar al obtenido por el investigador. En los trastornos de ansiedad, tanto el juez 1 como el juez 3, coinciden con el investigador y obtienen que el área de mayor porcentaje de constructos, es el área relacional; sin embargo, el juez 2 considera que es el área emocional. En cuanto a los trastornos adaptativos, el juez 1 y 3 vuelven a coincidir con el investigador, obteniendo los mayores porcentajes en el área relacional; sin embargo, el juez 2 vuelve a discrepar con frecuencias mayores en el área emocional. Por último, en el grupo de población no clínica, los tres jueces coinciden en que las frecuencias más altas corresponden al área relacional, al igual que el investigador principal.

Dado que en esta investigación se había incluido la posibilidad de una doble codificación para cada constructo, se ha realizado otro nivel de análisis en relación a los

porcentajes de codificación de cada uno de los jueces, en cada una de las áreas del SCCP y en cuanto a cada uno de los polos de los constructos. Esto nos permite ver si ha habido o no diferencias substanciales en cuanto a la codificación de cada polo de los constructos. Los resultados (véase Tabla 1.13) indican que los mayores porcentajes corresponden a las áreas relacional, personal y emocional, con una pequeña diferencia con respecto al juez 2, que obtiene un porcentaje ligeramente superior en el área emocional. De los resultados de la Tabla 1.19, también se puede concluir que las diferencias en las codificaciones de ambos polos han sido mínimas. Estos resultados incluyen las codificaciones de los jueces a nivel global, tanto en el grupo de población clínica como no clínica.

Tabla 1.13. *Porcentajes de las codificaciones de cada uno de los jueces en cada área y para cada uno de los polos de los constructos*

	JUEZ 1		JUEZ 2		JUEZ 3	
	Polo 1	Polo 2	Polo 1	Polo 2	Polo 1	Polo 2
Área Moral	16.6 %	19.2 %	19.2 %	19.2 %	20.2 %	19 %
Área Emocional	21.8 %	21.1 %	26.5 %	26.5 %	22.2 %	21.2 %
Área Relacional	29.3 %	30.5 %	25.5 %	25.6 %	28.5 %	28.7 %
Área Personal	24.6 %	24.2 %	21 %	21 %	23 %	25.9 %
Área Intelectual/Operacional	2.8 %	3.1 %	4.5 %	4.5 %	3.5 %	3.5 %
Área Valores e Intereses	1.9 %	1.8 %	3.2 %	3.1 %	2.7 %	1.8 %

Seguidamente, se han analizado las correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez, en cada una de las categorías correspondientes a cada una de las áreas y para cada uno de los grupos de estudio. Los resultados se muestran en la Tabla 1.14

Tabla 1.14. Correlaciones entre los jueces en las distintas categorías correspondientes a cada área y en cada grupo

	T. del estado de ánimo	T. de ansiedad	T. Adaptativos	Pob. No Clínica
A. MORAL	0.84	0.90	0.93	0.97
A. EMOCIONAL	0.83	0.72	0.88	0.95
A. RELACIONAL	0.93	0.51	0.69	0.98
A. PERSONAL	0.77	0.84	0.67	0.85
A. INTELECTUAL/ OPERACIONAL	0.56	0.94	0.66	0.86
A. VALORES E INTERESES	0.98	0.91	0.91	0.95

Como se muestra en la Tabla 1.14, las mayores correlaciones entre los jueces, con respecto a la frecuencia de codificaciones en las categorías correspondientes a cada área, corresponden a la población no clínica. Por otra parte, la correlación mas baja corresponde a los trastornos de ansiedad, concretamente al área relacional.

Por último, otro de los coeficientes utilizados ha sido la K de Cohen (1960), (véase apartado 3.4). Los resultados de este índice reflejan en su conjunto resultados muy prometedores. Como se desprende de lo datos que se reflejan en la Tabla 1.15, todos los valores Kappa obtenidos son superiores a 0.6, lo cual indica un buen grado de acuerdo (véase Tabla 1.3 para la interpretación de los valores Kappa).

Tabla 1. 15. Índice de concordancia Kappa entre los jueces

				Valor	Error tip. asint.	T aproximada	Sig. aproximada
Entre Juez 1 y Juez 2	En Polo 1	Medida de acuerdo	Kappa	.721	.019	38.211	.000
		N de casos válidos		776			
En Polo 2	Medida de acuerdo	Kappa	.709	.019	37.594	.000	
		N de casos válidos		776			
Entre Juez 1 y Juez 3	En Polo 1	Medida de acuerdo	Kappa	.780	.017	40.767	.000
		N de casos válidos		779			
En Polo 2	Medida de acuerdo	Kappa	.758	.018	39.289	.000	
		N de casos válidos		780			
Entre Juez 2 y Juez 3	En Polo 1	Medida de acuerdo	Kappa	.700	.020	37.277	.000
		N de casos válidos		774			
En Polo 2	Medida de acuerdo	Kappa	.683	.020	36.267	.000	
		N de casos válidos		775			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta una discusión de los resultados en función de nuestras hipótesis.

En la primera hipótesis de nuestro estudio, hipotetizamos que el contenido de los sistemas de construcción de una muestra de población clínica sería distinto al de una muestra de población no clínica. Concretamente, se predecía que la distribución del contenido de los constructos personales en la población clínica, se concentraría más en determinadas áreas y categorías del SCCP, a diferencia del grupo de población no clínica, donde se anticipaba una distribución más normalizada entre las diferentes áreas. Los resultados indican que, ciertamente, la distribución del contenido de los constructos personales en la muestra de población clínica se concentra más en determinadas áreas y categorías del SCCP; sin embargo, no observamos una distribución más normalizada en la muestra de población no clínica. Ambos grupos presentan un número mayor de constructos relativos al área relacional.

Los resultados de los análisis estadísticos nos indican que no existen diferencias significativas entre estos grupos; sin embargo, observamos una tendencia del grupo de población clínica a mostrar un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional en comparación con la muestra de población no clínica, que muestra una mayor tendencia a utilizar constructos de tipo personal.

La tendencia a un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional observada en el grupo de población clínica, podría deberse al solapamiento de síntomas emocionales que se produce en los tres tipos de trastornos utilizados como muestra (véase Vallejo & Gastó, 2000, sobre ansiedad y depresión; y sobre los trastornos adaptativos en DSM-IV, APA, 1994/1995). Este resultado podría concordar con la teoría que sugiere que el área problemática es primaria y que los individuos elaboran su sistema de constructos en esa área (Silverman, 1977). Otros autores (Smail, 1978; Winter, 1992), concluyen en base a esta idea que el área predominante determinaría la forma que el cliente elige para expresar su dolor o angustia; de tal modo que elige sus síntomas en concordancia con su posición hacia el mundo. Sin embargo, también se plantean hipótesis alternativas que sugieren que es posible que sean los propios síntomas los que desarrollen ese estilo

cognitivo particular (Button, 1985). Los resultados de este estudio no nos aportan información sobre la dirección que toma esta asociación.

Por otro lado, si un mayor número de constructos en un área determinada está asociado a un mejor manejo de las experiencias vividas en ese nivel, resulta extraño que este grupo de población clínica se pueda caracterizar por un mayor número de constructos emocionales, ya que es concretamente en esta área donde presentan una de sus dificultades. Aunque ya hemos mencionado que las diferencias encontradas no son significativas, la tendencia a un mayor número de constructos de tipo personal en la población no clínica en comparación con el grupo clínico, podría estar indicándonos que lo que caracteriza a este grupo no es sólo el mayor porcentaje de constructos de tipo emocional, sino la ausencia o menor porcentaje de constructos de tipo personal.

En la segunda hipótesis de este estudio se hipotetizaban diferencias en la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP, entre las distintas problemáticas clínicas de estudio (trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos). Sin embargo, los resultados no indican diferencias significativas entre los tres grupos de estudio. Es posible que la ausencia de diferencias significativas se deba al tipo de trastornos elegidos como muestra de población clínica. El solapamiento de sintomatología en estos tres grupos podría reducir las diferencias en cuanto al contenido de sus constructos personales.

La invalidez de nuestra segunda hipótesis invalidaría directamente la tercera hipótesis de este estudio. Según ésta, los grupos de población clínica difieren entre sí respecto a la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP, concentrándose una mayor frecuencia de constructos en aquellas áreas problemáticas en las que cada grupo presenta sus dificultades generales. No obstante, a pesar de que las diferencias encontradas entre los grupos de estudio no han resultado ser estadísticamente significativas, efectivamente, el área más codificada para los trastornos del estado de ánimo ha sido el área emocional. Parte de estos resultados hallados son consistentes con los estudios de Silverman (1977) y más recientemente con los de Montesano et al. (2009), en los cuales aparece un subsistema fuertemente organizado de constructos concernientes a las emociones en la depresión. Sin embargo, este predominio de constructos emocionales en los trastornos del estado de ánimo, no

nos permite concluir que el elevado porcentaje de contenidos emocionales constituya un factor en la génesis o el mantenimiento de esta problemática.

Cuando hipotetizamos que los trastornos de ansiedad presentarían un número mayor de constructos relativos al área emocional, considerábamos que el solapamiento de síntomas que se produce a nivel emocional entre la depresión y la ansiedad (Vallejo & Gastó, 2000), quedarían reflejados en la abundancia de este tipo de constructos. Los análisis han confirmado que el área emocional es relevante en los trastornos de ansiedad; sin embargo, el área prioritaria es el área relacional. Es posible que este mayor porcentaje de constructos relacionales se deba a la repercusión que sus síntomas (fisiológicos, cognitivos y conductuales) producen en la vida social del sujeto

En cuanto a los trastornos adaptativos, sabemos que en este grupo clínico hay un predominio de síntomas emocionales y comportamentales, éstos se expresan a través de un malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante y un deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica). Posiblemente por esta razón, el área relacional y emocional, han sido las áreas más codificadas, ambas son áreas problemáticas en las cuales se presentan dificultades.

En cada uno de estos trastornos nos planteamos la misma duda que comentábamos anteriormente para la población clínica en general, es extraño que si la abundancia de constructos en un área determinada facilita la diferenciación de experiencias a ese nivel, estos grupos de población clínica se puedan caracterizar por un mayor porcentaje de constructos emocionales, en el caso de los trastornos del estado de ánimo y por un mayor porcentaje de constructos relacionales, en el caso de los trastornos de ansiedad y adaptativos; ya que es concretamente en estas áreas donde presentan gran parte de sus dificultades. Tal como planteamos anteriormente, la tendencia a un mayor número de constructos de tipo personal en la población no clínica en comparación con el grupo clínico, podría estar indicándonos que lo que caracteriza a estos grupos es un menor porcentaje de constructos de tipo personal.

En general, nuestros resultados sugieren que existe una asociación entre las dificultades presentadas por los clientes y el contenido de sus constructos personales. Sin embargo, no esclarecen nuestras dudas respecto a la dirección que toma esta asociación. Seguimos sin saber si es el alto porcentaje de constructos en un área

determinada o el escaso porcentaje de constructos en otra, lo que se asocia a una determinada problemática clínica y a sus dificultades. Y seguimos también sin esclarecer si estas diferencias en el contenido de los constructos personales constituyen un estilo cognitivo que predispone a sufrir determinados síntomas o si ese estilo cognitivo se desarrolla como consecuencia de una sintomatología.

Serían necesarios estudios más exactos que controlasen la posibilidad de sintomatología en la población no clínica y ampliasen el tamaño de esta muestra para poder llegar a conclusiones más detalladas sobre estos resultados.

7. CONCLUSIONES

A continuación detallamos las principales conclusiones extraídas del Estudio 1.

Desde los datos de nuestro estudio podemos concluir que:

- Tanto en la muestra de población clínica, como no clínica, la distribución de frecuencias de los constructos personales a lo largo del SCCP, se concentra más en determinadas áreas y categorías. Los mayores porcentajes de codificación en ambos grupos corresponden al área relacional.
- Aunque las diferencias encontradas en los porcentajes de codificación de los constructos personales a lo largo del SCCP entre el grupo de población clínica y no clínica no son estadísticamente significativas, éstas se concentran en el área emocional y personal. Concretamente, en la población clínica, aparece un mayor porcentaje de constructos emocionales y un menor porcentaje de constructos de tipo personal.
- Aunque no se han hallado diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de codificación de los constructos personales a lo largo del SCCP entre las diferentes problemáticas clínicas de estudio (Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos), se observa un mayor porcentaje de constructos emocionales en los trastornos del estado de ánimo, en

comparación con los demás grupos donde se ha encontrado un mayor porcentaje de constructos de tipo relacional.

8. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

Una de las limitaciones de este estudio está relacionada con la muestra de población *no clínica*. Esta muestra ha sido extraída de un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad de Salamanca que como trabajo de prácticas administraban una rejilla a alguien de su entorno. La falta de pruebas diagnósticas de exclusión en este muestreo podría sesgar nuestros resultados.

Por otro lado, el reducido tamaño de la muestra limita la posibilidad de extraer conclusiones generalizables.

CAPÍTULO V: ESTUDIO 2

1. OBJETIVOS

El objetivo principal del Estudio 2 es realizar un análisis que nos indique cuáles son las áreas del sistema de construcción de los clientes con un mayor grado de estructura y de mayor relevancia personal dentro de una determinada problemática clínica, los trastornos del estado de ánimo, concretamente en los trastornos depresivos, basándonos en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995).

Como objetivos específicos nos planteamos, en primer lugar, explorar de forma sistemática las dimensiones de contenido de los constructos personales de este grupo de población clínica (trastornos depresivos). En segundo lugar, a través de los datos aportados por este primer análisis, nuestro objetivo es analizar la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP en este grupo de población clínica y determinar si existen diferencias en esta distribución, respecto a un grupo de población no clínica.

2. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Basándonos en estudios previos y en la expectativa según la cual los individuos elaboran los sistemas de constructos en las áreas problemáticas en las que presentan dificultades generales, nuestras hipótesis son las siguientes:

- Hipótesis 1: Se prevén diferencias en la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP, entre un grupo de población clínica (trastornos depresivos) y un grupo de población no clínica.
- Hipótesis 2: Se prevé que la distribución del contenido de los constructos personales en un grupo de población clínica (trastornos depresivos) se concentrará más en determinadas áreas y categorías, principalmente en el área emocional; a diferencia del grupo de población no clínica, donde se prevé un mayor porcentaje de constructos en el área relacional, en base a los resultados de nuestro primer estudio.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

La muestra del Estudio 2 consta de 86 personas, divididas en dos grupos: muestra clínica y grupo control. La muestra clínica consta de 43 participantes, 36 de ellos estudiantes que acudieron en busca de psicoterapia en su universidad de procedencia (Salamanca) y 7 personas que acudieron en busca de psicoterapia fuera del ámbito universitario, en la ciudad de Madrid. Todos ellos, diagnosticados como trastornos depresivos según el DSM-IV (APA, 1994/1995). El grupo control, que denominaremos muestra no clínica, consta finalmente de 43 personas, todas ellas estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad de Salamanca.

La muestra de población clínica se ha obtenido a través de dos vías: 33 de los participantes proceden de clientes de la unidad de atención psicológica al universitario de la Universidad de Salamanca (UAPSMU) y los 10 restantes son parte de la muestra facilitada para nuestro primer estudio por una serie de psicoterapeutas constructivistas que colaboran con el Proyecto Multicéntrico Dilema (Feixas & Saúl, 2004), uno de ellos desde la misma Universidad de Salamanca y otro desde Madrid. Esta muestra clínica está formada por 37 mujeres (86.05%) y 6 hombres (13.95%), entre los 18 y 38 años, con una media de 24 años de edad y una desviación típica de 4.53 (véase Apéndice A, Tabla A2).

Por otra parte, la muestra de población no clínica fue extraída de un total de 108 estudiantes de psicología de la Universidad de Salamanca. A todos ellos se les aplicaron dos instrumentos de evaluación sintomática (BDI y STAI), excluyéndose a aquellos que presentaban sintomatología depresiva o ansiedad. Se utilizó por tanto un procedimiento de muestreo no probabilístico por cuotas. De esta forma, la muestra se redujo a 43 personas, concretamente 37 mujeres (86.04%) y 6 hombres (13.95%), con edades comprendidas entre los 20 y 25 años, con una media de 22 años de edad y una desviación típica de 1.15 (véase Apéndice A, Tabla A2).

Se corrobora la homogeneidad de la muestra con respecto a la edad, no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos; $t(84) = 2.77, p = .08$

3.2. Instrumentos de evaluación

Entre los instrumentos de evaluación utilizados para llevar a cabo este estudio se encuentran, la Técnica de la Rejilla de Kelly (1955/1991a) y dos cuestionarios de evaluación de sintomatología: La adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; original de Beck et al., 1961; adaptación al castellano por Conde & Useros, 1975) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970/1982). La selección de estos instrumentos viene determinada por el protocolo de recogida de información establecido en la UAPSMU cuando se inicia la investigación (véase Ávila-Espada, Herrero, & Fernández, 2009, para más información sobre la UAPSMU)

A todos los sujetos de la muestra clínica les fue administrada la Técnica de la Rejilla antes de empezar el proceso terapéutico, pero sólo los treinta y tres procedentes de la unidad de atención psicológica al universitario de la Universidad de Salamanca (UAPSMU), cuentan además con las dos pruebas de evaluación sintomática, BDI y STAI.

En cuanto a la muestra de población no clínica, a todos ellos se les administró la Técnica de la Rejilla y las dos pruebas de evaluación sintomática: BDI y STAI.

Además de estos instrumentos de evaluación, se ha utilizado un sistema de categorías de clasificación para codificar el contenido de los constructos personales derivados de la Técnica de la Rejilla.

3.2.1. La Técnica de la Rejilla (TR)

La Técnica de la Rejilla como instrumento de evaluación ya ha sido descrita anteriormente a lo largo de este trabajo, por tanto nos limitaremos a comentar el diseño de aplicación utilizado en este estudio (véase Capítulo 2, Apartado 2 de la parte teórica).

En el grupo de población clínica se ha realizado una entrevista individual y semi-estructurada en la que a partir de un cierto número de figuras significativas del mundo

interpersonal del sujeto, se pregunta por las similitudes y diferencias entre ellas para extraer sus constructos personales más relevantes. En los 33 sujetos que proceden de la UAPSMU se utiliza un mismo modelo de rejilla, en el cual los elementos vienen ya establecidos por el terapeuta (véase Apéndice B, Tabla B.1). Sin embargo, no todos los sujetos utilizan el total de elementos incorporados, la mayor parte de ellos, por ejemplo, opta por no hacer una evaluación del terapeuta. En los 10 sujetos restantes que componen el grupo de población clínica, no se utiliza un modelo de rejilla con elementos ya fijados de antemano por el terapeuta; no obstante, éste hace una propuesta similar al cliente, utilizándose también una lista de roles que incluyen personas significativas en su vida (por ejemplo, padre, madre, hermanos, pareja) incluyéndose a sí mismo (yo actual) y algunas figuras de contraste, como por ejemplo, una persona no grata o dividiendo el elemento “yo” en varios aspectos posibles, por ejemplo, “yo ideal”.

En el grupo de población no clínica la entrevista se ha realizado de forma grupal, utilizando siempre un mismo modelo de rejilla (véase Apéndice B, Tabla B.1) donde los elementos han sido establecidos por el evaluador y los constructos se obtienen preguntando por las similitudes y diferencias entre ellos. No obstante, los sujetos no han utilizado siempre el total de elementos prefijados.

Este tipo de diseño dará lugar a rejillas con diferente número de constructos y elementos para cada uno de los sujetos.

Una vez obtenidos los constructos, se aplican, uno a uno, a cada elemento mediante una escala tipo Likert de siete puntos, dando lugar a una matriz numérica susceptible de ser analizada tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

3.2.2. Sistema de Categorías de Contenido para la Codificación de Constructos Personales (SCCP)

El análisis de los resultados de la rejilla, en el nivel de contenido, se ha llevado a cabo a través del SCCP presentado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002). Un sistema de cuarenta y cinco categorías de contenido para la codificación de constructos

personales obtenidos mediante la administración de la Técnica de la Rejilla. Estas categorías están estructuradas en seis áreas básicas: moral, emocional, relacional, personal, intelectual/ operacional, y de valores/ intereses (véase Capítulo 3, apartado 4c)

3.2.3. Sistema de Categorías de Contenido para la Codificación de Constructos Personales (SCCP), modificado

La utilización de un grupo de jueces para determinar la fiabilidad del estudio, hizo constancia de la dificultad en la codificación de algunos constructos en base al sistema de categorías utilizado, proponiéndose de forma consensuada entre el investigador y los jueces unas mínimas modificaciones del SCCP (véase Apéndice C) para resolver este problema. Hemos de hacer hincapié en que la decisión de modificar el sistema de categorías no fue tomada con el objetivo de mejorar la fiabilidad de nuestro estudio, ni tampoco con el objetivo de modificar un instrumento que ya ha demostrado su validez y fiabilidad; se trata más bien, de cambios que facilitan el manejo de un instrumento de gran utilidad para la investigación.

La primera codificación de los datos se hace en base al original SCCP, proponiéndose de forma secundaria una segunda codificación de los datos utilizando estas modificaciones. De esta forma se convierte también en un instrumento de evaluación de este segundo estudio.

Comentamos brevemente las modificaciones realizadas. En el área moral, la categoría 1H (responsable-irresponsable) ha pasado al área personal (4I). En relación al área emocional no hubo un cambio de categorías, simplemente éstas quedaron mejor especificadas haciendo referencia dentro de cada categoría a constructos comúnmente utilizados y cuya asignación no quedaba claramente establecida. Lo mismo ocurre en el área relacional donde una aportación clara ha sido la introducción del constructo divertida-aburrida en la categoría 3B. En el área Intelectual/operacional la categoría 5D (concentrada-dispersa) ha pasado al área personal 4D (ordenada-caótica). Como podemos ver, en realidad, las modificaciones del sistema de categorías fueron mínimas.

3.2.4. Cuestionario de depresión de Beck (BDI):

El Cuestionario de Depresión de Beck fue diseñado en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh para evaluar la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos de la depresión. En 1975 fue adaptado y validado al castellano por Conde y Useros. Esta versión fue revisada posteriormente por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) y también fue adaptada al castellano.

La versión utilizada en este estudio corresponde a la adaptación al castellano de Conde y Useros (1975). Esta versión consta de 21 ítems y cada uno de ellos cuenta con 4 opciones de respuesta que van desde 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión); las puntuaciones del test van de 0 a 63.

Para completar el cuestionario, el sujeto debe indicar la opción que más se ajusta a su estado de ánimo y mejor describe la manera como se ha sentido en la última semana, incluido el día actual con respecto a cada afirmación. En caso de seleccionar dos alternativas dentro de un mismo grupo de afirmaciones, se elige para puntuar el test, la de valor más alto. Tras su corrección, nos proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems.

La versión de 21 ítems, no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión descritas por Bobes, G-Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño (2004) son:

- Depresión ausente o mínima: Puntuación media en el BDI de 10.9 puntos
- Depresión leve: Puntuación media de 18.7 puntos
- Depresión moderada: Puntuación media de 25.4 puntos
- Depresión grave: Puntuación media de 30 puntos.

El BDI es un instrumento de amplio uso tanto clínico como de investigación y ha demostrado a lo largo de los diferentes estudios de validación, adecuadas propiedades psicométricas. En la validación española de la prueba (Sanz & Vázquez, 1998; Vázquez & Sanz, 1997, 1999), realizada con población sana y clínica, se muestran altos niveles de consistencia interna, .83 y .90, respectivamente. Los valores del test-retest oscilan

entre .62 y .72 y los índices de validez convergente se encuentran .68 y .89; en cuanto a la validez discriminante (o divergente), en el estudio de Sanz y Vázquez (1998) se encontraron bajas correlaciones, entre .11 y .45 con distintos rasgos de ansiedad.

La decisión de utilizar este cuestionario obedece a varias razones, por un lado, el carácter otorgado desde la bibliografía científica a este inventario, siendo considerado como el de mayor uso en la clínica y en la investigación (Friedman & Thase, 1995; Vázquez & Sanz, 1995), así como el más citado (Ritterband, 1995). Por otro lado, contamos con la evidencia aportada por Ritterband y Spielberger (1996) acerca de la utilización del BDI como una medida adecuada (aunque confusa) tanto de la frecuencia como de la intensidad de la sintomatología depresiva. Y por último, hemos de comentar que esta prueba y su versión, era de carácter obligatorio en la unidad de atención psicológica al universitario de la Universidad de Salamanca, por esta razón no se ha utilizado una versión más actualizada del mismo.

En nuestro estudio, los resultados de este cuestionario no han sido utilizados como criterio diagnóstico para la muestra de población clínica, sino como una forma de evaluar la sintomatología depresiva. De tal forma que la muestra clínica tenía que cumplir los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995) para trastornos depresivos.

En relación a la muestra de población no clínica, la utilización del BDI nos ayudaría a descartar de este grupo a aquellas personas con sintomatología depresiva. Esta sintomatología sesgaría la comparación de nuestros resultados.

3.2.5. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI):

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) fue diseñado por Spielberger et al. (1970). Este cuestionario comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y la ansiedad como rasgo (R).

La ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como una condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del

sistema nervioso autonómico. La ansiedad estado puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Por otro lado, la ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Según el modelo de Eysenck y Eysenck (1985), el nivel de ansiedad que una persona experimenta en un momento concreto (estado de ansiedad), depende tanto del grado de estrés presente en la situación, como de la susceptibilidad del individuo a la ansiedad (ansiedad rasgo). De acuerdo con esta teoría, el estado de ansiedad estaría influido por el nivel de estrés situacional, mientras que el rasgo de ansiedad dependería de las características temperamentales del individuo. Por lo tanto, la ansiedad rasgo sería más estable que la ansiedad estado cuando los individuos se encontrasen en distintas situaciones que conllevaran diferentes tipos y grados de estrés o amenaza. En este sentido, las personas más ansiosas acostumbrarían a mostrar reacciones de ansiedad elevadas incluso en situaciones relativamente poco estresantes o amenazadoras.

El cuestionario consta de 40 ítems divididos en dos sub-escalas (Estado y rasgo), cada una con 20 ítems. La tarea del sujeto consiste en señalar la puntuación que refleje cómo se siente ahora mismo, en el caso de la sub-escala de estado y cómo se siente en general, la mayor parte del tiempo, para la escala de rasgo. Las respuestas se puntúan entre 0 y 3 según sea “Casi nunca”, “A veces”, “A menudo” y “Casi siempre”.

Así, la subescala A/E puede ser utilizada para determinar los niveles actuales de intensidad de la ansiedad inducidos por procedimientos experimentales cargados de tensión o estrés, o como un índice del nivel del impulso. La puntuación A/E es un índice sensible del nivel de ansiedad transitoria de los sujetos. Las características esenciales evaluadas por A/E incluyen sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Una vez obtenidas las puntuaciones directas en base a las respuestas del sujeto, utilizamos una tabla de baremos (véase Tabla 2.1) que nos indica la puntuación centil y decatipo para cada uno de los participantes. Cuando una puntuación directa no aparece expresamente indicada en la tabla, debe hacerse una interpolación y asignarle un centil o decatipo comprendido entre los correspondientes a los valores inmediatamente superior e inferior registrados.

Tabla 2.1. Baremos utilizados por el cuestionario de ansiedad estado-rasgo

Centiles	Puntuaciones directas								Decatipos
	Adolescentes				Adultos				
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	-	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	-	-	15	-	13	-	14	-	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	-	-	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	365	387	N
Media	22.35	21.30	23.28	23.42	20.54	20.19	23.30	24.99	Media
Desv. Típica	11.03	8.53	10.56	9.10	10.56	8.89	11.93	10.05	Desv. Típica

La decisión de utilizar este cuestionario obedece a varias razones, por un lado, el carácter obligatorio de éste en la unidad de atención psicológica al universitario de la Universidad de Salamanca en ese momento; por otro lado, los resultados del test nos ayudarían a descartar de nuestra muestra de población no clínica a aquellas personas que presentasen elevadas puntuaciones de ansiedad, concretamente aquellas cuyas

puntuaciones directas sobrepasan el centil setenta y cinco. En base a los resultados del Estudio 1, elevadas puntuaciones de ansiedad podrían elevar el porcentaje de constructos emocionales sesgando nuestros resultados (véase resultados del Estudio 1, en relación a un porcentaje alto de constructos emocionales en los trastornos de ansiedad).

Los datos de validación respaldan la utilización del STAI como instrumento de medida. La validación española, desarrollada por Bermúdez (1978a; 1978b), indica valores de consistencia interna para muestras, tanto clínicas como no clínicas, similares a las obtenidas en los estudios originales y que oscilan entre .82 y .92, al igual que los valores test-retest, entre .70 y .80. En la misma línea, los índices de la validez convergente y discriminante obtenidos en la adaptación española corroboran el elevado poder psicométrico de la prueba (Bermúdez, 1978a & 1978b; Iglesias, 1982; Sandín, 1981, Urraca, 1981).

3.3. Diseño

En este estudio se ha utilizado un diseño transversal de comparación entre grupos. Concretamente, la variable grupo de procedencia de la muestra, ha sido utilizada como variable independiente. Se trata de una variable cualitativa, nominal y dicotómica (grupo de población clínica y grupo de población no clínica).

Otra de las variables que ha sido utilizada es la referida al sistema de categorías utilizado para la codificación de los constructos personales obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla. Este sistema de categorías, el SCCP, tiene a su vez 6 niveles, correspondientes a sus 6 áreas temáticas. A cada una de estas áreas les ha sido asignado un número y a las subcategorías correspondientes de cada área se le ha asignado además una letra. Se trata por tanto de una variable cualitativa, nominal y policotómica.

Por otro lado, dado que han sido utilizadas dos versiones diferentes del SCCP, una versión original y otra modificada, consideramos a ésta como otra variable cualitativa, nominal y dicotómica, a cuyos niveles hemos llamado primera y segunda codificación. La primera codificación hace referencia a la utilización del sistema de categorías

original (SCCP) y la segunda codificación es aquella en la que se utiliza este mismo sistema de categorías con las modificaciones propuestas desde el desarrollo de este estudio (véase Apéndice C).

La variable dependiente de este estudio, es una variable cuantitativa, se trata de la frecuencia de constructos obtenidos en cada rejilla y en relación a cada una de las áreas y subcategorías del SCCP. Otra variable cuantitativa utilizada es la relacionada con las puntuaciones que se obtienen como resultado en los cuestionarios empleados como evaluación sintomática.

3.4. Procedimiento

Para obtener la muestra de este estudio, se emplearon un total de 151 rejillas, 43 de ellas correspondientes a la muestra de población clínica (trastornos depresivos) y 108 correspondientes a un grupo de población no clínica (estudiantes de la Universidad de Salamanca).

Para acceder a la muestra de población clínica, se estableció un convenio de colaboración con la unidad de atención psicológica al universitario de la Universidad de Salamanca (UAPSMU). Así, se ha tenido acceso a 33 sujetos que componen la muestra clínica. En el contexto de esta unidad y de forma individual para cada persona, se administraron las pruebas de evaluación sintomática utilizadas (BDI y STAI) y la Técnica de la Rejilla. Los 10 sujetos restantes que componen la muestra de población clínica proceden de los datos aportados en el Estudio 1 por psicoterapeutas constructivistas que colaboran con el Proyecto Multicéntrico Dilema (Feixas & Saúl, 2004).

Respecto a la muestra de población no clínica, se solicitó la colaboración de varios profesores de la facultad de psicología de la Universidad de Salamanca. De tal forma que utilizando alguna de sus clases prácticas se administraron los dos instrumentos de evaluación sintomática (BDI y STAI) y la Técnica de la Rejilla a 108 de sus estudiantes. Esta evaluación fue realizada de forma grupal.

Una vez obtenida la muestra, se procedió a la corrección de los cuestionarios de evaluación sintomática y se organizaron estos datos como parte de una de las variables de estudio. Concretamente estos resultados han sido utilizados como criterios de exclusión para la muestra de población no clínica. De los 108 participantes que componían la muestra de población no clínica, 40 fueron descartados como parte de nuestra muestra por elevadas puntuaciones en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), 5 por elevadas puntuaciones en el Cuestionario de Depresión de Beck y 20 fueron descartados por no completar todos los cuestionarios. Finalmente la muestra de población no clínica se reduce a 43 participantes.

Con respecto a las rejillas, se elaboró una base de datos donde se recogieron los constructos de cada una de ellas. La muestra total de constructos fue de 1232, concretamente 655 constructos de población clínica y 577 constructos de población no clínica. Utilizando el SCCP, esta muestra de constructos fue agrupada en categorías de acuerdo con sus áreas temáticas. Para clasificar un constructo siempre se ha tenido en cuenta el significado global que transmiten las etiquetas empleadas para describir cada uno de sus polos, de tal manera que la etiqueta del segundo polo matiza y concreta el significado transmitido por la etiqueta del polo emergente. Sin embargo, se ha incluido también la posibilidad de una doble codificación para constructos cuyos polos se clasificarían en categorías diferentes y que no permiten la deducción de un significado conjunto correspondiente a una única categoría. La doble codificación dará lugar a un número mayor de constructos codificados.

Una vez que todos los constructos fueron agrupados por áreas y categorías, se realizan los cálculos correspondientes a la frecuencia y porcentaje de constructos que cada subgrupo que compone la muestra presenta en cada una de las áreas y categorías del SCCP. Con esta ordenación de los datos se procede a los análisis de comparación entre los grupos.

Para determinar la fiabilidad del estudio se empleó el método de acuerdo entre jueces. Cinco psicólogos, diferentes a los que habían participado en el Estudio 1, recibieron un breve entrenamiento en el que se les explicó el proceso de codificación con el SCCP y codificaron independientemente la misma muestra de constructos que ha sido utilizada en el estudio (1232 constructos). El entrenamiento consistió en un curso

presencial de 4 horas que fue realizado de forma grupal con todos los jueces. En este curso, se les explicó el proceso de codificación con el SCCP, siempre ocultando los objetivos de la investigación. Posteriormente, de forma individual, cada uno de ellos codificó la muestra de constructos.

Estas codificaciones fueron recogidas por el investigador principal, se elaboró una base de datos y se agruparon los constructos en función de las áreas y categorías del SCCP. Posteriormente, se realizan los cálculos correspondientes a la frecuencia y porcentaje de constructos que cada subgrupo que compone la muestra presenta en cada una de las áreas y categorías del SCCP. Con esta ordenación de los datos se procede a los análisis de comparación entre los jueces y el investigador principal.

Una vez realizados estos análisis comparativos, se hizo una puesta en común del trabajo llevado a cabo entre el investigador y los jueces, aquí, se hizo constar la dificultad que cada uno de ellos en su trabajo individual había observado respecto a la codificación de algunos constructos en base al sistema de categorías utilizado, proponiendo llegar a un consenso grupal respecto a algunas modificaciones de este sistema de categorías que facilitasen la clasificación de los constructos.

Tras consensuar estas modificaciones entre los jueces y el investigador (véase Apéndice C) se propuso una segunda codificación por parte tanto del investigador como de los jueces. Los 1232 constructos fueron nuevamente codificados en base a la nueva versión del SCCP. Una vez codificados, los datos fueron agrupados por el investigador en función de las distintas áreas y categorías, obteniéndose datos en términos de frecuencias y porcentajes que facilitarían los análisis comparativos.

En este momento se añade una tercera hipótesis en este estudio: El acuerdo entre jueces será superior en la segunda codificación que en la primera. La confirmación de esta hipótesis validaría los cambios realizados en el sistema de categorías, pero serían necesarias nuevas investigaciones que confirmasen estos resultados.

Para la realización de los análisis estadísticos, se consultó con varios metodólogos sobre los posibles análisis a realizar, incluyendo aquellos que nos dieran información sobre la fiabilidad del estudio y el grado de significación de los datos.

3.5. Análisis de los datos

Los primeros análisis estadísticos que se realizan son análisis descriptivos. Para ello, los datos de la muestra son ordenados de acuerdo con sus características (edad, sexo y grupo al que pertenece) y posteriormente son analizados a través de distintos estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje, media y desviación típica). Se utiliza el paquete informático SPSS® para Windows (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 15.01 (SPSS, 2006) para la realización de los análisis estadísticos. En primer lugar, se realiza un contraste de medias mediante la prueba t para muestras independientes para comparar la edad de las dos muestras (grupo de población clínica y no clínica).

En la siguiente fase de análisis se incluyen datos sobre la evaluación sintomática. Se procede a la corrección de los 302 cuestionarios (BDI y STAI) obtenidos y se analizan sus resultados. El objetivo de este análisis es excluir de la muestra de población no clínica a aquellas personas que presentan sintomatología depresiva o ansiedad. Respecto a la población clínica, nos aportará información sobre su sintomatología, variable que podría ser utilizada en futuras investigaciones.

Los siguientes datos analizados corresponden a los constructos y elementos que cada sujeto ha empleado en la Técnica de la Rejilla. Los constructos de cada rejilla son agrupados en base a su área temática y categoría, utilizando el SCCP. Para facilitar la ordenación de estos datos se utiliza en primer lugar el programa Excel (Office 2007) elaborándose una base de datos que incluye información sobre todas las variables utilizadas. Se realiza un contraste de medias mediante la prueba t para muestras independientes para comparar el número de constructos y de elementos de las dos muestras (clínica y no clínica).

Otra de las pruebas estadísticas utilizadas en este estudio se encuentran el cálculo de frecuencias y porcentajes en relación a la codificación de los constructos personales obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla y en base al SCCP elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002).

Para determinar la fiabilidad del estudio se utilizaron cinco jueces que repitieron el mismo proceso de codificación que el investigador y se analizó en qué medida estaban

o no de acuerdo en su codificación. En relación a estos datos recogidos de los jueces, se llevaron a cabo varios análisis. En primer lugar, se analizaron las frecuencias y porcentajes obtenidos por cada juez en cada uno de los grupos de estudio; posteriormente, se analizaron las correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez en cada uno de los grupos de estudio; y finalmente se utilizó el índice de concordancia Kappa (sobre este índice véase Estudio 1, apartado 3.4).

Dado que el trabajo con los jueces dio lugar a una modificación del sistema de categorías utilizado (SCCP), se realiza una segunda codificación tanto por parte del investigador como de los jueces. Los resultados de esta segunda codificación son sometidos a los mismos análisis que la anterior: cálculo de frecuencias y porcentajes obtenidos por el investigador y por los jueces; correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez y el índice de concordancia Kappa.

Por último, con la finalidad de contrastar si los dos grupos de estudio se diferencian entre sí con respecto a la distribución del contenido de los constructos en las áreas del SCCP, se realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba χ^2 (ji-cuadrado) entre ambos grupos (sobre esta prueba véase Estudio 1, apartado 3.4). En el análisis de estos datos se han utilizado los datos de la segunda codificación llevada a cabo por el investigador y se ha tenido en cuenta que el valor ji-cuadrado puede calcularse siempre y cuando, no exista ninguna celdilla con frecuencias teóricas iguales a cero y que el número de celdillas con frecuencias teóricas inferiores a cinco no supere el veinte por ciento del número total de celdillas, en tal caso se efectuará la corrección de Yates. Los resultados de estos análisis determinarán si las diferencias encontradas son o no significativas.

4. RESULTADOS

Los primeros resultados obtenidos fueron en relación a las pruebas de evaluación sintomática (BDI y STAI). En base a estos resultados, se excluyeron 65 participantes del grupo de población no clínica. Los resultados de estas pruebas respecto a los sujetos que componen finalmente la muestra aparecen detallados en la Tabla 2.2

Tabla 2.2. Resultados de las pruebas de evaluación sintomática en población clínica y no clínica

Muestra de población clínica			Muestra de población no clínica		
Código cliente	Beck	STAI (E-R)	Código	Beck	STAI (E-R)
C001	35	69-99	N01	2	25-15
C002	35	78-99	N02	0	25-30
C003	30	78-99	N03	4	25-11
C004	22	63-87	N04	2	10-1
C005	34	84-96	N05	1	8-30
C006	18	65-91	N06	3	23-33
C007	10	78-70	N07	2	5-1
C008	17	55-80	N08	0	20-4
C009	10	60-73	N09	0	3-3
C010	19	87-96	N10	1	8-10
C011	7	25-4	N11	0	3-1
C012	20	80-98	N12	2	8-1
C013	23	92-99	N13	7	30-33
C014	24	85-87	N14	2	8-30
C015	18	77-89	N15	0	4-5
C016	37	92-99	N16	1	30-33
C017	32	89-96	N17	0	4-2
C018	8	35-60	N18	1	7-20
C019	20	69-99	N19	3	7-2
C020	6	70-40	N20	6	25-20
C021	13	82-94	N21	0	15-1
S001	41	96-96	N22	6	25-17
S002	14	60-84	N23	1	25-3
S003	22	30-99	N24	4	25-5
S004	18	84-89	N25	0	20-4
S005	13	70-97	N26	0	5-20
S006	37	94-99	N27	0	8-3
S007	6	67-1	N28	0	10-17
S008	6	47-75	N29	5	4-4
S009	28	67-94	N30	3	11-10
S010	35	78-87	N31	2	4-11
S011	7	23-77	N32	1	11-11
S012	26	44-41	N33	1	10-5
De los 10 casos restantes no se cuentan con pruebas de evaluación. Corresponden a rejillas aportadas por otros terapeutas que se usaron también en el primer estudio. Todos ellos diagnosticados como trastornos depresivos mayores (véase Estudio 1)			N34	1	10-17
			N35	2	23-1
			N36	0	15-11
			N37	3	8-5
			N38	5	25-15
			N39	5	11-11
			N40	1	30-25
			N41	1	4-15
			N42	0	15-11
			N43	0	23-11

Tal y como se advierte en la Tabla 2.2, algunos de los clientes asignados a la muestra de población clínica cuentan con puntuaciones en el BDI inferiores a la media de 10.9. Este valor fue el asignado como depresión mínima o ausente por Bobes et al. (2004). Sin embargo, se han tenido en cuenta sus datos ya que cumplen los criterios diagnósticos del DSM IV (APA, 1994/1995) para los trastornos depresivos. Se recuerda que la utilización de este cuestionario (BDI) es simplemente como método para justificar la presencia o ausencia de ciertos síntomas depresivos, no como instrumento de diagnóstico. Por otra parte, la posibilidad de contar con puntuaciones diferentes de BDI entre los distintos clientes de la muestra, nos aportará datos comparativos de interés para futuras investigaciones.

Respecto al análisis de los datos correspondientes a la Técnica de la Rejilla, los primeros resultados se refieren al número de constructos elicitados y elementos utilizados. La muestra total de constructos fue de 1232; concretamente 665 constructos de población clínica y 577 constructos de población no clínica; encontrándose diferencias significativas entre el número de constructos obtenidos en cada grupo; $t(84) = 3.985, p = .000$. La media de constructos empleados en el grupo de población clínica es de 15.23, con una desviación típica de 1.998. En el grupo de población no clínica la media de constructos es de 13.42, con una desviación típica de 2.217. Véase Apéndice A, Tabla A.5.

La muestra total de elementos fue de 1178; concretamente 587 elementos en la población clínica y 591 en el grupo de población no clínica. Aunque el número de elementos es ligeramente superior en el grupo de población no clínica, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos; $t(84) = -0.538, p = .592$. La medida de elementos utilizados en los dos grupos de estudio ha sido de 14, con una desviación típica de 0.948 en el grupo de población clínica y de 0.621 en el grupo de población no clínica. Véase Apéndice A, Tabla A.5

En el análisis de nuestros resultados observamos como el número de constructos codificados ha sido superior al número de constructos elicitados. Este resultado está relacionado con la posible doble codificación de los constructos. De tal forma que el total de constructos codificados ha sido de 1284, 693 constructos de la muestra de población clínica y 591 constructos codificados en la muestra de población no clínica.

Los resultados de la codificación de los constructos realizada por el investigador principal, en base a los sistemas de categorías utilizados y para cada uno de los grupos de estudio, se presentan en la Tabla 2.3 en términos de frecuencias y porcentajes. Se recuerda al lector que cuando se habla de primera codificación nos referimos a la codificación en la que se ha utilizado el SCCP originalmente elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002); mientras que, por segunda codificación, nos referimos a la segunda codificación de los constructos personales en la que se ha utilizado el sistema de categorías modificado por los jueces y el investigador.

Tabla 2.3. *Resultados del investigador principal*

		PRIMERA CODIFICACIÓN (con el sistema de categorías original)				SEGUNDA CODIFICACIÓN (con modificaciones del sistema de categorías)				
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión)		POBLACIÓN NO CLÍNICA		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión)		POBLACIÓN NO CLÍNICA		
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
ÁREA 1	1A	23	15.97	37	22.84	17	14.78	29	21.97	
	1B	48	33.33	37	22.84	55	47.83	42	31.82	
	1C	10	6.94	15	9.26	9	7.83	16	12.12	
	1D	8	5.56	5	3.09	10	8.70	6	4.55	
	1E	2	1.39	8	4.94	3	2.61	10	7.58	
	1F	19	13.19	26	16.05	19	16.52	26	19.70	
	1G	1	0.69	1	0.62	1	0.87	1	0.76	
	1H	30	20.83	31	19.14	1	0.87	2	1.52	
	1O	3	2.08	2	1.23	Total				
	Total		144	20.78	162	27.41	115	16.69	132	22.30
ÁREA 2	2A	19	9.95	5	3.91	2A	17	9.19	5	4.42
	2B	43	22.51	35	27.34	2B	45	24.32	38	33.63
	2C	19	9.95	12	9.38	2C	53	28.65	30	26.55
	2D	55	28.80	34	26.56	2D	55	29.73	36	31.86
	2E	55	28.80	42	32.81	2E	15	8.11	4	3.54
	2F	0	0.00	0	0.00	2F	0	0.00	0	0.00
	2O	0	0.00	0	0.00	2O	0	0.00	0	0.00
	Total		191	27.56	128	21.66	Total			
Total		191	27.56	128	21.66	185	26.85	113	19.09	
ÁREA 3	3A	57	32.76	50	32.26	3A	55	31.43	49	27.68
	3B	26	14.94	40	25.81	3B	36	20.57	65	36.72
	3C	7	4.02	5	3.23	3C	5	2.86	5	2.82
	3D	16	9.20	12	7.74	3D	18	10.29	12	6.78
	3E	13	7.47	8	5.16	3E	11	6.29	4	2.26
	3F	26	14.94	9	5.81	3F	22	12.57	8	4.52
						3G	4	2.29	2	1.13

	3G	5	2.87	2	1.29		3H	16	9.14	22	12.43
	3H	15	8.62	20	12.90		3I	6	3.43	9	5.08
	3I	9	5.17	9	5.81		3O	2	1.14	1	0.56
	3O	0	0.00	0	0.00		Total	175	25.40	177	29.90
Total	174	25.11	155	26.23	ÁREA 4	4A	29	19.21	20	16.00	
ÁREA 4	4A	29	23.58	21		21.21	4B	21	13.91	14	11.20
	4B	20	16.26	13		13.13	4C	21	13.91	25	20.00
	4C	20	16.26	25		25.25	4D	14	9.27	16	12.80
	4D	15	12.20	16		16.16	4E	5	3.31	4	3.20
	4E	4	3.25	1		1.01	4F	14	9.27	10	8.00
	4F	14	11.38	12		12.12	4G	5	3.31	4	3.20
	4G	3	2.44	3		3.03	4H	10	6.62	2	1.60
	4H	12	9.76	2		2.02	4I	26	17.22	25	20.00
	4O	6	4.88	6		6.06	4O	6	3.97	5	4.00
Total	123	17.75	99	16.75	Total	151	21.92	125	21.11		
ÁREA 5	5A	4	14.29	2	6.25	ÁREA 5	5A	6	23.08	2	6.45
	5B	10	35.71	12	37.50		5B	10	38.46	13	41.94
	5C	13	46.43	11	34.38		5C	9	34.62	9	29.03
	5D	0	0.00	0	0.00		5D	1	3.85	4	12.90
	5E	1	3.57	5	15.63		5E	0	0.00	3	9.68
	5F	0	0.00	2	6.25		5O	0	0.00	0	0.00
	5O	0	0.00	0	0.00	Total	26	3.77	31	5.24	
	Total	28	4.04	32	5.41	ÁREA 6	6A	21	56.76	9	64.29
ÁREA 6	6A	18	54.55	10	66.67		6B	16	43.24	4	28.57
	6B	15	45.45	5	33.33		6O	0	0.00	1	7.14
	6O	0	0.00	0	0.00		Total	37	5.37	14	2.36
Total	33	4.76	15	2.54							

Nº Constructos

693

591

Nº Constructos 689

592

En la Tabla 2.3 observamos un primer dato de interés, la primera codificación donde se utilizó el Sistema de Categorías de Contenido presentado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002), el total de constructos codificados por el investigador fue de 1284; sin embargo, en la segunda codificación donde se utilizó el mismo sistema de categorías con una serie de modificaciones, el total constituyó una suma de 1281 constructos, de ellos 689 pertenecían al grupo de población clínica y 592 constructos pertenecían al grupo de población no clínica. La diferencia del total de constructos se debe a la posible doble codificación; cuando en un constructo cada polo es codificado en dos categorías diferentes, la frecuencia total se ve modificada, ya que

aún siendo el mismo constructo, se contabilizan doblemente, atendiendo a los diferentes significados de sus polos.

Para facilitar una mejor interpretación de los resultados presentamos la Tabla 2.4 donde aparecen únicamente los porcentajes de codificación por áreas de cada uno de los grupos de estudio; en relación a la primera codificación (usando el original SCCP) y segunda codificación (usando el SCCP modificado).

Tabla 2.4. *Tabla resumen de los resultados del investigador principal*

	Población clínica		Población no clínica	
	Primera codificación	Segunda codificación	Primera codificación	Segunda codificación
Área Moral	20.78%	16.69%	27.41%	22.30%
Área Emocional	27.56%	26.85%	21.66%	19.09%
Área Relacional	25.11%	25.40%	26.23%	29.90%
Área Personal	17.75%	21.92%	16.75%	21.11%
Área Intelectual/ operacional	4.04%	3.77%	5.41%	5.24%
Área Valores e Intereses	4.76%	5.37%	2.54%	2.36%

Los resultados de la Tabla 2.4 señalan cómo área más codificada en los trastornos depresivos, el área emocional; manteniéndose estos resultados incluso después de la modificación del sistema de categorías. Sin embargo, en la muestra de población no clínica, se advierten diferencias entre la utilización del original SCCP y su versión modificada. Utilizando el original sistema de categorías, se obtiene un mayor porcentaje de constructos en el área moral; mientras que, tras su modificación encontramos un mayor porcentaje de constructos en el área relacional. Los resultados de la segunda codificación son consistentes con los resultados del Estudio 1 y como veremos en el próximo apartado sobre fiabilidad, la utilización de la versión modificada del SCCP, condujo a un mayor acuerdo entre los jueces (véase Tabla 2.18).

Con la finalidad de estudiar si estas diferencias encontradas entre los dos grupos son o no significativas se realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba χ^2 (ji-

cuadrado). Este análisis se realiza con los resultados de codificación en base al sistema de categorías modificado. Véase Tabla 2.5.

Tabla 2. 5. Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos

		Área						Total
		Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual, operacional	Valores e intereses	
Depresión	Fr.	115	185	175	151	26	37	689
	Fr. esperada	132.9	160.3	189.3	148.4	30.7	27.4	689,0
	% de Área	46.6%	62.1%	49.7%	54.7%	45.6%	72.5%	53,8%
	R. C.	-2.5	3.3	-1.8	.3	-1.3	2.7	
No clínica	Fr.	132	113	177	125	31	14	592
	Fr. esperada	114.1	137.7	162.7	127.6	26.3	23.6	592,0
	% de Área	53.4%	37.9%	50.3%	45.3%	54.4%	27.5%	46,2%
	R. C.	2.5	-3.3	1.8	-.3	1.3	-2.7	
Total	Recuento	247	298	352	276	57	51	1281

Nota. RC.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

Los resultados del análisis de la Tabla 2.5 indican que existen diferencias altamente significativas $\chi^2 (5, 1281) = 24.634, p = .000$. El valor $p = .000$ que se compara con el alfa de significación (asumido como 5%), nos permite rechazar la hipótesis nula (independencia entre las variables). No se ha aplicado en este caso la corrección de Yates, ya que no aparecen celdillas con frecuencias teóricas inferiores a cinco.

Atendemos al valor de los residuos corregidos (RC) de la Tabla 2.7 identificando los que superan 1.96 ($\alpha = 0.05$), para conocer las áreas concretas a las que se debe tal diferencia. Del examen de estos valores se pueden obtener las siguientes consideraciones: a) Como se esperaba, la máxima diferencia en la distribución del contenido de los constructos (DCC) se encuentra en el área emocional, siendo la muestra clínica la que presenta un mayor porcentaje de constructos en este área. b) Son también significativas las diferencias encontradas en el área de valores e intereses, siendo igualmente la muestra clínica la que presenta un mayor porcentaje de constructos en esta área. c) En cambio, el grupo de población no clínica presenta un número mayor de constructos de tipo moral en comparación a los sistemas de construcción de la muestra clínica. d) No se encontraron diferencias significativas en el

uso de constructos de tipo relacional entre la muestra clínica y no clínica; sin embargo, se puede observar cierta tendencia de la muestra no clínica a elaborar sus sistemas de construcción con un mayor número de constructos pertenecientes al área relacional.

Se efectúa un segundo nivel de análisis en el que se contrastan las categorías de contenido dentro de cada área temática. En primer lugar este análisis se efectúa a nivel descriptivo en relación al área emocional, siendo ésta la que presenta un mayor porcentaje de constructos en la muestra de población clínica de estudio. Como ya se ha mencionado anteriormente, los resultados referentes a la mayor codificación en el área emocional en los trastornos depresivos, se mantienen incluso después de la modificación del sistema de categorías; sin embargo, entre la primera y segunda codificación se observan diferencias entre los porcentajes correspondientes a cada una de las categorías del área emocional (véase tabla 2.6)

Tabla 2.6. *Tabla resumen de los resultados del investigador principal en el área emocional*

		Primera codificación		Segunda codificación	
		P. Clínica (tr.depresivos)	No clínica	P. Clínica (tr.depresivos)	No clínica
		%	%	%	%
ÁREA 2: Emocional	2A: visceral-racional	9.95	3.91	9.19	4.42
	2B: cálida-fría. sensible-insensible	22.51	27.34	24.32	33.63
	2C: optimista-pesimista	9.95	9.38	28.65	26.55
	2D: equilibrada-desequilibrada	28.80	26.56	29.73	31.86
	2E: emociones concretas	28.80	32.81	8.11	3.54
	2F: sexualidad	0.00	0.00	0.00	0.00
	2O: otros	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		27.56	21.66	26.85	19.09

Analizando descriptivamente los resultados de la Tabla 2.6 observamos como las mayores diferencias entre la primera y segunda codificación se producen en las categorías 2C (optimista-pesimista) y 2E (emociones concretas). Es posible que la

codificación en el área 2E descienda significativamente porque en ella se incluían antes emociones que también podrían encajar en otras de las categorías; al modificar el sistema de categorías (véase Apéndice C) e incluir ejemplos específicos de este tipo de constructos que daban lugar a confusión, la codificación se puede ver alterada. Por ejemplo, *alegre-triste* o *contenta-triste* son constructos que aparecen con mucha frecuencia y que se especificaban como emociones concretas en la categoría 2E, sin embargo tanto los jueces como el investigador dudaban en la posibilidad de encasillarse en la categoría 2C, algo similar ocurre con el constructo *ilusionada-apagada*. En la modificación del sistema de categorías se han incluido en la categoría 2C (optimista-pesimista) constructos como *vital-apagada*, *ilusionada-desilusionada*, *feliz-infeliz*, *alegre-triste*, etc. La modificación del sistema de categorías en este sentido ha llevado a un mayor acuerdo entre los jueces (como veremos en el próximo apartado sobre la fiabilidad del estudio, véase Tabla 2.18) y a una mayor codificación en la categoría 2C. Otro constructo que provocaba dudas y que también aparece frecuentemente es *divertida-aburrida*, codificado por algunos en el área emocional (2E), otros en el área relacional (3B) y otros en el área personal (4B). Como veremos más adelante, su asignación al área relacional (3B) puede ser otra de las causas que reduzcan el porcentaje de codificación de la categoría 2E. No obstante, el mayor porcentaje dentro del área emocional (en la segunda codificación) corresponde a la categoría 2D en la población clínica (trastornos depresivos). La categoría 2D (equilibrada-desequilibrada) incluye constructos como *tranquila*, *relajada*, *calmada*, *paciente*, *nerviosa*, *impaciente* con diferentes combinaciones en sus polos.

Con la finalidad de realizar un examen más detallado de las diferencias encontradas en el área emocional, se ha realizado una prueba χ^2 (ji-cuadrado) entre la distribución del contenido de los constructos que los dos grupos mostraron en las categorías intra-área. Los resultados de esta prueba no indican diferencias significativas en la distribución de sus constructos $\chi^2(4, 298) = 6.849, p = .144$. En esta área no se hallan frecuencias esperadas inferiores a cinco, por lo tanto no se aplica la Corrección de Yates. Véase Tabla 2.7

Tabla 2. 7. Prueba χ^2 (ji-cuadrado) en las categorías del área emocional

		Categorías					Total
		2A	2B	2C	2D	2E	
Depresión	Fr.	17	45	53	55	15	185
	Fr. esperada	13.7	51.5	51.5	56.5	11.8	185.0
	%	77.3%	54.2%	63.9%	60.4%	78.9%	62.1%
No clínica	R. C.	1.5	-1.7	.4	-.4	1.6	
	Fr.	5	38	30	36	4	113
	Fr. esperada	8.3	31.5	31.5	34.5	7.2	113.0
	%	22.7%	45.8%	36.1%	39.6%	21.1%	37.9%
	R. C.	-1.5	1.7	-.4	.4	-1.6	
Total	Recuento	22	83	83	91	19	298

Nota. RC.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada.

Se anulan las categorías 2F y 2O por tener frecuencias iguales a cero.

Se realiza también un análisis descriptivo de las categorías del área relacional, siendo ésta la que presenta un mayor porcentaje de constructos en la muestra de población no clínica. Véase Tabla 2.8.

Tabla 2.8. Tabla resumen de los resultados del investigador principal en el área relacional

		Primera codificación		Segunda codificación	
		P. Clínica (tr.depresivos)	No clínica	P. Clínica (tr.depresivos)	No clínica
		%	%	%	%
ÁREA 3: Relacional	3A: Extrovertida-introvertida	32.76	32.26	31.43	27.68
	3B: Agradable-desagradable	14.94	25.81	20.57	36.72
	3C: Directa-retorcida	4.02	3.23	2.86	2.82
	3D: Tolerante-autoritaria	9.20	7.74	10.29	6.78
	3E: Conformista-rebelde	7.47	5.16	6.29	2.26
	3F: Dependiente-independiente	14.94	5.81	12.57	4.52
	3G: Pacífica-agresiva	2.87	1.29	2.29	1.13
	3H: Comprensiva-no comprensiva	8.62	12.90	9.14	12.43
	3I: Confiada-suspica	5.17	5.81	3.43	5.08
	3O: Otros	0.00	0.00	1.14	0.56
	Total		25.11	26.23	25.40

Los resultados de la Tabla 2.8 muestran un aumento del porcentaje de codificación en la categoría 3B en la segunda codificación, éste puede deberse a que la categoría ha sido más especificada (a través de ejemplos concretos) en la modificación del sistema de categorías. Usando el primer sistema de categorías aparecían con elevada frecuencia constructos que traían dificultades tanto al investigador como a los jueces en su codificación. Nos referimos a constructos como *divertida-aburrida* o *graciosa-aburrida*. El primer sistema de categorías podía llevar a codificar estos constructos bien en el área relacional (3B), en el área personal (4B) o incluso en el área emocional (2E). En la modificación del sistema de categorías se especifica la diferencia entre: *divertida-aburrida* (como perteneciente a la categoría 3B, ya que resulta divertida de cara a los otros) y *sabe divertirse* (como perteneciente a la categoría 4B, como una característica personal). La modificación del sistema de categorías en este sentido, trajo consigo por tanto un aumento del porcentaje de constructos en la categoría 3B y un descenso del porcentaje correspondiente a la categoría 4B (véase Tabla 2.3) y 2E (véase Tabla 2.6).

Con la finalidad de realizar un examen más detallado de las diferencias encontradas en el área relacional, se ha realizado una prueba χ^2 (ji-cuadrado) entre la distribución del contenido de los constructos que los dos grupos mostraron en las categorías intra-área. El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates, ha sido $\chi^2(9, 352) = 23.04$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 9 grados de libertad es 16.92, el valor obtenido de 23.04 es superior, por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias son significativas.

Se aplica en este caso la prueba χ^2 (ji-cuadrado) sin la corrección de Yates, para analizar a qué categorías se debe tal diferencia (véase Tabla 2.9). Los resultados también indican diferencias significativas en el área relacional, $\chi^2(9, 352) = 22.21$, $p = .008$. Del examen de los valores de la Tabla 2.9 se pueden obtener las siguientes consideraciones: a. La máxima diferencia en la distribución del contenido de los constructos entre ambos grupos y respecto al área relacional se encuentra en la categoría 3B (agradable-desagradable), siendo la muestra no clínica la que presenta un mayor porcentaje de constructos en esta categoría. b. Le siguen las diferencias

encontradas en la categoría 3F y posteriormente 3E, siendo la muestra clínica la que presenta mayores porcentajes en estas categorías.

Tabla 2. 9. Frecuencia de constructos, porcentaje por categorías y residuos corregidos del área relacional

		Categorías										Total
		3A	3B	3C	3D	3E	3F	3G	3H	3I	3O	
Depresión	Fr.	55	36	5	18	11	22	4	16	6	2	175
	Fr. esperada	51.7	50.2	5.0	14.9	7.5	14.9	3.0	18.9	7.5	1.5	175.0
	%	52.9	35.6	50	60	73.3	73.3	66.7	42.1	40	66.7	49.7
	R. C.	.8	-3.3	.0	1.2	1.9	2.7	.8	-1.0	-.8	.6	
No clínica	Fr.	49	65	5	12	4	8	2	22	9	1	177
	Fr. esperada	52.3	50.8	5.0	15.1	7.5	15.1	3.0	19.1	7.5	1.5	177.0
	%	47.1	64.4	50	40	26.7	26.7	33	57.9	60	33.3	50.3
	R. C.	-.8	3.3	.0	-1.2	-1.9	-2.7	-.8	1.0	.8	-.6	
Total	Recuento	104	101	10	30	15	30	6	38	15	3	352

Nota. RC.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

Con la finalidad de contrastar las categorías de contenido dentro de las restantes áreas temáticas y realizar un examen más detallado de las diferencias entre el grupo de población clínica y no clínica, se efectúan pruebas χ^2 (ji-cuadrado) entre la distribución del contenido de los constructos que los dos grupos mostraron en las categorías intra-área. En todos los análisis se ha aplicado la corrección de Yates ya que nos encontramos con frecuencias esperadas inferiores a cinco.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área moral ha sido $\chi^2 (7, 247) = 13.07$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 7 grados de libertad es 14.07, el valor obtenido de 13.07 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área personal ha sido $\chi^2 (9, 276) = 8.14$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 9 grados de libertad es 16.92, el valor obtenido de 8.14 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área intelectual/operacional ha sido $\chi^2(4, 57) = 7.71$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 4 grados de libertad es 9.49, el valor obtenido de 7.71 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área valores e intereses ha sido $\chi^2(2, 51) = 3.13$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 2 grados de libertad es 5.99, el valor obtenido de 3.13 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

Los resultados comentados han sido tan sólo algunas de las posibles observaciones extraídas. Estos datos podrían ser utilizados en posteriores investigaciones para análisis más concretos y detallados.

5. FIABILIDAD DEL ESTUDIO

Para determinar la fiabilidad del estudio se ha empleado el método de acuerdo entre jueces. Cinco psicólogos recibieron un breve entrenamiento que consistió en un curso presencial de cuatro horas en el que se les explicó el proceso de codificación con el SCCP. Posteriormente estos jueces codificaron de forma independiente la misma muestra de constructos (1232 constructos) que ha sido utilizada en el estudio. Como ya hemos comentado anteriormente la puesta en común del trabajo realizado entre el investigador y los jueces hizo constar la dificultad en la codificación de algunos constructos en base al sistema de categorías utilizado, siendo necesarias sólo unas mínimas modificaciones en el sistema de categorías para resolver tal problema. Tras consensuar estas modificaciones entre los jueces y el investigador (véase Apéndice C), se propone una segunda codificación, por parte tanto del investigador como de los jueces. Un accidente de tráfico impide a uno de los jueces (juez 2) participar en la segunda codificación.

Las Tablas 2.10 y 2.11 muestran los resultados por áreas obtenidos por los jueces en la primera codificación, usando el sistema de categorías elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002).

Tabla 2.10. Resultados del investigador y los jueces en la primera codificación de la población clínica

PRIMERA CODIFICACIÓN de investigador y jueces												
POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión)												
	Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Área 1	144	20.78	131	19.55	120	18.05	150	20.89	142	21.13	145	21.08
Área 2	191	27.56	182	27.16	179	26.92	182	25.35	177	26.34	177	25.73
Área 3	174	25.11	164	24.48	177	26.62	183	25.49	170	25.30	164	23.84
Área 4	123	17.75	129	19.25	136	20.45	139	19.36	126	18.75	139	20.20
Área 5	28	4.04	30	4.48	21	3.16	25	3.48	23	3.42	26	3.78
Área 6	33	4.76	34	5.07	32	4.81	39	5.43	34	5.06	37	5.38
Nº Constructos	693		670		665		718		672		688	

Tabla 2.11. Resultados del investigador y los jueces en la primera codificación de la población no clínica

PRIMERA CODIFICACIÓN de investigador y jueces												
POBLACIÓN NO CLÍNICA												
	Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Área 1	162	27.41	161	26.83	141	24.48	159	26.81	154	26.42	157	27.07
Área 2	128	21.66	123	20.50	116	20.14	109	18.38	111	19.04	109	18.79
Área 3	155	26.23	174	29.00	161	27.95	180	30.35	168	28.82	171	29.48
Área 4	99	16.75	99	16.50	117	20.31	98	16.53	105	18.01	104	17.93
Área 5	32	5.41	29	4.83	26	4.51	28	4.72	32	5.49	26	4.48
Área 6	15	2.54	14	2.33	15	2.60	19	3.20	13	2.23	13	2.24
Nº Constructos	591		600		576		593		583		580	

La Tablas 2.12 y 2.13 muestran los resultados por áreas obtenidos por los jueces en la segunda codificación, usando el sistema de categorías modificado (para modificaciones véase Apéndice C).

Tabla 2.12. Resultados del investigador y los jueces en la segunda codificación de la población clínica

SEGUNDA CODIFICACIÓN										
POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión)										
	Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Área 1	115	16.69	113	16.40	114	16.43	113	16.52	113	16.31
Área 2	185	26.85	186	27.00	188	27.09	186	27.19	188	27.13
Área 3	175	25.40	173	25.11	177	25.50	172	25.15	173	24.96
Área 4	151	21.92	152	22.06	152	21.90	150	21.93	152	21.93
Área 5	26	3.77	28	4.06	25	3.60	26	3.80	27	3.90
Área 6	37	5.37	37	5.37	38	5.48	37	5.41	40	5.77
Nº Constructos	689		689		694		684		693	

Tabla 2. 13. Resultados del investigador y los jueces en la segunda codificación de población no clínica

SEGUNDA CODIFICACIÓN										
POBLACIÓN NO CLÍNICA										
	Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Área 1	132	22.30	131	22.17	132	22.26	129	21.83	125	21.08
Área 2	113	19.09	114	19.29	113	19.06	113	19.12	116	19.56
Área 3	177	29.90	175	29.61	176	29.68	174	29.44	179	30.19
Área 4	125	21.11	126	21.32	127	21.42	129	21.83	128	21.59
Área 5	31	5.24	31	5.25	31	5.23	32	5.41	31	5.23
Área 6	14	2.36	14	2.37	14	2.36	14	2.37	14	2.36
Nº Constructos	592		591		593		591		593	

Los resultados de las Tablas 2.10-2.13 muestran a nivel descriptivo bastante concordancia entre los jueces y el investigador principal; no obstante, se observan también ciertas discrepancias. En el grupo de población clínica, tanto el investigador como los jueces (excepto uno), estaban de acuerdo en la primera codificación, en que el

mayor porcentaje de constructos correspondía al área emocional. La excepción del juez 3 desaparece en la segunda codificación. En el grupo de población no clínica, todos los jueces coincidían en un mayor porcentaje de constructos en el área relacional, la única discrepancia que se refleja es en la primera codificación del investigador, pero ésta desaparece tras la modificación del sistema de categorías. Una de las dificultades abordadas en este caso, se debía a constructos de dudosa codificación, como *responsable-irresponsable*, este constructo aparecía como perteneciente al área moral (1H) en el original sistema de categorías; sin embargo, creaba dudas y era en ocasiones codificado en el área personal. Su asignación final al área personal como una categoría nueva (4I) redujo las diferencias entre el investigador y los jueces en la codificación. Por esta razón, y dada la frecuente aparición del constructo, el área moral reduce su porcentaje en la segunda codificación y aumenta en el área personal (véanse comparativamente Tablas 2.10 - 2.12 y 2.11 - 2.13).

Los resultados obtenidos en el nivel de categorías, en cada una de las áreas y en cada uno de los jueces, nos aportan mayor información sobre la fiabilidad de nuestro estudio. Debido a su extensión, el contenido completo de estos datos se aporta como Anexo (véase Apéndice E, Tablas E1 - E4). Nos limitaremos aquí a comentar los resultados en relación al área emocional, por ser el área donde se muestran diferencias más significativas entre la muestra de población clínica y no clínica; y el área relacional, ya que ha sido el único área donde se han encontrado diferencias significativas a nivel de sus categorías.

Los resultados de codificación en el área emocional se muestran en las Tablas 2.14 y 2.15. Tanto los jueces como el investigador obtienen en este área un elevado porcentaje de constructos en la categoría 2D, usando el original SCCP. Los principales cambios entre el uso del original SCCP y su versión modificada, se muestran en relación al mayor porcentaje otorgado a la categoría 2C y el descenso de la categoría 2E (resultados que han sido comentados en relación a la Tabla 2.6).

Tabla 2.14. Resultados de la codificación en el área emocional por parte del investigador y los jueces. Primera codificación en el grupo de población clínica.

		PRIMERA CODIFICACIÓN					
		POBLACIÓN CLÍNICA (TR. DEPRESIVOS)					
		Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
		%	%	%	%	%	%
ÁREA 2	2A: visceral-racional	9.95	8.79	9.50	9.34	8.47	10.17
	2B: cálida-fría, sensible-insensible	22.51	24.18	26.26	24.73	23.16	24.86
	2C: optimista-pesimista	9.95	12.64	12.29	14.29	9.60	13.56
	2D: equilibrada-desequilibrada	28.80	30.22	29.05	28.02	31.07	29.94
	2E: emociones concretas	28.80	24.18	22.91	23.08	27.68	21.47
	2F: sexualidad	0.00	0.00	0.00	0.55	0.00	0.00
	2O: otros	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		27.56	27.16	26.92	25.35	26.34	25.73

Tabla 2.15. Resultados de la codificación en el área emocional por parte del investigador y los jueces. Segunda codificación en el grupo de población clínica.

		SEGUNDA CODIFICACIÓN					
		POBLACIÓN CLÍNICA (TR. DEPRESIVOS)					
		Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
		%	%	%	%	%	%
ÁREA 2	2A: visceral-racional	9.19	8.60		9.57	9.68	9.57
	2B: cálida-fría, sensible-insensible	24.32	24.73		24.47	24.73	25.00
	2C: optimista-pesimista	28.65	28.49		29.26	28.49	28.72
	2D: equilibrada-desequilibrada	29.73	30.11		28.19	29.03	28.19
	2E: emociones concretas	8.11	8.06		8.51	8.06	8.51
	2F: sexualidad	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
	2O: otros	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
Total		26.85	27.00		27.09	27.19	27.13

Los resultados de codificación en el área relacional se muestran en las Tablas 2.16 y 2.17. La utilización del original SCCP da lugar a discrepancias entre los jueces y el investigador, respecto a las categorías 3A y 3B; sin embargo, tras la modificación del SCCP, todos concluyen en el mayor porcentaje de la categoría 3B. Los mayores

porcentajes en la categoría 3B en esta segunda codificación, han sido ya comentados en relación a la Tabla 2.8.

Tabla 2.16. Resultados de la codificación en el área relacional por parte del investigador y los jueces. Primera codificación en el grupo de población no clínica.

		PRIMERA CODIFICACIÓN					
		POBLACIÓN NO CLÍNICA					
		Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
		%	%	%	%	%	%
ÁREA 3	3A: Extrovertida-introvertida	32.26	28.16	31.68	28.33	29.17	29.24
	3B: Agradable-desagradable	25.81	33.91	25.47	34.44	35.71	37.43
	3C: Directa-retorcida	3.23	4.60	3.11	3.89	3.57	2.34
	3D: Tolerante-autoritaria	7.74	7.47	8.07	7.78	7.74	7.02
	3E: Conformista-rebelde	5.16	1.72	2.48	3.89	2.38	2.34
	3F: Dependiente-independiente	5.81	5.17	4.97	4.44	4.76	4.68
	3G: Pacífica-agresiva	1.29	1.72	1.24	1.11	1.79	1.17
	3H: Comprensiva-no comprensiva	12.90	11.49	19.25	11.67	11.31	12.28
	3I: Confiada-suspica	5.81	5.75	3.73	4.44	3.57	3.51
	30: Otros	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		26.23	29.00	27.95	30.35	28.82	29.48

Tabla 2.17. Resultados de la codificación en el área relacional por parte del investigador y los jueces. Segunda codificación en el grupo de población no clínica.

		SEGUNDA CODIFICACIÓN					
		POBLACIÓN NO CLÍNICA					
		Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
		%	%	%	%	%	%
ÁREA 3	3A: Extrovertida-introvertida	27.68	27.43		27.84	28.16	27.37
	3B: Agradable-desagradable	36.72	37.14		36.36	37.36	37.99
	3C: Directa-retorcida	2.82	2.86		2.84	2.87	2.79
	3D: Tolerante-autoritaria	6.78	6.86		6.82	6.90	7.26
	3E: Conformista-rebelde	2.26	2.29		2.84	2.30	2.23
	3F: Dependiente-independiente	4.52	4.57		3.98	4.02	4.47
	3G: Pacífica-agresiva	1.13	1.14		1.14	1.15	1.12
	3H: Comprensiva-no comprensiva	12.43	12.00		12.50	12.07	11.73
	3I: Confiada-suspica	5.08	5.14		5.11	4.60	4.47
	30: Otros	0.56	0.57		0.57	0.57	0.56
Total		29.90	29.61		29.68	29.44	30.19

Posteriormente y como nuevo nivel de análisis, se analizaron las correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez en cada una de las categorías correspondientes a cada una de las áreas y para cada uno de los grupos de estudio. Los resultados se muestran en la Tabla 2.18.

Tabla 2.18. *Correlaciones entre los jueces en las distintas categorías correspondientes a cada área, en cada grupo y para cada una de las codificaciones*

	PRIMERA CODIFICACIÓN		SEGUNDA CODIFICACIÓN	
	Población clínica (Depresión)	Población no clínica	Población clínica (Depresión)	Población no clínica
A. MORAL	.98	.99	.99	.99
A. EMOCIONAL	.99	.99	.99	.99
A. RELACIONAL	.98	.97	.99	.99
A. PERSONAL	.94	.89	.99	.99
A. INTELECTUAL/ OPERACIONAL	.95	.97	.98	.99
A. VALORES E INTERESES	.98	.57	.99	.98

Los resultados de la Tabla 2.18 indican que las correlaciones entre los jueces con respecto a la frecuencia de codificaciones en las categorías correspondientes a cada área son mayores en la segunda codificación (usando el sistema de categorías modificado) que en la primera (usando el original SCCP).

Por último, otro de los coeficientes utilizados ha sido la K de Cohen (1960). Este coeficiente ha sido calculado para cada par de jueces. El análisis se ha realizado tanto por áreas como por categorías y con respecto a cada uno de los polos del constructo. Los resultados de este índice reflejan muy buen nivel de acuerdo, con valores Kappa superiores a 0.7 (véase Estudio 1, Apartado 3.4 para la interpretación de los valores Kappa). Debido a la extensión de estos resultados, se muestran como anexo en el Apéndice E (véanse Tablas E.5 - E20)

Los resultados muestran que los índices de concordancia Kappa son superiores en la segunda codificación (usando el sistema de categorías modificado). La Tabla 2.19

muestra de forma resumida, los índices más bajos de concordancia en cada uno de los grupos de estudio.

Tabla 2.19. *Índices de concordancia Kappa inferiores en cada uno de los grupos de estudio*

			Primera codificación	Segunda codificación
Muestra clínica	Por áreas	Polo 1	.78	.95
		Polo 2	.79	.95
	Por categorías	Polo 1	.79	.94
		Polo 2	.79	.94
Muestra no clínica	Por áreas	Polo 1	.78	.97
		Polo 2	.77	.97
	Por categorías	Polo 1	.78	.97
		Polo 2	.78	.97

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación presentamos una discusión de los resultados en función de nuestras hipótesis.

En la primera hipótesis de este estudio se predecían diferencias significativas entre una muestra de población clínica (trastornos depresivos) y una muestra de población no clínica, respecto a la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP. A diferencia del Estudio 1, los resultados de este estudio confirman que existen diferencias significativas entre estos grupos. Los análisis estadísticos realizados indican valores p por debajo de .001, pudiendo concluir que estas diferencias son “altamente” significativas. Este resultado coincide también con el obtenido por Montesano et al. (2009).

Tal como se hipotizaba en nuestra segunda hipótesis, la distribución del contenido de los constructos personales en la muestra de población clínica (trastornos depresivos) se concentra más en determinadas áreas y categorías del SCCP, principalmente en el área emocional; a diferencia de la muestra de población no clínica donde aparece un

mayor porcentaje de constructos en el área relacional. Estos resultados son consistentes con los resultados del Estudio 1, con los estudios de Silverman (1977) y más recientemente con el estudio de Montesano et al. (2009), en los cuales aparece un subsistema muy fuertemente organizado de constructos concernientes a las emociones en la depresión. Sin embargo, este predominio de constructos emocionales en los trastornos del estado de ánimo, no nos permite concluir que la abundancia de contenidos emocionales en sus subsistemas de construcción constituya un factor en la génesis o el mantenimiento de esta problemática.

Los análisis estadísticos que confirman las diferencias entre ambos grupos de estudio, confirman también que la diferencia más significativa entre la distribución del contenido de sus constructos se encuentra en el área emocional, siendo la muestra clínica la que presenta un mayor porcentaje de constructos en este área. Le siguen en significatividad, las diferencias encontradas en el área de valores e intereses, siendo también la muestra clínica la que presenta un mayor porcentaje de constructos en esta área. Por otra parte, las diferencias más significativas del grupo de población no clínica, en comparación a los sistemas de construcción de la muestra clínica, se representan en un mayor número de constructos de tipo moral. Aunque el área relacional ha sido la de mayor porcentaje en el grupo de población no clínica, no se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos en el uso de constructos relacionales.

Comparando estos resultados con los obtenidos por Montesano et al. (2009), observamos algunas discrepancias. En ambos estudios se concluye que la máxima diferencia entre este grupo de población clínica (trastornos depresivos) y un grupo de población no clínica, se encuentra en el área emocional, siendo la muestra clínica la que presenta un porcentaje mayor de constructos en esta área. Sin embargo, este grupo de investigadores encontró un mayor porcentaje de constructos de tipo intelectual en la muestra de población no clínica, sin encontrar diferencias significativas en relación al área de valores e intereses y el área moral, como ha sido nuestro caso. Analizando detalladamente las características de la muestra de población no clínica en ambos estudios, encontramos algunas diferencias que podrían dar lugar a diferentes resultados; en primer lugar, la media de edad en nuestro estudio es de 22 años, siendo superior en la investigación de Montesano et al. (2009) con una media de 29 años. En segundo

lugar, este grupo de investigación no ha utilizado pruebas diagnósticas de exclusión para la selección del grupo de población no clínica. No obstante, no tenemos razones para justificar que éstas sean las causas que justifiquen las diferencias encontradas en los resultados.

En cuanto a los análisis que contrastan las categorías de contenido dentro de cada área temática se desprenden los siguientes resultados: En nuestro estudio, sólo en el área relacional se han obtenido patrones diferenciales significativos en la distribución del contenido de los constructos a lo largo de sus categorías. A nivel descriptivo, los resultados indican un mayor porcentaje de constructos en la categoría 3A (extrovertida-introvertida) en la muestra clínica (Tr. depresivos) y un mayor porcentaje de constructos en la categoría 3B (agradable-desagradable) en la muestra no clínica. Por otro lado, de los resultados de los análisis estadísticos se desprenden las siguientes consideraciones: a) La máxima diferencia en la distribución del contenido de los constructos personales entre ambos grupos y respecto al área relacional se encuentra en la categoría 3B (agradable-desagradable), siendo la muestra no clínica la que presenta un mayor porcentaje de constructos en esta categoría. b) A ésta le siguen las diferencias encontradas en la categoría 3F (dependiente-independiente) y posteriormente 3E (conformista-rebelde), siendo la muestra clínica la que presenta mayores porcentajes en estas categorías.

Los resultados de estos análisis que contrastan las categorías de contenido de cada área temática tampoco concuerdan en su totalidad con los resultados de Montesano et al. (2009). Sus resultados indican que fueron tres las áreas en las que se obtienen diferencias significativas en el nivel de categorías intra-área; concretamente, el área emocional, relacional y personal. Sin embargo, como ya hemos comentado, en nuestro estudio sólo aparecen como significativas, las diferencias en las categorías del área relacional.

A lo largo de este estudio, como consecuencia de las modificaciones aportadas al SCCP, nos planteamos una tercera hipótesis, en la cual se predecía un mayor acuerdo entre jueces en la segunda codificación (usando el SCCP modificado) que en la primera (usando el SCCP originalmente elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al., 2002). Los resultados confirman que existe un mayor acuerdo entre los jueces tras la

modificación del sistema de categorías. No obstante serían necesarias nuevas investigaciones que confirmasen la eficacia de estas modificaciones, ya que resulta bastante obvio que nuestros jueces, tras las modificaciones consensuadas y la mayor experiencia en codificación, obtengan un mayor acuerdo en su segunda codificación.

De nuevo los resultados de este estudio apoyan la idea de que existe una asociación entre las dificultades presentadas por los clientes y el contenido de sus constructos personales. El mayor porcentaje de constructos emocionales en los trastornos depresivos, podría concordar con la teoría que sugiere que el área problemática es primaria y que los individuos elaboran su sistema de constructos en esa área (Silverman, 1977). Sin embargo, seguimos sin información que nos indique la dirección que toma esta asociación. Recordamos que algunos autores, como Smail (1978) y Winter (1992), concluyen que el área predominante determinaría la forma que el cliente elige para expresar su dolor o angustia, eligiendo sus síntomas en concordancia con su posición hacia el mundo. Sin embargo, otros autores como Button (1985) se plantean una dirección alternativa en esta asociación, sugiriendo que es posible que sean los propios síntomas los que desarrollen ese estilo cognitivo particular.

Por otro lado, tal como nos planteamos en el Estudio 1, resulta extraño que este grupo de población clínica se caracterice por un mayor número de constructos emocionales, ya que un mayor número de constructos en un área determinada está asociado a un mejor manejo de las experiencias vividas en ese nivel. Silverman (1977) planteaba que aunque los trastornos depresivos muestren un mayor número de constructos emocionales, esto no quiere decir este subsistema esté elaborado de forma óptima, es posible que carezca de una estructura flexible, lo cual llevaría a una predominante construcción de la experiencia en términos emocionales rígidos, siendo éste un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales. Nosotros, en base a nuestros resultados, nos planteamos otra posible dirección en la asociación de los trastornos depresivos y el contenido de sus constructos personales. Es posible que lo que caracterice a este grupo no sea sólo el mayor porcentaje de constructos de tipo emocional, sino la ausencia o menor porcentaje de constructos en otras áreas. Los resultados del Estudio 1 nos llevaron a hipotetizar que esa ausencia de constructos podría encontrarse en el área personal; sin embargo, las diferencias halladas no eran

significativas, posiblemente debido a las limitaciones del Estudio. Controladas algunas de estas limitaciones, los resultados del Estudio 2 sí muestran diferencias significativas entre los trastornos depresivos y el grupo de población no clínica pudiendo concluir que los trastornos depresivos no sólo se caracterizan por un elevado porcentaje de constructos de tipo emocional, sino también por un escaso porcentaje de constructos de tipo moral.

Los resultados de este estudio plantean nuevos retos de investigación. Sería de gran interés, por ejemplo, evaluar el cambio en los patrones de contenido de los constructos personales como resultado de un proceso terapéutico. Un estudio longitudinal con los trastornos depresivos, nos permitiría explorar en qué medida estos constructos se modifican cuando se produce una reducción de la sintomatología depresiva. Esta investigación también podría clarificar la función que cumple el contenido emocional y otras áreas, en el modo de construir su experiencia.

7. CONCLUSIONES

A continuación detallamos las principales conclusiones extraídas del Estudio 2.

- Los resultados obtenidos confirman que, en general, el patrón de contenido del sistema de construcción de las personas con depresión se diferencia de las distribuciones encontradas en la población no clínica.
- Las personas con depresión se caracterizan principalmente porque presentan una mayoría de constructos relativos al ámbito de la afectividad, esto indica que anticipan y construyen su realidad atendiendo principalmente a los aspectos emocionales. Dentro del área emocional, las frecuencias de los constructos personales se concentran más en la categoría 2D (equilibrada-desequilibrada) seguida de la categoría 2C (optimista-pesimista). No obstante, hemos de ser cautos con estos resultados ya que a pesar de constatar el predominio de constructos emocionales en personas con depresión, no se puede concluir que la abundancia de contenidos emocionales en sus sistemas de construcción constituya

un factor en la génesis o el mantenimiento de este trastorno dada la naturaleza no longitudinal del estudio.

- Mientras que el grupo de población clínica muestra su mayor porcentaje de constructos en el área emocional, el grupo de población no clínica lo hace en el área relacional. Sin embargo, las diferencias más significativas entre ambos se reflejan en el área emocional, seguida del área de valores e intereses (siendo la muestra de población clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en estas áreas) y el área moral (siendo la muestra de población no clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área). No encontrándose diferencias significativas en el área relacional.
- En cuanto a los análisis que contrastan las categorías de contenido dentro de cada área temática, sólo en una de las áreas se han obtenido patrones diferenciales significativos en la distribución del contenido de los constructos a lo largo de sus categorías, concretamente el área relacional. La máxima diferencia en la distribución del contenido de los constructos personales entre ambos grupos y respecto a esta área se encuentra en la categoría 3B (agradable-desagradable), siendo la muestra no clínica la que presenta un mayor porcentaje de constructos en esta categoría. Le siguen las diferencias encontradas en la categoría 3F (dependiente-independiente) y posteriormente 3E (conformista-rebelde), siendo la muestra clínica la que presenta mayores porcentajes en estas categorías.
- La utilización de cinco jueces para confirmar la fiabilidad del estudio ha hecho constar la dificultad de codificar algunos constructos en base al sistema de categorías utilizado, haciendo necesarias en él unas mínimas modificaciones para resolver tal problema. Tras consensuar estas modificaciones entre los jueces y el investigador (véase Apéndice C) se realiza una segunda codificación por parte tanto del investigador como de los jueces. El porcentaje de acuerdo entre jueces superior en la segunda codificación valida los cambios realizados en el sistema de categorías.

8. LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

Las limitaciones de este estudio están en parte relacionadas con la homogeneidad de la muestra. Los análisis indican que no existen diferencias significativas de edad entre las dos muestras que componen el grupo de población clínica y el grupo de población no clínica de este estudio. Sin embargo, si se obtienen diferencias significativas entre ambos grupos en relación al número de constructos elicitados a través de la Técnica de la Rejilla. El menor número de constructos que se obtienen en la muestra de población no clínica podría estar relacionado con la falta de motivación de los alumnos al completar la Técnica de la Rejilla.

Otra de las limitaciones de este estudio guarda relación con la procedencia de la muestra de población clínica. La mayor parte de esta muestra está extraída de población universitaria; sin embargo, 7 de los 43 sujetos que componen esta muestra, no proceden del ámbito universitario, sino del privado y no se tiene información respecto a esta condición.

También sabemos que dentro de la problemática clínica de estudio, los trastornos del estado de ánimo, concretamente los trastornos depresivos, basándonos en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995), podemos encontrarnos con una variedad de diagnósticos. Podría tratarse de un trastorno depresivo mayor, episodio único; de un trastorno depresivo mayor, recidivante; un trastorno distímico o bien un trastorno depresivo no especificado. Sin embargo, los diferentes posibles diagnósticos no han sido especificados.

CAPÍTULO VI: ESTUDIO 3

1. OBJETIVOS

El objetivo principal del Estudio 3 es evaluar el cambio en los patrones de contenido de los constructos personales que, como resultado de un proceso terapéutico, se producen en una determinada problemática clínica, los trastornos del estado de ánimo, concretamente en los trastornos depresivos, basándonos en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994/1995).

Como objetivos específicos nos planteamos, en primer lugar, explorar de forma sistemática las dimensiones de contenido de los constructos personales de este grupo de población clínica (trastornos depresivos), en dos momentos diferentes, antes y después de un proceso terapéutico. En segundo lugar, a través de los datos aportados por este primer análisis, nuestro objetivo es analizar el cambio que se produce en los patrones de contenido de estos constructos personales como resultado del proceso terapéutico.

Como siguiente objetivo, analizaremos si el grupo de población clínica (trastornos depresivos) en el momento posterior al proceso terapéutico, difiere respecto a un grupo de población no clínica, en relación a la distribución del contenido de sus constructos personales en las áreas del SCCP.

2. HIPÓTESIS

Basándonos en los resultados del Estudio 2 que indican un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional en los trastornos depresivos, nuestras hipótesis son las siguientes:

- Hipótesis 1: Se prevén diferencias en la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP, entre la evaluación anterior y posterior al proceso terapéutico de un grupo de población clínica (trastornos depresivos).

- Hipótesis 2: Se prevé que en un grupo de población clínica (trastornos depresivos), la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP antes de iniciar el proceso terapéutico, se concentrará más en el área emocional; a diferencia de la evaluación posterior al proceso terapéutico, donde se prevé un mayor porcentaje de constructos en el área relacional, por similitud a la población no clínica y en base a los resultados del Estudio 2.
- Hipótesis 3: En base a los resultados del Estudio 2, se prevé que los cambios asociados a una reducción de la sintomatología en las personas con depresión a lo largo del proceso terapéutico tendrán lugar junto a una reducción del porcentaje de constructos en el área emocional en mayor medida y de forma secundaria en el área de valores e intereses, además de un aumento en el porcentaje de constructos del área moral; debido a que éstas fueron las áreas en las cuales aparecieron diferencias significativas entre el grupo de población clínica (trastornos depresivos) y el grupo de población no clínica.
- Hipótesis 4: No se prevén diferencias en la distribución del contenido de los constructos personales en las áreas del SCCP, entre la evaluación posterior al proceso terapéutico de un grupo de población clínica (trastornos depresivos) y un grupo de población no clínica

3. MÉTODO

3.1. Participantes

La primera parte del Estudio 3 consiste en un estudio longitudinal donde se realizan dos evaluaciones en momentos diferentes a un mismo grupo de personas. Los participantes de este estudio son 21 personas que componen una muestra de población clínica. Estas personas, son estudiantes de diferentes facultades, que acudieron en busca de psicoterapia a la unidad de atención psicológica al universitario de la Universidad de Salamanca (UAPSMU). Los estudiantes que acudían a este servicio eran diagnosticados

por el psicólogo que recibía la demanda, según los criterios del DSM-IV (APA, 1994/1995). En base a estos diagnósticos, 21 clasificados como trastornos depresivos fueron derivados al investigador de este estudio. Esta muestra está formada por 18 mujeres (85.71%) y 3 hombres (14.29%), entre los 18 y 38 años, con una media de 23 años y una desviación típica de 4.26 (véase Apéndice A, Tabla A3).

En la segunda parte de este estudio se utiliza un grupo control que permitirá un análisis transversal de comparación entre grupos. Este grupo control, al que denominaremos muestra de población no clínica, está compuesta por 21 personas, todas ellas estudiantes de psicología de la Universidad de Salamanca. Esta muestra ha sido extraída del Estudio 2; concretamente, de los 43 participantes de la muestra de población no clínica de este estudio, se han seleccionado aleatoriamente 21. La muestra está constituida por 18 mujeres (85.71%) y 3 hombres (14.29%), con edades comprendidas entre los 20 y 24 años, con una media de 22 años y una desviación típica de 1.09 (véase Apéndice A, Tabla A3).

A través de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, se corrobora la homogeneidad de la muestra con respecto a la edad, no encontrándose diferencias significativas entre la muestra de población clínica y la muestra de población no clínica; $z = -0.166$, $p = .0868$

3.2. Instrumentos de evaluación

Entre los instrumentos de evaluación utilizados para llevar a cabo este estudio se encuentran, la Técnica de la Rejilla de Kelly (1955/1991a) y dos cuestionarios de evaluación de sintomatología: La adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; original de Beck et al., 1961; adaptación al castellano por Conde & Useros, 1975) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970/1982). La selección de estos instrumentos viene determinada por el protocolo de recogida de información establecido en la UAPSMU cuando se inicia la investigación (véase Ávila-Espada, Herrero, & Fernández, 2009, para más información sobre la UAPSMU).

A todos los sujetos de la muestra clínica les fue administrada de forma individual, la Técnica de la Rejilla y las dos pruebas de evaluación sintomática (BDI y STAI), antes y después del proceso terapéutico

En cuanto a la muestra de población no clínica, a todos ellos se les administró de forma grupal, la Técnica de la Rejilla y las dos pruebas de evaluación sintomática, BDI y STAI.

Además de estos instrumentos de evaluación, se ha utilizado un sistema de categorías de clasificación para codificar el contenido de los constructos personales derivados de la Técnica de la Rejilla.

3.2.1. La Técnica de la Rejilla (TR)

La administración de la Técnica de la Rejilla en el grupo de población clínica se ha realizado en dos momentos diferentes, antes y después del proceso terapéutico. En ambos casos, la evaluación se ha realizado por medio de una entrevista individual y semi-estructurada. En el grupo de población no clínica esta evaluación se ha realizado de forma grupal.

Tanto en la muestra de población clínica, como en la muestra de población no clínica, se ha utilizado un mismo modelo de rejilla, en el cual los elementos vienen ya establecidos por el terapeuta (véase Apéndice B, Tabla B.1); sin embargo, no todos los sujetos utilizan el total de elementos incorporados, la mayor parte de ellos, por ejemplo, opta por no incluir el elemento del terapeuta. En relación a los constructos, en ambos grupos son elicitados por medio del procedimiento de comparación diádica (Epting, Suchman y Nickeson; 1971 & Yorke, 1985), a partir de un cierto número de figuras significativas del mundo interpersonal del sujeto, se pregunta por las similitudes y diferencias entre ellas para extraer sus constructos personales más relevantes. Este mismo procedimiento es utilizado en la evaluación posterior al proceso terapéutico, generando una nueva rejilla. Este diseño dará lugar a rejillas con diferente número de constructos y elementos para cada uno de los sujetos.

Una vez obtenidos los constructos, se aplican, uno a uno, a cada elemento mediante una escala tipo Likert de siete puntos, dando lugar a una matriz numérica susceptible de ser analizada tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

3.2.2. Sistema de Categorías de Contenido para la Codificación de Constructos Personales (SCCP)

Véase Estudio 2, apartado 3.2.2

3.2.3. Sistema de Categorías de Contenido para la Codificación de Constructos Personales (SCCP), modificado

Véase Estudio 2, apartado 3.2.3.

De forma similar al Estudio 2, la primera codificación de los datos se hace en base al original SCCP, proponiéndose de forma secundaria una segunda codificación de los datos utilizando el SCCP con las correspondientes modificaciones (véase Apéndice C)

3.2.4. Cuestionario de depresión de Beck (BDI)

Véase Estudio 2, apartado 3.2.4

3.2.5. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)

Véase Estudio 2, apartado 3.2.5

3.3. Diseño

En la primera parte de este estudio se ha utilizado un diseño longitudinal de panel. En él se comparan los resultados obtenidos de una muestra de población clínica (N =

21) que ha sido evaluada en dos momentos diferentes, antes de empezar el proceso terapéutico (primera evaluación) y al finalizar el proceso terapéutico (segunda evaluación). El momento de evaluación se toma como variable independiente.

En una segunda parte de este estudio se ha utilizado un diseño transversal. En él se toma como variable independiente el grupo de procedencia de la muestra, comparándose los resultados de la muestra de población clínica (en sus dos niveles: primera y segunda evaluación) con una muestra de población no clínica.

Otra de las variables que ha sido utilizada tanto en el diseño longitudinal como transversal de este estudio, es la referida al sistema de categorías utilizado para la codificación de los constructos personales obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla. Este sistema de categorías, el SCCP, tiene a su vez 6 niveles, correspondientes a sus 6 áreas temáticas. A cada una de estas áreas les ha sido asignado un número y a las subcategorías correspondientes de cada área se le ha asignado además una letra. Se trata por tanto de una variable cualitativa y policotómica.

Al igual que en el Estudio 2, se ha utilizado también la versión modificada del SCCP (véase Apéndice C), a la cual consideramos como otra variable cualitativa dicotómica y a cuyos niveles hemos llamado primera y segunda codificación. La primera codificación hace referencia a la utilización del sistema de categorías original y la segunda codificación es aquella en la que se utiliza este mismo sistema con las correspondientes modificaciones.

La variable dependiente de este estudio en sus dos diseños (longitudinal y transversal) es una variable cuantitativa, referida a la frecuencia de constructos obtenidos en cada rejilla y en relación a cada una de las áreas y subcategorías del SCCP. Otra variable cuantitativa utilizada es la relacionada con las puntuaciones que se obtienen como resultado en los cuestionarios empleados como evaluación sintomática.

3.4. Procedimiento

Se emplearon en este estudio un total de 63 rejillas, 42 de ellas corresponden a población clínica (trastornos depresivos), concretamente 21 de la evaluación inicial o

anterior al proceso terapéutico y 21 de la evaluación final o posterior al proceso terapéutico; y por último, 21 rejillas de la población no clínica (estudiantes de la Universidad de Salamanca).

Para conseguir la muestra de población clínica, se estableció un convenio de colaboración como terapeuta en la unidad de atención psicológica al universitario de la Universidad de Salamanca (UAPSMU). En este servicio los demandantes eran derivados a un terapeuta u otro, en función de su diagnóstico, de tal forma que los trastornos depresivos eran derivados al propio investigador. Para poder llevar a cabo este proceso terapéutico se realizó previamente un proceso de formación a través del Master de Intervención en Psicoterapia y a través de la propia unidad de atención psicológica, mediante cursos formativos, entrevistas como coterapeuta y terapia supervisada. Se incluyeron también estancias de estudio en universidades extranjeras, concretamente en Finlandia, Irlanda y Alabama (Estados Unidos). Ninguno de los sujetos atendidos durante este proceso formativo fue asignado como parte de la muestra.

Tras este proceso formativo y en el contexto de la UAPSMU se tuvo acceso a los 21 sujetos que componen la muestra clínica. El proceso terapéutico fue llevado a cabo por el propio investigador, en base a un enfoque inspirado en la epistemología constructivista, la Terapia Narrativa (para más información sobre estrategias y técnicas utilizadas véase Capítulo III de la parte teórica). Como modelo de terapia breve, se estableció un máximo de 12 sesiones para cada cliente. En la primera entrevista, tras definir el contexto terapéutico y crear una relación, se administraron los dos cuestionarios de evaluación sintomática (BDI y STAI) y la Técnica de la Rejilla. El final de la terapia se estableció de acuerdo con el cliente y tras su mejora sintomática, realizando una segunda evaluación al finalizar la última entrevista. Los sujetos que en algún momento abandonaron la terapia, no han sido incluidos como parte de esta muestra. En la segunda evaluación, se utilizaron los mismos cuestionarios de evaluación sintomática y la Técnica de la Rejilla. En la Tabla 3.1 se muestra el total de sesiones llevadas a cabo con cada cliente.

Tabla 3.1. *Número de sesiones con cada cliente*

Código cliente	Número de sesiones	Código cliente	Número de sesiones
C001	12	C012	6
C002	9	C013	5
C003	4	C014	4
C004	8	C015	5
C005	8	C016	6
C006	7	C17	8
C007	4	C018	6
C008	6	C019	4
C009	6	C020	5
C010	6	C021	3
C011	6		

El número de personas atendidas fue superior a 21; sin embargo, muchos de ellos abandonaron la terapia sin realizar la segunda evaluación. En algunos casos, el carácter gratuito de la terapia dentro de la Universidad daba lugar a un abandono sin previo aviso en el momento en el que se producía una mejoría, perdiendo la posibilidad de esta segunda evaluación. En otros casos, los sujetos se mostraban reticentes a completar estos cuestionarios por segunda vez, respetando su derecho a no hacerlo.

Respecto a la muestra de población no clínica, se seleccionaron aleatoriamente 21 sujetos de los 43 que componían la muestra de población no clínica del Estudio 2. A todos ellos les habían sido administrados los mismos cuestionarios (BDI y STAI) y la Técnica de la Rejilla.

Una vez obtenida la muestra, se procedió a la corrección de los cuestionarios de evaluación sintomática y se organizaron estos datos como una de las variables de estudio. Por otra parte, se recogieron los constructos elicitados por cada sujeto a través de la Técnica de la Rejilla. La muestra total de constructos fue de 916, concretamente 325 constructos de la población clínica en la primera evaluación (previa al proceso terapéutico), 321 constructos de la población clínica en la segunda evaluación (posterior al proceso terapéutico) y 270 constructos de la población no clínica.

Utilizando el SCCP, esta muestra de constructos fue agrupada en categorías de acuerdo con sus áreas temáticas. Para clasificar un constructo siempre se ha tenido en cuenta el significado global que transmiten las etiquetas empleadas para describir cada

uno de sus polos, de tal manera que la etiqueta del segundo polo matiza y concreta el significado transmitido por la etiqueta del polo emergente. Sin embargo, se ha incluido también la posibilidad de una doble codificación para constructos cuyos polos se clasificarían en categorías diferentes y que no permiten la deducción de un significado conjunto correspondiente a una única categoría. La doble codificación dará lugar a un número mayor de constructos codificados.

Una vez que todos los constructos fueron agrupados por áreas y categorías, se realizaron los cálculos correspondientes a la frecuencia y porcentaje de constructos que cada subgrupo que compone la muestra presenta en cada una de las áreas y categorías del SCCP. Con esta ordenación de los datos se procede a los análisis de comparación entre los grupos.

Para determinar la fiabilidad del estudio se empleó el método de acuerdo entre jueces. Este proceso fue realizado de forma conjunta al Estudio 2; es decir, los cinco psicólogos que recibieron un entrenamiento sobre el proceso de codificación con el SCCP, a través de un curso presencial de 4 horas, codificaron simultáneamente los constructos elicitados por los participantes que componen la muestra del Estudio 2 y 3. Recordamos que el curso fue realizado de forma grupal; sin embargo, cada uno de ellos codificó individualmente la muestra de constructos. En el Estudio 3 esta muestra estaba compuesta por 916 constructos.

La puesta en común del trabajo llevado a cabo por los jueces también se realizó simultáneamente en relación a los resultados del Estudio 2 y 3. Recordamos que las dificultades en la codificación de algunos constructos en base al SCCP, dio lugar a una serie de modificaciones en este sistema de categorías (véase Apéndice C). De forma que los 916 constructos fueron nuevamente codificados en base a la versión modificada del SCCP.

Una vez codificados, los datos fueron agrupados por el investigador en función de las distintas áreas y categorías, obteniéndose datos en términos de frecuencias y porcentajes que facilitarían los análisis comparativos. Con esta ordenación de los datos se procede a los análisis de comparación entre los jueces y el investigador principal. Se comparan también los resultados de la primera codificación, en base al original SCCP y

la segunda codificación, utilizando la versión modificada del SCCP (véase Apéndice C).

Para la realización de los análisis estadísticos, se consultó con varios metodólogos sobre los posibles análisis a realizar, incluyendo aquellos que nos dieran información sobre la fiabilidad del estudio y el grado de significación de los datos.

3.5. Análisis de los datos

Los primeros análisis estadísticos que se realizan son análisis descriptivos. Para ello, los datos de la muestra son ordenados de acuerdo con sus características (edad, sexo y grupo al que pertenece) y posteriormente son analizados a través de distintos estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje, media y desviación típica). Se utiliza el paquete informático SPSS® para Windows (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 15.01 (SPSS, 2006) para la realización de los análisis estadísticos. En primer lugar, se realiza un contraste de medias mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, con el objetivo de comparar la edad de los participantes de ambas muestras (grupo de población clínica y no clínica).

En la siguiente fase de análisis se incluyen datos sobre la evaluación sintomática. Se corrigen los 84 cuestionarios (BDI y STAI) obtenidos de la muestra de población clínica y se analizan sus resultados. El objetivo de este análisis es una evaluación longitudinal de la sintomatología, para ello se realiza un contraste de medias mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, comparando los resultados de la primera y segunda evaluación de la población clínica. Este contraste se realiza con los resultados de cada uno de los cuestionarios (BDI, STAI-Estado, STAI-Rasgo). Posteriormente se analiza la relevancia de las diferencias encontradas en sintomatología recogidas por estos tests entre el momento inicial y final de la psicoterapia, mediante un análisis sobre la magnitud del efecto. En el cálculo de la Magnitud del Efecto (ME) se ha utilizado la siguiente fórmula,

$$ME = \bar{X}_1 - \bar{X}_2 / dt \text{ promediada; donde } dt_{\text{promediada}} = \sqrt{[(dt^2 + dt^2) / 2]}$$

Para la interpretación de estos resultados, Cohen (1988) determina que valores ME de 0.20 indicarían una pequeña magnitud; valores de 0.50 indicarían una magnitud media y valores de 0.80 indicarían una magnitud alta.

Respecto a la muestra de población no clínica, se recogen los datos ya analizados del Estudio 2. Recordamos, que para este grupo de estudio, la utilización de estos cuestionarios nos ayudó a descartar de este grupo a aquellas personas con sintomatología depresiva o de ansiedad. Con el objetivo de comparar cada una de las evaluaciones de la muestra de población clínica (primera evaluación-segunda evaluación), con la evaluación del grupo de población no clínica, se realiza un contraste de medias mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes. Este contraste se realiza con los resultados de cada uno de los cuestionarios. Posteriormente, se analiza la relevancia de las diferencias encontradas, mediante un análisis sobre la magnitud del efecto.

Los siguientes datos a analizar corresponden a los constructos y elementos que cada sujeto a empleado en la Técnica de la Rejilla. Los constructos de cada rejilla son agrupados en base a su área temática y categoría, utilizando el SCCP. Para facilitar la ordenación de estos datos se utiliza en primer lugar el programa Excel (Office 2007) elaborándose una base de datos que incluye información sobre todas las variables utilizadas. Posteriormente, se realiza un contraste de medias mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes con el objetivo de comparar el número de constructos y elementos de la muestra de población clínica y no clínica. Y se realiza un contraste de medias mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, con el objetivo de comparar el número de constructos y de elementos de la muestra de población clínica en su primera y segunda evaluación.

Otra de las pruebas estadísticas utilizadas en este estudio es el cálculo de frecuencias y porcentajes en relación a la codificación de los constructos personales obtenidos a través de la Técnica de la Rejilla y en base al SCCP elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002).

Para determinar la fiabilidad del estudio cinco jueces repitieron el mismo proceso de codificación que el investigador y se analizó en qué medida estaban o no de acuerdo

en su codificación. En relación a estos datos, se llevaron a cabo varios análisis. En primer lugar, se analizaron las frecuencias y porcentajes obtenidos por cada juez en cada uno de los grupos de estudio; posteriormente, se analizaron las correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez en cada uno de los grupos de estudio; y finalmente se utilizó el índice de concordancia Kappa (sobre este índice véase Estudio 1, apartado 3.4).

En este estudio se realiza también una segunda codificación en base al sistema de categorías modificado (véase Apéndice C). Los resultados de esta segunda codificación obtenidos por el investigador principal y los jueces, son sometidos a los mismos análisis que la anterior: cálculo de frecuencias y porcentajes obtenidos por el investigador y por los jueces; correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez y el índice de concordancia Kappa.

Por último, con la finalidad de contrastar si los diferentes grupos de estudio se diferencian entre sí con respecto a la distribución del contenido de los constructos en las áreas del SCCP, se realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba χ^2 (sobre la prueba ji-cuadrado, véase Estudio 1, apartado 3.4). Para estos análisis, se utilizan los resultados de la segunda codificación llevada a cabo por el investigador y se ha tenido en cuenta que el valor χ^2 (ji-cuadrado) puede calcularse siempre y cuando no exista ninguna celdilla con frecuencias teóricas iguales a cero y que el número de celdillas con frecuencias teóricas inferiores a cinco no supere el veinte por ciento del número total de celdillas, en tal caso se efectuará la corrección de Yates. Los resultados de estos análisis determinarán si las diferencias encontradas son o no significativas.

4. RESULTADOS

Los primeros resultados obtenidos fueron en relación a las pruebas de evaluación sintomática: La adaptación al castellano del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; original de Beck et al., 1961; adaptación al castellano por Conde & Useros, 1975) y del cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI; Spielberger et al., 1970/1982). Véase Tabla 3.2.

Tabla 3.2. Resultados de las pruebas de evaluación sintomática en población clínica.

Muestra de población clínica (Tr. depresivos)							Muestra de población no clínica			
Código cliente	1ª Evaluación (Pre)			2ª Evaluación (Post)			Código	BDI	STAI (E)	STAI (R)
	BDI	STAI (E)	STAI (R)	BDI	STAI (E)	STAI (R)				
C001	35	69	99	11	60	65	N20	6	25	20
C002	35	78	99	5	35	4	N21	0	15	1
C003	30	78	99	3	25	11	N22	6	25	17
C004	22	63	87	6	5	30	N23	1	25	3
C005	34	84	96	8	40	85	N24	4	25	5
C006	18	65	91	8	88	77	N25	0	20	4
C007	10	78	70	0	11	33	N26	0	5	20
C008	17	55	80	2	30	45	N27	0	8	3
C009	10	60	73	3	72	89	N28	0	10	17
C010	19	87	96	5	45	83	N29	5	4	4
C011	7	25	4	5	25	5	N30	3	11	10
C012	20	80	98	9	35	60	N31	2	4	11
C013	23	92	99	22	78	98	N32	1	11	11
C014	24	85	87	4	25	15	N33	1	10	5
C015	18	77	89	2	7	4	N34	1	10	17
C016	37	92	99	7	65	55	N35	2	23	1
C017	32	89	96	16	50	92	N36	0	15	11
C018	8	35	60	3	23	5	N37	3	8	5
C019	20	69	99	1	25	96	N38	5	25	15
C020	6	70	40	8	45	35	N39	5	11	11
C021	13	82	94	7	45	96	N40	1	30	25
Media	20.86	72.05	83.57	6.43	39.71	51.57		2.19	15.24	10.29
Desviación típica	9.921	17.446	23.886	5.134	22.874	35.447		2.159	8.294	7.093

Tal y como se advierte en la Tabla 3.2, algunos de los clientes asignados a la muestra de población clínica, cuentan con puntuaciones en el BDI inferiores a la media de 10.9. Esta media fue la asignada como depresión mínima o ausente por Bobes et al. (2004). Sin embargo, se han tenido en cuenta sus datos, ya que cumplen los criterios diagnósticos del DSM IV (APA, 1994/1995) para los trastornos depresivos. Por otra parte, si observamos detenidamente la evaluación posterior al proceso terapéutico, se puede constatar como en algunos clientes, a pesar de producirse una reducción de la sintomatología depresiva, se mantienen puntuaciones superiores a 10.9 en el BDI y puntuaciones de ansiedad estado-rasgo que superan el centil setenta y cinco. Sin

embargo, en todos los clientes, el final del proceso terapéutico se produjo ante su mejora sintomática, de mutuo acuerdo con el terapeuta y sin llegar a sobrepasar el máximo de doce sesiones establecido. Se recuerda que la utilización de este cuestionario (BDI) es simplemente como método para justificar la presencia o ausencia de ciertos síntomas depresivos, no como instrumento de diagnóstico. Por otra parte, la posibilidad de contar con puntuaciones diferentes de BDI entre los distintos clientes de la muestra, nos aportará datos comparativos de interés para futuras investigaciones.

Para constatar la reducción de sintomatología, se realiza un contraste de medias mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon para muestras relacionadas, comparando los resultados de la primera y segunda evaluación de la población clínica. Este contraste se realiza con los resultados de cada uno de los cuestionarios, obteniéndose diferencias significativas en cada uno de ellos (véase Tabla 3.3), lo cual confirma que se ha producido una reducción de sintomatología tras el proceso terapéutico. Posteriormente, con el objetivo de comparar cada una de las evaluaciones de la muestra de población clínica (primera evaluación-segunda evaluación), con la evaluación del grupo de población no clínica, se realiza un contraste de medias mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes. Este contraste se realiza con los resultados de cada uno de los cuestionarios. Los resultados indican diferencias significativas en relación a la primera evaluación y la muestra de población no clínica. Se obtienen también diferencias significativas entre la segunda evaluación y la muestra de población no clínica. Véase Tabla 3.3.

Tabla 3.3. *Contraste de resultados de cuestionarios entre la muestra de población clínica y no clínica*

Clínica 1ª evaluación (pre) – Clínica 2ª evaluación (post)		
	Estadístico de contraste	Significación
BDI	$z = -3.930$	$p = .000$
STAI (Estado)	$z = -3.642$	$p = .000$
STAI (Rasgo)	$z = -3.511$	$p = .000$
Clínica 1ª evaluación (pre) – Muestra de población no clínica		
	Estadístico de contraste	Significación
BDI	$z = -5.537$	$p = .000$
STAI (Estado)	$z = -5.470$	$p = .000$
STAI (Rasgo)	$z = -5.158$	$p = .000$

Clínica 2ª evaluación (post) – Muestra de población no clínica		
	Estadístico de contraste	Significación
BDI	$z = -3.394$	$p = .001$
STAI (Estado)	$z = -3.834$	$p = .000$
STAI (Rasgo)	$z = -3.682$	$p = .000$

Analizamos también la relevancia de las diferencias encontradas en la disminución de la sintomatología evaluada por los test BDI y STAI, mediante la magnitud del efecto. Los resultados se muestran en la Tabla 3.4. Todos los valores obtenidos son superiores a 0.8, lo cual indica que las diferencias encontradas, además de ser estadísticamente significativas, son de gran magnitud.

Tabla 3.4. *Magnitud del efecto*

Clínica 1ª evaluación (pre) – Clínica 2ª evaluación (post)		
	dt promedio	ME
BDI	7.898	1.82
STAI (Estado)	20.341	1.589
STAI (Rasgo)	30.224	1.058
Clínica 1ª evaluación (pre) – Muestra de población no clínica		
	dt promedio	ME
BDI	7.179	2.60
STAI (Estado)	13.659	4.16
STAI (Rasgo)	17.618	4.16
Clínica 2ª evaluación (post) – Muestra de población no clínica		
	dt promedio	ME
BDI	3.946	1.074
STAI (Estado)	17.204	1.422
STAI (Rasgo)	25.56	1.61

Los primeros resultados en relación al análisis de los datos correspondientes a la Técnica de la Rejilla, tienen que ver con el número de constructos elicitados y elementos utilizados. La muestra total de constructos fue de 916; concretamente 325 constructos de población la clínica en su primera evaluación, 321 constructos en su

segunda evaluación y 270 constructos de la población no clínica. La media de constructos empleados en la muestra de población clínica fue de 15.48, con una desviación típica de 1.08 en la primera evaluación (pre); y una media de 15.29 constructos en la segunda evaluación (post), con una desviación típica de 0.78. En la muestra de población no clínica la media de constructos fue de 12.86, con una desviación típica de 2.49. Véase Apéndice A, Tabla A.6.

Los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, que compara el número de constructos elicitados en la muestra de población clínica (en la primera y segunda evaluación) con respecto a la muestra de población no clínica, indican que existen diferencias significativas tanto en la primera evaluación ($z = -3.864, p = .000$) como en la segunda ($z = -3.970, p = .000$). Los resultados de la prueba no paramétrica de Wilcoxon, que compara el número de constructos elicitados en la muestra de población clínica, indican que no existen diferencias significativas entre el número de constructos utilizados en la primera y segunda evaluación ($z = -0.483, p = .629$)

La muestra total de elementos fue de 873; concretamente 291 elementos en la población clínica en su primera evaluación, 294 en la segunda evaluación y 288 elementos en el grupo de población no clínica. La media de elementos empleados en la muestra de población clínica fue de 13.86, con una desviación típica de 0.36 en la primera evaluación (pre); y una media de 14 elementos en la segunda evaluación, con una desviación típica de 0.55. En la muestra de población no clínica la media fue de 13.71 de elementos, con una desviación típica de 0.72. Véase Apéndice A, Tabla A.6

Los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, que compara el número de elementos en la muestra de población clínica (en la primera y segunda evaluación) con respecto a la muestra de población no clínica, indican que no existen diferencias significativas ni en la primera evaluación ($z = -0.811, p = .417$), ni en la segunda ($z = -1.376, p = .169$). Los resultados de la prueba no paramétrica de Wilcoxon, que compara el número de elementos en la muestra de población clínica, indican que no existen diferencias significativas entre el número de elementos utilizados en la primera y segunda evaluación ($z = -1.732, p = .083$)

En el análisis de nuestros resultados observamos como el número de constructos codificados ha sido superior al número de constructos elicitados. Este resultado está

relacionado con la posible doble codificación de los constructos. De tal forma que el total de constructos codificados ha sido de 955, 343 constructos de la muestra de población clínica en su primera evaluación, 333 constructos de la muestra de población clínica en su segunda evaluación y 279 constructos codificados en la muestra de población no clínica.

Los resultados de la codificación de estos constructos se muestran en la Tabla 3.5, en términos de frecuencias y porcentajes, en base a los sistemas de categorías utilizados y para cada uno de los grupos de este estudio que componen la muestra clínica. Al igual que en el Estudio 2, la primera codificación se refiere a aquella en la que se ha utilizado el sistema de categorías de contenido presentado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002); y en la segunda codificación se ha utilizado la versión modificada del mismo (véase Apéndice C). Recordamos también, que cuando hablamos de primera evaluación nos referimos a la evaluación realizada en el grupo de población clínica antes de comenzar el proceso terapéutico y por segunda evaluación, entendemos la evaluación realizada al finalizar este proceso.

Tabla 3.5. Resultados del investigador principal

		PRIMERA CODIFICACIÓN POBLACIÓN CLÍNICA (TR. DEPRESIVOS)				SEGUNDA CODIFICACIÓN POBLACIÓN CLÍNICA (TR. DEPRESIVOS)				
		1ª EVALUACIÓN		2ª EVALUACIÓN		1ª EVALUACIÓN		2ª EVALUACIÓN		
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
ÁREA 1	1A	13	16.88	20	27.40	11	18.33	15	24.59	
	1B	22	28.57	20	27.40	27	45.00	21	34.43	
	1C	3	3.90	4	5.48	3	5.00	4	6.56	
	1D	6	7.79	3	4.11	8	13.33	3	4.92	
	1E	0	0.00	1	1.37	1	1.67	4	6.56	
	1F	9	11.69	11	15.07	9	15.00	12	19.67	
	1G	1	1.30	1	1.37	1	1.67	1	1.64	
	1H	21	27.27	10	13.70	0	0.00	1	1.64	
	1O	2	2.60	3	4.11	Total				
	Total	77	22.45	73	21.92	60	17.44	61	18.32	
ÁREA 2	2A	11	11.70	8	9.41	2A	9	9.78	7	8.86
	2B	22	23.40	21	24.71	2B	21	22.83	20	25.32
	2C	4	4.26	12	14.12	2C	22	23.91	26	32.91
						2D	32	34.78	21	26.58

	2D	31	32.98	22	25.88	
	2E	26	27.66	21	24.71	
	2F	0	0.00	1	1.18	
	2O	0	0.00	0	0.00	
Total		94	27.41	85	25.53	
ÁREA 3	3A	27	33.75	24	32.43	
	3B	16	20.00	19	25.68	
	3C	5	6.25	5	6.76	
	3D	6	7.50	2	2.70	
	3E	5	6.25	5	6.76	
	3F	6	7.50	5	6.76	
	3G	5	6.25	3	4.05	
	3H	7	8.75	6	8.11	
	3I	3	3.75	3	4.05	
	3O	0	0.00	2	2.70	
	Total		80	23.32	74	22.22
	ÁREA 4	4A	11	18.64	18	24.32
4B		10	16.95	11	14.86	
4C		9	15.25	10	13.51	
4D		9	15.25	10	13.51	
4E		2	3.39	3	4.05	
4F		4	6.78	10	13.51	
4G		1	1.69	2	2.70	
4H		10	16.95	4	5.41	
4O		3	5.08	6	8.11	
Total		59	17.20	74	22.22	
ÁREA 5	5A	2	15.38	1	10.00	
	5B	4	30.77	4	40.00	
	5C	6	46.15	4	40.00	
	5D	0	0.00	0	0.00	
	5E	1	7.69	0	0.00	
	5F	0	0.00	1	10.00	
	5O	0	0.00	0	0.00	
	Total		13	3.79	10	3.00
ÁREA 6	6A	8	40.00	6	35.29	
	6B	12	60.00	11	64.71	
	6O	0	0.00	0	0.00	
Total		20	5.83	17	5.11	
N° Constructos		343		333		
	2E	8	8.70	4	5.06	
	2F	0	0.00	1	1.27	
	2O	0	0.00	0	0.00	
	Total		92	26.74	79	23.72
ÁREA 3	3A	28	33.33	24	30.38	
	3B	21	25.00	29	36.71	
	3C	3	3.57	3	3.80	
	3D	7	8.33	2	2.53	
	3E	6	7.14	3	3.80	
	3F	6	7.14	5	6.33	
	3G	3	3.57	3	3.80	
	3H	8	9.52	6	7.59	
	3I	2	2.38	3	3.80	
	3O	0	0.00	1	1.27	
	Total		84	24.42	79	23.72
ÁREA 4	4A	11	14.47	19	22.89	
	4B	10	13.16	12	14.46	
	4C	8	10.53	13	15.66	
	4D	9	11.84	9	10.84	
	4E	2	2.63	3	3.61	
	4F	4	5.26	10	12.05	
	4G	3	3.95	2	2.41	
	4H	8	10.53	2	2.41	
	4I	18	23.68	8	9.64	
	4O	3	3.95	5	6.02	
Total		76	22.09	83	24.92	
ÁREA 5	5A	3	27.27	2	20.00	
	5B	4	36.36	4	40.00	
	5C	3	27.27	4	40.00	
	5D	1	9.09	0	0.00	
	5E	0	0.00	0	0.00	
	5O	0	0.00	0	0.00	
	Total		11	3.20	10	3.00
ÁREA 6	6A	9	42.86	10	47.62	
	6B	12	57.14	11	52.38	
	6O	0	0.00	0	0.00	
Total		21	6.10	21	6.31	
N° Constructos		344		333		

Para facilitar la interpretación de los resultados, presentamos la Tabla 3.6 donde aparecen únicamente los porcentajes por áreas de cada uno de los grupos de estudio y en relación a la primera codificación (usando el original SCCP) y segunda codificación (usando el SCCP modificado).

Tabla 3.6. *Tabla resumen de los resultados del investigador principal*

	Población clínica (tr. depresivos) Primera Evaluación (Pre)		Población clínica (tr. depresivos) Segunda Evaluación (Post)	
	Primera codificación	Segunda codificación	Primera codificación	Segunda codificación
Área Moral	22.45%	17.44%	21.92%	18.32%
Área Emocional	27.41%	26.74%	25.53%	23.72%
Área Relacional	23.32%	24.42%	22.22%	23.72%
Área Personal	17.20%	22.09%	22.22%	24.92%
Área Intelectual/ operacional	3.79%	3.20%	3.00%	3.00%
Área Valores e Intereses	5.83%	6.10%	5.11%	6.31%

En la Tabla 3.6, se constata cómo el área más codificada para los trastornos depresivos en su primera evaluación, es el área emocional. Este resultado es además similar tanto en la codificación con el SCCP original, como en la que utiliza la versión modificada del mismo. Sin embargo, se advierten diferencias en la evaluación posterior al proceso terapéutico. Utilizando el original sistema de categorías se obtiene un mayor porcentaje de constructos en el área emocional; sin embargo, tras su modificación encontramos un mayor porcentaje de constructos en el área personal.

Analizamos a nivel descriptivo las diferencias entre la evaluación inicial y final del proceso terapéutico, utilizando los resultados de la segunda codificación. Tal como muestran los resultados de la Tabla 3.6, nos encontramos en este sentido con un aumento del porcentaje correspondiente al área moral, personal y de valores e intereses;

y un descenso del porcentaje correspondiente al área emocional, relacional e intelectual/operacional. De todos estos cambios, las diferencias más llamativas a nivel descriptivo, corresponden al descenso del porcentaje del área emocional y al aumento del porcentaje en el área personal.

Con la finalidad de estudiar si estas diferencias encontradas entre la evaluación anterior y posterior al proceso terapéutico son o no significativas se realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba χ^2 (ji-cuadrado). Este análisis se realiza con los resultados de codificación del investigador principal con el uso del sistema de categorías modificado. Véase Tabla 3.7

Tabla 3.7. Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos

		ÁREA						Total
		Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual, operacional	Valores, intereses	
Primera Eval.	Fr.	60	92	84	76	11	21	344
	Fr. esperada	61.5	86.9	82.8	80.8	10.7	21.3	344.0
	%	49.6	53.8	51.5	47.8	52.4	50.0	50.8
	R. C.	-.3	.9	.2	-.9	.1	-.1	
Segunda Eval.	Fr.	61	79	79	83	10	21	333
	Fr. esperada	59.5	84.1	80.2	78.2	10.3	20.7	333.0
	%	50.4	46.2	48.5	52.2	47.6	50.0	49.2
	R. C.	.3	-.9	-.2	.9	-.1	.1	
Total	Recuento	121	171	163	159	21	42	677

Nota. RC.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

Los resultados del análisis indican que no existen diferencias significativas $\chi^2 (5, 677) = 1.327, p = .932$. El valor $p = .932$ que se compara con el alfa de significación (asumido como 5%), es muy alto para rechazar la hipótesis nula (independencia entre las variables).

Aunque las diferencias por áreas no son significativas, se efectúa un segundo análisis en el que se contrastan las categorías de contenido dentro de cada área temática. En primer lugar este análisis se efectúa a nivel descriptivo en relación al área emocional, siendo ésta la que presenta un mayor porcentaje de constructos en la evaluación inicial al proceso terapéutico. Véase Tabla 3.8

Tabla 3.8. *Tabla resumen de los resultados del investigador principal en el área emocional*

		Primera codificación		Segunda codificación	
		1ª Evaluación (Pre)	2ª Evaluación (Post)	1ª Evaluación (Pre)	2ª Evaluación (Post)
		%	%	%	%
ÁREA 2: Emocional	2A: visceral-racional	11.70	9.41	9.78	8.86
	2B: cálida-fría. sensible-insensible	23.40	24.71	22.85	25.32
	2C: optimista-pesimista	4.26	14.12	23.91	32.91
	2D: equilibrada-desequilibrada	32.98	25.88	34.78	26.58
	2E: emociones concretas	27.66	24.71	8.70	5.06
	2F: sexualidad	0.00	1.18	0.00	1.27
	2O: otros	0.00	0.00	0.00	0.00
Total		27.41	25.53	26.74	23.72

Analizando descriptivamente los resultados de la Tabla 3.8 observamos como la categoría que presenta un mayor porcentaje de constructos dentro de esta área es la 2D (equilibrada-desequilibrada), resultado similar al obtenido en el Estudio 2.

Si analizamos dentro del área emocional, las diferencias entre el uso del original SCCP y la versión modificada, los resultados indican que estas diferencias se encuentran en las categorías 2C (optimista-pesimista) y 2E (emociones concretas). Al igual que en los resultados del Estudio 2 en el grupo de población clínica con trastornos depresivos, desciende la codificación en la categoría 2E y aumenta en la categoría 2C, las razones de ello podrían ser similares para ambos estudios (véase Tabla 2.6 del Estudio 2).

Analizando los cambios que se producen entre la evaluación inicial y final del proceso terapéutico en el área emocional (véase Tabla 3.8), se advierte un aumento de la codificación en la categoría 2C (optimista-pesimista) y un descenso de la categoría 2D (equilibrada-desequilibrada).

En relación al área personal, analizamos descriptivamente los resultados de su codificación (véase Tabla 3.9). Entre la evaluación inicial y final del proceso terapéutico, se produce un aumento del porcentaje de constructos de tipo personal y este resultado se mantiene ante la utilización del original SCCP y en su versión

modificada. Centrándonos en los resultados de la segunda codificación (versión modificada del SCCP), observamos como el mayor porcentaje de codificación en el área personal y en la evaluación posterior al proceso terapéutico, corresponde a la categoría 4A (fuerte-débil). Los principales cambios entre la evaluación inicial y final en esta área, se resumen en: Un descenso en el porcentaje de codificación de la categoría 4I (responsable-irresponsable), un descenso en la categoría 4H (madura-inmadura) y un aumento en la categoría 4A (fuerte-débil), 4F(flexible-rígida) y 4C (trabajadora-vaga). Aunque se producen cambios en otras categorías, estos parecen ser los más llamativos.

Tabla 3.9. Tabla resumen de los resultados del investigador principal en el área personal

		Primera codificación		Segunda codificación		
		1ª Evaluación (Pre)	2ª Evaluación (Post)	1ª Evaluación (Pre)	2ª Evaluación (Post)	
		%	%	%	%	
ÁREA 4: Personal	4A: Fuerte-Débil	18.64	24.32	4A: Fuerte-Débil	14.47	22.89
	4B: Activa-Pasiva	16.95	14.86	4B: Activa-Pasiva	13.16	14.46
	4C: Trabajadora-Vaga	15.25	13.51	4C: Trabajadora-Vaga	10.53	15.66
	4D: Ordenada-Caótica	15.25	13.51	4D: Ordenada-Caótica	11.84	10.84
	4E: Decidida-Indecisa	3.39	4.05	4E: Decidida-Indecisa	2.63	3.61
	4F: Flexible-Rígida	6.78	13.51	4F: Flexible-Rígida	5.26	12.05
	4G: Reflexiva-Superficial	1.69	2.70	4G: Reflexiva-Superficial	3.95	2.41
	4H: Madura-Inmadura	16.95	5.41	4H: Madura-Inmadura	10.53	2.41
	4I: Otros	5.08	8.11	4I: Responsable-Irresponsable	23.68	9.64
				4I: Otros	3.95	6.02
Total	17.20	22.22		22.09	24.92	

Los resultados comentados han sido tan sólo algunas de las posibles observaciones extraídas de las correspondientes tablas. Estos datos podrían ser utilizados en posteriores investigaciones para análisis más concretos y detallados.

Con la finalidad de saber si las diferencias descriptivas que se han detallado anteriormente, en relación al área emocional y personal, al igual que las relacionadas con el resto de áreas, son o no significativas, se han realizado pruebas χ^2 (ji-cuadrado) entre la distribución del contenido de los constructos que las dos muestras de población clínica (primera evaluación y segunda evaluación) mostraron en las categorías intra-área. En todos los análisis se ha aplicado la corrección de Yates ya que nos encontramos con frecuencias esperadas inferiores a cinco, excepto en el área de valores e intereses donde no hay ninguna celdilla con frecuencia esperada inferior a cinco.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área moral ha sido $\chi^2(7, 121) = 9.07$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 7 grados de libertad es 14.07, el valor obtenido de 9.07 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área emocional ha sido $\chi^2(5, 171) = 5.35$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 5 grados de libertad es 11.07, el valor obtenido de 5.35 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área relacional ha sido $\chi^2(9, 163) = 8.73$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 9 grados de libertad es 16.92, el valor obtenido de 8.73 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área personal ha sido $\chi^2(9, 159) = 15.05$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 9 grados de libertad es 16.92, el valor

obtenido de 15.05 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área intelectual / operacional ha sido $\chi^2(3, 21) = 2.85$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 3 grados de libertad es 7.82, el valor obtenido de 2.85 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) en el área de valores e intereses no indica diferencias significativas en la distribución de sus constructos $\chi^2(1, 42) = 0.096$, $p = .756$. En esta área no se hallan frecuencias esperadas inferiores a cinco, por lo tanto no se aplica la Corrección de Yates.

Como siguiente nivel de análisis, comparamos los resultados obtenidos en la muestra de población clínica y una muestra de población no clínica. El objetivo es comprobar si existen diferencias en el sistema de construcción de clientes con trastornos depresivos que han finalizado un proceso terapéutico y un grupo de población no clínica. Para ello se ha utilizado la versión modificada del SCCP y los resultados del investigador. El resultado de estos análisis se muestra en la Tabla 3.10

Tabla 3.10. *Tabla comparativa de los resultados de la primera y segunda evaluación del grupo de población clínica con la población no clínica.*

	Población clínica (Tr. depresivos)		Población no clínica
	1ª Evaluación (Pre) <i>n = 21</i>	2ª Evaluación (Post) <i>n = 21</i>	<i>n = 21</i>
Área Moral	17.44%	18.32%	22.58%
Área Emocional	26.74%	23.72%	18.28%
Área Relacional	24.42%	23.72%	30.82%
Área Personal	22.09%	24.92%	20.79%
Área Intelectual/ operacional	3.20%	3%	4.66%
Área Valores e Intereses	6.10%	6.31%	2.87%

A nivel descriptivo, los resultados de la Tabla 3.10 nos muestran diferencias entre el sistema de construcción de los clientes en la evaluación posterior al proceso terapéutico y el sistema de construcción de una muestra de población no clínica. Con la finalidad de estudiar si estas diferencias son significativas, se realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba χ^2 (ji-cuadrado). Este análisis se realiza con los resultados de codificación del investigador principal usando el sistema de categorías modificado. Véase Tabla 3. 11

Tabla 3.11. Frecuencia de constructos, porcentaje por áreas y residuos corregidos

		Áreas						Total
		Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual/ operacional	Valores e Intereses	
Clínica/ 2ª Evaluación	Fr.	61	79	79	83	10	21	333
	Fr. esperada	67.5	70.7	89.8	76.7	12.5	15.8	
	%	49.2%	60.8%	47.9%	58.9%	43.5%	72.4%	
No clínica	R. C.	-1.3	1.6	-2.0	1.2	-1.1	2.0	279
	Fr.	63	51	86	58	13	8	
	Fr. esperada	56.5	59.3	75.2	64.3	10.5	13.2	
	%	50.8%	39.2%	52.1%	41.1%	56.5%	27.6%	
	R. C.	1.3	-1.6	2.0	-1.2	1.1	-2.0	
Total	Recuento	124	130	165	141	23	29	612

Nota. RC.: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. Esperada: Frecuencia esperada

Los resultados de los análisis indican que existen diferencias significativas $\chi^2 (5, 612) = 12.343, p = .030$. Concretamente el valor $p = .030$ nos indica diferencias probablemente significativas entre la segunda evaluación (posterior al proceso terapéutico) realizada al grupo de población clínica (depresión) y el grupo de población no clínica. Atendiendo al valor de los residuos corregidos (R. C.) que se muestran en la Tabla 3.11 identificamos los que superan 1.96 ($\alpha = 0.05$) para conocer las áreas concretas a las que se debe tal diferencia. Del examen de estos valores se pueden obtener las siguientes consideraciones: las máximas diferencias en la distribución del contenido de los constructos personales se encuentran en el área relacional y el área de valores e intereses. El grupo de población no clínica presenta un mayor número de constructos de tipo relacional en comparación con el grupo de población clínica

evaluado después del proceso terapéutico y éste último presenta un mayor número de constructos en relación al área de valores e intereses en comparación con el grupo de población no clínica.

Se efectúa un segundo análisis en el que se contrastan las categorías de contenido dentro de cada área temática, con la finalidad de saber si existen diferencias significativas entre el grupo de población clínica evaluado después del proceso terapéutico y el grupo de población no clínica. En este sentido, se han realizado pruebas χ^2 (ji-cuadrado) entre la distribución del contenido de los constructos que los dos grupos mostraron en las categorías intra-área. En todos los análisis se ha aplicado la corrección de Yates ya que nos encontramos con frecuencias esperadas inferiores a cinco.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área moral ha sido $\chi^2(7, 124) = 4.01$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 7 grados de libertad es 14.07, el valor obtenido de 4.01 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área emocional ha sido $\chi^2(5, 130) = 5.54$, $p = .756$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 5 grados de libertad es 11.07, el valor obtenido de 5.54 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área relacional ha sido $\chi^2(9, 165) = 8.26$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 9 grados de libertad es 16.92, el valor obtenido de 8.26 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área personal ha sido $\chi^2(9, 141) = 7.39$, $p = .756$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 9 grados de libertad es 16.92,

el valor obtenido de 7.39 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área intelectual/operacional ha sido $\chi^2 (3, 23) = 2.71$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 3 grados de libertad es 7.82, el valor obtenido de 2.71 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

El resultado de la prueba χ^2 (ji-cuadrado) aplicando la corrección de Yates en el área de valores e intereses ha sido $\chi^2 (1, 29) = 1.98$. Si para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji cuadrado con 1 grado de libertad es 3.84, el valor obtenido de 1.98 es inferior, por lo tanto aceptamos la hipótesis nula y concluimos que las diferencias no son significativas.

5. FIABILIDAD DEL ESTUDIO

Para determinar la fiabilidad del estudio se ha empleado el método de acuerdo entre jueces. Cinco psicólogos fueron grupalmente entrenados en la codificación de constructos usando el SCCP. Como ya hemos comentado anteriormente, estos jueces codificaron simultáneamente la muestra de constructos del Estudio 2 y 3. Recordamos que las dificultades que a nivel individual se encontraron llevaron a plantear una serie de modificaciones en el SCCP. Tras consensuar estas modificaciones entre los jueces y el investigador (véase Apéndice C) se planteó una segunda codificación de los constructos en base a estas modificaciones. Un accidente de tráfico impide a uno de los jueces (juez 2) participar en la segunda codificación.

La Tablas 3.12 y 3.13 muestran los resultados por áreas obtenidos por los jueces en la primera codificación, usando el sistema de categorías elaborado por Feixas, Geldschläger, Carmona et al. (2002).

Tabla 3.12. Resultados del investigador y los jueces en la primera codificación de la población clínica (tr. depresivos) en su primera evaluación anterior al proceso terapéutico.

PRIMERA CODIFICACIÓN de investigador y jueces												
PRIMERA EVALUACIÓN (PRE)												
	Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Área 1	77	22.45	68	20.92	69	20.91	81	22.88	76	22.62	81	23.48
Área 2	94	27.41	89	27.38	89	26.97	92	25.99	88	26.19	90	26.09
Área 3	80	23.32	75	23.08	80	24.24	85	24.01	84	25.00	80	23.19
Área 4	59	17.20	58	17.85	63	19.09	61	17.23	56	16.67	60	17.39
Área 5	13	3.79	14	4.31	10	3.03	13	3.67	11	3.27	14	4.06
Área 6	20	5.83	21	6.46	19	5.76	22	6.21	21	6.25	20	5.80

N°
Constructos 343 325 330 354 336 345

Tabla 3.13. Resultados del investigador y los jueces en la primera codificación de la población clínica (tr. depresivos) en su segunda evaluación posterior al proceso terapéutico.

PRIMERA CODIFICACIÓN de investigador y jueces												
SEGUNDA EVALUACIÓN (POST)												
	Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Área 1	73	21.92	74	22.63	62	19.31	88	25.81	74	22.91	77	22.99
Área 2	85	25.53	83	25.38	73	22.74	81	23.75	73	22.60	75	22.39
Área 3	74	22.22	75	22.94	87	27.10	77	22.58	74	22.91	82	24.48
Área 4	74	22.22	70	21.41	79	24.61	69	20.23	79	24.46	71	21.19
Área 5	10	3.00	11	3.36	8	2.49	11	3.23	10	3.10	11	3.28
Área 6	17	5.11	14	4.28	12	3.74	15	4.40	13	4.02	19	5.67

N°
Constructos 333 327 321 341 323 335

La Tablas 3.14 y 3.15 muestran los resultados por áreas obtenidos por los jueces en la segunda codificación, usando el sistema de categorías modificado (para modificaciones, véase Apéndice C).

Tabla 3.14. Resultados del investigador y los jueces en la segunda codificación de la población clínica (tr. depresivos) en su primera evaluación anterior al proceso terapéutico

SEGUNDA CODIFICACIÓN de investigador y jueces PRIMERA EVALUACIÓN (PRE)										
	Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Área 1	60	17.44	59	17.15	60	17.39	60	17.60	60	17.29
Área 2	92	26.74	92	26.74	93	26.96	89	26.10	93	26.80
Área 3	84	24.42	84	24.42	83	24.06	84	24.63	84	24.21
Área 4	76	22.09	76	22.09	76	22.03	76	22.29	77	22.19
Área 5	11	3.20	12	3.49	11	3.19	11	3.23	12	3.46
Área 6	21	6.10	21	6.10	22	6.38	21	6.16	21	6.05
N° Constructos	344		344		345		341		347	

Tabla 3.15. Resultados del investigador y los jueces en la segunda codificación de la población clínica (tr. depresivos) en su segunda evaluación posterior al proceso terapéutico.

SEGUNDA CODIFICACIÓN de investigador y jueces SEGUNDA EVALUACIÓN (POST)										
	Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Área 1	61	18.32	60	18.02	60	18.02	60	18.24	61	18.37
Área 2	79	23.72	80	24.02	78	23.42	78	23.71	80	24.10
Área 3	79	23.72	79	23.72	80	24.02	77	23.40	75	22.59
Área 4	83	24.92	83	24.92	84	25.23	85	25.84	87	26.20
Área 5	10	3.00	11	3.30	10	3.00	10	3.04	10	3.01
Área 6	21	6.31	20	6.01	21	6.31	19	5.78	19	5.72
N° Constructos	333		333		333		329		332	

En general, estos datos (Tablas 3.12 - 3.15) apoyan los resultados obtenidos por el investigador principal; no obstante, se observan ciertas discrepancias. En la primera evaluación (pre) del grupo de población clínica, tanto el investigador como los jueces están de acuerdo en la primera codificación en que el mayor porcentaje de constructos corresponde al área emocional (véase Tabla 3.12). Sin embargo, en la segunda evaluación (post) de esta primera codificación, el mayor porcentaje de constructos no coincide en el mismo área para todos, el investigador y el juez 1 obtienen un mayor

porcentaje del área emocional, el juez 2 y el 5 en el área relacional, el juez 3 en el área moral y el juez 4 en el área personal (véase Tabla 3.13). En cuanto a la segunda codificación, usando el sistema de categorías ya modificado, los resultados son más similares; en este caso todos los jueces coinciden con el investigador en un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional en la primera evaluación, anterior al proceso terapéutico (véase Tabla 3.14) y un mayor porcentaje del área personal en la segunda evaluación, posterior al proceso terapéutico (véase Tabla 3.15).

Los datos obtenidos en el nivel de categorías para cada una de las áreas y para cada uno de los jueces, nos aportan mayor información sobre la fiabilidad de nuestro estudio. Debido a su extensión, el contenido completo de estos datos se aporta como Anexo (véase Apéndice F, Tablas F1 - F 4). Nos limitaremos a comentar los resultados en relación a dos de las áreas que más nos interesan: el área emocional (debido a su mayor codificación en la evaluación anterior al proceso terapéutico) y el área personal (debido a su mayor codificación en la evaluación posterior al proceso terapéutico). Véase Tablas 3.16 y 3.17 en relación al área emocional y Tabla 3.17 sobre al área personal.

Tabla 3.16. *Resultados de la codificación en el área emocional por parte del investigador y los jueces. Primera codificación en la evaluación anterior al proceso terapéutico en el grupo de población clínica (tr. depresivos).*

		PRIMERA CODIFICACIÓN											
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión) - PRIMERA EVALUACIÓN (PRE)											
		Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
ÁREA 2	2A: visceral-racional	11	11.70	9	10.11	9	10.11	10	10.87	9	10.23	11	12.22
	2B: cálida-fría. sensible-insensible	22	23.40	20	22.47	21	23.60	22	23.91	18	20.45	20	22.22
	2C: optimista-pesimista	4	4.26	6	6.74	7	7.87	6	6.52	4	4.55	7	7.78
	2D: equilibrada-desequilibrada	31	32.98	32	35.96	29	32.58	30	32.61	33	37.50	30	33.33
	2E: emociones concretas	26	27.66	22	24.72	23	25.84	24	26.09	24	27.27	22	24.44
	2F: sexualidad	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2O: otros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		94	27.41	89	27.38	89	26.97	92	25.99	88	26.19	90	26.09

Tabla 3.17. Resultados de la codificación en el área emocional por parte del investigador y los jueces. Segunda codificación en la evaluación anterior al proceso terapéutico en el grupo de población clínica (tr. depresivos).

		SEGUNDA CODIFICACIÓN									
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión) PRIMERA EVALUACIÓN (PRE)									
		Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
ÁREA 2	2A: visceral-racional	9	9.78	8	8.70	9	9.68	7	7.87	9	9.68
	2B: cálida-fría. sensible-insensible	21	22.83	21	22.83	22	23.66	21	23.60	22	23.66
	2C: optimista-pesimista	22	23.91	22	23.91	23	24.73	21	23.60	23	24.73
	2D: equilibrada-desequilibrada	32	34.78	33	35.87	31	33.33	32	35.96	31	33.33
	2E: emociones concretas	8	8.70	8	8.70	8	8.60	8	8.99	8	8.60
	2F: sexualidad	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2O: otros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		92	26.74	92	26.74	93	26.96	89	26.10	93	26.80

Los resultados obtenidos por los jueces y el investigador principal, señalan un elevado porcentaje de constructos en la categoría 2D, independientemente del sistema de categorías utilizado. Si observamos los cambios que se producen entre la codificación que utiliza el original SCCP y su versión modificada (véase Tabla 3.16 y 3.17), los resultados muestran un aumento del porcentaje de constructos en la categoría 2C y un descenso en la categoría 2E (resultado que ha sido analizado también en el Estudio 2 en relación a la Tabla 2.6).

Los resultados de codificación en el área personal se muestran en la Tabla 3.18. En la evaluación posterior al proceso terapéutico y habiendo utilizado el sistema de categorías modificado (segunda codificación), todos los jueces coinciden con el investigador en un mayor porcentaje de constructos en el área personal; y como señalan los resultados de la Tabla 3.18, coinciden también en la categoría 4A, como la más codificada en el área personal.

Tabla 3.18. Resultados de la codificación en el área personal por parte del investigador y los jueces. Segunda codificación en la evaluación posterior al proceso terapéutico en el grupo de población clínica (tr. depresivos).

		SEGUNDA CODIFICACIÓN									
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión)									
		SEGUNDA EVALUACIÓN (POST)									
		Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
ÁREA 4	4A: Fuerte-Débil	19	22.89	19	22.89	19	22.62	19	22.35	19	21.84
	4B: Activa-Pasiva	12	14.46	12	14.46	13	15.48	12	14.12	13	14.94
	4C: Trabajadora-Vaga	13	15.66	11	13.25	11	13.10	13	15.29	11	12.64
	4D: Ordenada-Caótica	9	10.84	11	13.25	8	9.52	9	10.59	9	10.34
	4E: Decidida-Indecisa	3	3.61	3	3.61	3	3.57	3	3.53	3	3.45
	4F: Flexible-Rígida	10	12.05	9	10.84	8	9.52	9	10.59	10	11.49
	4G: Reflexiva-Superficial	2	2.41	3	3.61	4	4.76	4	4.71	4	4.60
	4H: Madura-Inmadura	2	2.41	2	2.41	2	2.38	2	2.35	2	2.30
	4I: Responsable-Irresponsable	8	9.64	8	9.64	10	11.90	8	9.41	11	12.64
	40: Otros	5	6.02	5	6.02	6	7.14	6	7.06	5	5.75
Total		83	24.92	83	24.92	84	25.23	85	25.84	87	26.20

Como siguiente nivel de análisis, se han comparado los resultados por áreas de la primera evaluación (previa al proceso terapéutico) y la segunda (posterior al proceso terapéutico) para el grupo de población clínica de estudio (trastornos depresivos). Como ya hemos mencionado, utilizando el sistema de categorías modificado, todos los jueces coinciden con el investigador en un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional en la primera evaluación y un mayor porcentaje de constructos personales en la segunda; sin embargo, no hemos analizado todavía si los cambios entre la evaluación inicial y final que obtiene el investigador por áreas, son similares a los resultados de los jueces. Analizaremos estos cambios por áreas sirviéndonos de los resultados que se muestran en la Tabla 3.19.

Tabla 3.19. Resultados de la segunda codificación por áreas tanto por parte del investigador como de los jueces. Evaluación Pre y Post

	Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Área Moral	17.44%	18.32%	17.15%	18.02%	17.39%	18.02%	17.60%	18.24%	17.29%	18.37%
Área Emocional	26.74%	23.72%	26.74%	24.02%	26.96%	23.42%	26.10%	23.71%	26.80%	24.10%
Área Relacional	24.42%	23.72%	24.42%	23.72%	24.06%	24.02%	24.63%	23.40%	24.21%	22.59%
Área Personal	22.09%	24.92%	22.09%	24.92%	22.03%	25.23%	22.29%	25.84%	22.19%	26.20%
Área Int/Operac.	3.20%	3%	3.49%	3.30%	3.19%	3%	3.23%	3.04%	3.46%	3.01%
Área Valores e Intereses	6.10%	6.31%	6.10%	6.01%	6.38%	6.31%	6.16%	5.78%	6.05%	5.72%

Los resultados del investigador reflejados en la Tabla 3.19 indican que entre la evaluación inicial y final del proceso terapéutico se produce: a) Un aumento del porcentaje de constructos correspondientes al área moral; b) Un descenso en el porcentaje correspondiente al área emocional; c) Un descenso en el porcentaje correspondiente al área relacional; d) Un aumento en el porcentaje correspondiente al área personal; e) Un descenso en el porcentaje correspondiente al área intelectual/operacional y f) Un aumento del porcentaje correspondiente al área de valores e intereses.

Los resultados de los jueces (véase Tabla 3.19) coinciden con los resultados del investigador en todas las áreas excepto en el área 6 (Valores e intereses). Para el investigador se produce un ligero aumento en el porcentaje de esta área mientras que para los jueces se produce un ligero descenso de la misma. Investigador y jueces coinciden en que los cambios, a nivel descriptivo, entre la primera y segunda evaluación, aparecen en el área emocional y personal.

En relación a las categorías del área emocional, los resultados que se muestran en la Tabla 3.20 indican que tanto los jueces como el investigador, obtienen resultados similares respecto a los cambios que se producen entre la evaluación inicial y final del proceso terapéutico. Entre sus resultados se encuentran, el aumento del porcentaje de constructos de la categoría 2C (optimista-pesimista) y el descenso de la categoría 2D

(equilibrada-desequilibrada). Se producen también cambios similares en cuanto al aumento del porcentaje de constructos de la categoría 2B (cálida-fría, sensible-insensible), el descenso de la categoría 2E (emociones concretas) y el aumento de la categoría 2F (sexualidad). Sin embargo, existen discrepancias en cuanto a los cambios de la categoría 2A (visceral-racional); los resultados del investigador, el juez 3 y el juez 5 indican que se produce un descenso del porcentaje de constructos de esta categoría, mientras que los resultados del juez 1 y el juez 4 indican un aumento del mismo.

Tabla 3.20. Resultados de la segunda codificación en el área emocional tanto por parte del investigador como de los jueces. Evaluación Pre y Post

		Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
ÁREA 2: Emocional	2A: visceral-racional	9.78	8.86	8.7	8.75	9.68	7.69	7.87	8.97	9.68	8.75
	2B: cálida-fría. sensible-insensible	22.9	25.32	22.8	26.3	23.7	25.6	23.6	25.6	23.7	26.3
	2C: optimista-pesimista	23.9	32.91	23.9	32.5	24.7	33.3	23.6	33.3	24.7	32.5
	2D: equilibrada-desequilibrada	34.8	26.58	35.9	26.3	33.3	26.9	36	26.9	33.3	26.3
	2E: emociones concretas	8.7	5.06	8.7	5	8.6	5.13	8.99	5.13	8.6	5
	2F: Sexualidad	0	1.27	0	1.25	0	1.28	0	0	0	1.25
	2O: Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		26.7	23.72	26.7	24	27	23.4	26.1	23.7	26.8	24.1

Los cambios entre la primera y la segunda evaluación asociados al área personal aparecen reflejados en la Tabla 3.21. Tanto los jueces como el investigador obtienen resultados similares que reflejan un descenso del porcentaje de constructos de la categoría 4I (responsable-irresponsable) y 4H (madura e inmadura); y un aumento del porcentaje de constructos de la categoría 4A (fuerte-débil). Otros cambios de menor envergadura y que también han mostrado consenso entre los jueces, indican un aumento del porcentaje de constructos de la categoría 4C (trabajadora-vaga), 4E (decidida-

indecisa), 4F (flexible-rígida) y 4O (otros). También aparecen algunas discrepancias entre los jueces en relación a la categoría 4B (activa-pasiva) y 4D (ordenada-caótica), para todos los jueces excepto el juez 1, se produce un aumento del porcentaje de constructos de la categoría 4B y un descenso en el porcentaje de la categoría 4D. También se observan discrepancias entre los resultados de los jueces, respecto a la categoría 4G (reflexiva-superficial), todos los resultados parecen indicar un descenso del porcentaje de constructos en esta categoría, excepto para el juez 4 y 5.

Tabla 3.21. Resultados de la segunda codificación en el área personal tanto por parte del investigador como de los jueces. Evaluación Pre y Post

		Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
ÁREA 4	4A: Fuerte-Débil	14.47	22.89	14.5	22.89	15.8	22.62	14.5	22.35	16.9	21.84
	4B: Activa-Pasiva	13.16	14.46	14.5	14.46	14.5	15.48	13.2	14.12	13	14.94
	4C: Trabajadora-Vaga	10.53	15.66	7.89	13.25	9.21	13.10	9.21	15.29	10.4	12.64
	4D: Ordenada-Caótica	11.84	10.84	13.2	13.25	10.5	9.52	11.8	10.59	11.7	10.34
	4E: Decidida-Indecisa	2.63	3.61	2.63	3.61	2.63	3.57	2.63	3.53	2.6	3.45
	4F: Flexible-Rígida	5.26	12.05	5.26	10.84	3.95	9.52	5.26	10.59	3.9	11.49
	4G: Reflexiva-Superficial	3.95	2.41	3.95	3.61	5.26	4.76	3.95	4.71	3.9	4.60
	4H: Madura-Inmadura	10.53	2.41	10.5	2.41	10.5	2.38	10.5	2.35	10.4	2.30
	4I: Responsable-Irresponsable	23.68	9.64	23.7	9.64	23.7	11.90	25	9.41	23.4	12.64
	4O: Otros	3.95	6.02	3.95	6.02	3.95	7.14	3.95	7.06	3.9	5.75
Total		22.09	24.92	22.1	24.92	22	25.23	22.3	25.84	22.2	26.20

Posteriormente, como nuevo nivel de análisis, se han analizado las correlaciones entre las frecuencias obtenidas por cada juez, en cada una de las categorías correspondientes a cada área y en cada uno de los grupos de estudio. Los resultados se muestran en la Tabla 3.22

Tabla 3.22. *Correlaciones entre los jueces en las distintas categorías correspondientes a cada área, en cada grupo y en cada una de las codificaciones.*

	Primera codificación		Segunda codificación	
	Primera evaluación (Pre)	Segunda evaluación (Post)	Primera evaluación (Pre)	Segunda evaluación (Post)
A. MORAL	.97	.96	.99	.99
A. EMOCIONAL	.99	.96	.99	.99
A. RELACIONAL	.97	.97	.99	.99
A. PERSONAL	.9	.88	.99	.98
A. INTELLECTUAL/ OPERACIONAL	.85	.81	.94	.99
A. VALORES E INTERESES	.99	.98	.99	.98

Los resultados de la Tabla 3.22 indican que en la segunda codificación (usando el sistema de categorías modificado), las correlaciones entre los jueces con respecto a la frecuencia de codificaciones en las categorías correspondientes a cada área son mayores que en la primera codificación (usando el original SCCP).

Otro de los coeficientes utilizados ha sido la K de Cohen (1960), el cual utiliza las distribuciones marginales de las categorías de cada juez para calcular la probabilidad de acuerdo casual, dadas estas distribuciones. Este coeficiente ha sido calculado para cada par de jueces. El análisis se ha realizado tanto por áreas como por categorías y con respecto a cada uno de los polos del constructo. Los resultados de este índice reflejan muy buen nivel de acuerdo, con valores Kappa superiores a 0.7 (véase Estudio 1, Apartado 3.4 para la interpretación de los valores Kappa). Debido a la extensión de estos resultados, se muestran como anexo en el Apéndice F (véanse Tablas F 5-F 20)

Los resultados muestran que los índices de concordancia Kappa son superiores en la segunda codificación (usando el sistema de categorías modificado). La Tabla 3.23 muestra de forma resumida, los índices más bajos de concordancia en cada uno de los grupos de estudio. Los resultados de los índices Kappa respecto a la muestra no clínica se realizaron en el Estudio 2 (véase Tabla 2.19)

Tabla 3.23. Índices de concordancia Kappa inferiores en cada uno de los grupos de estudio.

				Primera codificación	Segunda codificación
MUESTRA DE POBLACIÓN CLÍNICA	Primera evaluación (Pre)	Por áreas	Polo 1	.808	.969
			Polo 2	.824	.961
		Por categorías	Polo 1	.825	.958
			Polo 2	.835	.951
	Segunda evaluación (Post)	Por áreas	Polo 1	.765	.964
			Polo 2	.761	.964
		Por categorías	Polo 1	.757	.954
			Polo 2	.746	.947

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación presentamos una discusión de los resultados en función de nuestras hipótesis.

Los resultados del Estudio 2 mostraban diferencias significativas entre un grupo de población clínica (trastornos depresivos) y una muestra de población no clínica, en la distribución del contenido de sus constructos personales en las áreas del SCCP. En base a estos resultados, nuestra primera hipótesis predecía diferencias también significativas entre la evaluación anterior y posterior a un proceso terapéutico, en este mismo grupo de población clínica (trastornos depresivos). Sin embargo, los resultados de este estudio indican que las diferencias encontradas no son significativas, cuestionando así la validez de nuestra primera hipótesis.

De acuerdo a los resultados del Estudio 2 y de anteriores investigaciones, como la de Silverman (1977) y Montesano et al. (2009), la segunda hipótesis de este estudio predecía un mayor porcentaje de constructos emocionales en el grupo de población clínica (trastornos depresivos) antes de iniciar un proceso terapéutico. Los resultados de este estudio confirman esta hipótesis.

En esta segunda hipótesis también se predecía que la distribución del contenido de los constructos personales de este grupo de población clínica (trastornos depresivos)

al finalizar el proceso terapéutico se asemejaría a la que presenta una muestra de población no clínica, con un mayor porcentaje de constructos de tipo relacional (en base a los resultados del Estudio 2 y de la investigación de Montesano et al., 2009). Sin embargo, los resultados de este estudio indican que la evaluación posterior al proceso terapéutico no presenta un mayor porcentaje de constructos en el área relacional tal como se había hipotetizado, sino en el área personal. Además, los análisis indican diferencias significativas entre la evaluación posterior al proceso terapéutico y la muestra de población no clínica, invalidando también nuestra cuarta hipótesis. Concretamente, las diferencias más significativas entre ambos grupos se reflejan en el área relacional (siendo la muestra de población no clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área) y el área de valores e intereses (siendo la muestra de población clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área).

La tercera hipótesis anticipaba que los cambios asociados a una reducción de la sintomatología en las personas con depresión a lo largo del proceso terapéutico tendrían lugar junto a una reducción del porcentaje de constructos en el área emocional en mayor medida y de forma secundaria, en el área de valores e intereses, además de un aumento en el porcentaje de constructos del área moral. Esta hipótesis se establece en base a los resultados del Estudio 2, de los cuales se concluye que las diferencias significativas entre este grupo de población clínica y la muestra de población no clínica se deben al área emocional, de valores e intereses y el área moral; con un mayor porcentaje de las dos primeras en el grupo de población clínica y con un mayor porcentaje del área moral en la muestra de población no clínica. Aunque los resultados de este estudio no indican diferencias significativas, observamos a nivel descriptivo una tendencia al cambio; concretamente se produce un descenso de constructos de tipo emocional y un aumento de constructos de tipo personal. En menor medida se observa una tendencia a aumentar el porcentaje de constructos de tipo moral y cambios casi imperceptibles en el área de valores e intereses.

Los resultados de este estudio siguen indicando que existe una asociación entre los trastornos depresivos y el contenido de sus constructos personales. Sin duda,

confirmamos el predominio de constructos emocionales en los trastornos depresivos. Sin embargo, este contenido no parece jugar un papel muy relevante en el mantenimiento de la sintomatología depresiva, puesto que no se producen cambios significativos en este sentido tras finalizar un proceso terapéutico.

En nuestro interés por confirmar otra posible dirección en la asociación de los trastornos depresivos y el contenido de sus constructos personales, nos hemos dirigido impulsivamente a comparar este grupo de población clínica con una muestra de población no clínica, entre las cuales además se hallaban diferencias significativas. Sin embargo, tras nuestros resultados, resultaría incoherente comparar a este grupo de población clínica con una muestra de población no clínica, con la cual se obtienen patrones diferenciales significativos incluso después de haber finalizado un proceso terapéutico. En caso de establecerse una dirección alternativa respecto a esta asociación entre los trastornos depresivos y el contenido de sus constructos personales, debiera hacerse en relación a sus propias características una vez que se ha reducido su sintomatología. En este sentido encontramos que en los trastornos depresivos no existen diferencias significativas entre el momento anterior y posterior a un proceso terapéutico, respecto al contenido de sus constructos personales. No obstante, se observa una tendencia hacia un mayor porcentaje de constructos de tipo personal en la evaluación posterior al proceso terapéutico, con lo cual, es posible que lo que caracterice a la depresión sea también un bajo porcentaje de constructos de tipo personal.

Por otro lado, los resultados de este estudio parecen de nuevo concordar con la teoría que sugiere que el área problemática es primaria y que los individuos elaboran su sistema de constructos en esa área (Silverman, 1977). En este caso, el estudio longitudinal nos aporta más información sobre la polémica dirección que toma esta asociación. Recordamos como, algunos autores, entre ellos, Smail (1978) y Winter (1992), concluyen que el área predominante determina la forma que el cliente elige para expresar su dolor o angustia; mientras que otros autores como Button (1985) plantean la posibilidad de que sean los síntomas los que desarrollen ese estilo cognitivo particular y no al revés. Nuestros resultados indican que cambios significativos en la sintomatología no llevan asociados cambios significativos en

relación al contenido de los constructos personales, por lo tanto, los síntomas no estarían jugando un papel determinante. De acuerdo con Smail (1978) y Winter (1992) se trataría más bien de un estilo cognitivo que predispone a expresar un tipo de sintomatología.

7. CONCLUSIONES

A continuación detallamos las principales conclusiones extraídas del Estudio 3.

Desde los datos de nuestro estudio podemos concluir que:

- No se producen diferencias significativas en los patrones de contenido de los constructos personales de un grupo de población clínica (trastornos depresivos) como resultado de un proceso terapéutico que ha dado lugar a una reducción de la sintomatología depresiva. No obstante, se muestra una tendencia de cambio que parece indicar principalmente, una reducción del porcentaje de constructos de tipo emocional y un aumento del porcentaje de constructos de tipo personal.
- La evaluación inicial o anterior al proceso terapéutico de este grupo de población clínica (trastornos depresivos) indica un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional. Y dentro del área emocional el mayor porcentaje de constructos corresponde a la categoría 2D (equilibrada-desequilibrada).
- La evaluación final o posterior al proceso terapéutico de este grupo de población clínica (trastornos depresivos) indica un mayor porcentaje de constructos de tipo personal. Y dentro del área personal el mayor porcentaje de constructos corresponde a la categoría 4A (fuerte-débil).
- Entre la evaluación inicial y final del proceso terapéutico, no se muestran cambios significativos en el contenido de los constructos personales a lo largo de las categorías de cada una de las áreas del SCCP. Si embargo, a pesar de no ser diferencias significativas, si analizamos los cambios en el área emocional, observamos un aumento del porcentaje de constructos de la categoría 2C

(optimista-pesimista) y un descenso del porcentaje de constructos de la categoría 2D (equilibrada-desequilibrada). Respecto al área personal se percibe la tendencia a descender de la categoría 4I (responsable-irresponsable) y 4H (madura e inmadura); mientras que aumenta el porcentaje de constructos de la categoría 4A (fuerte-débil).

- La distribución del contenido de los constructos personales de una muestra de población clínica (trastornos depresivos) que ha finalizado un proceso terapéutico y en la cual se ha reducido la sintomatología, no se asemeja a la que muestra un grupo de población no clínica. Mientras que el grupo de población clínica, en su evaluación posterior al proceso terapéutico, muestra su mayor porcentaje de constructos en el área personal; en el grupo de población no clínica predomina el área relacional. Los análisis estadísticos indican diferencias “probablemente” significativas (valor p entre 0.01 y 0.05) entre ambos grupos. Estas diferencias se encuentran concretamente en el área relacional (siendo la muestra de población no clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área) y el área de valores e intereses (siendo la muestra de población clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área).

CONCLUSIONES FINALES

1. Resumen de las principales conclusiones extraídas

Presentamos las principales conclusiones extraídas de los datos de nuestros estudios empíricos, las cuales no dejan de ser más que intentos de aproximación al estudio del contenido de los constructos personales. Haremos tal presentación en forma de enumeración sin que ello signifique una exposición de mayor a menor importancia.

- No se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre el patrón de contenido del sistema de construcción de tres problemáticas clínicas de estudio (Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos); no obstante, se observa un mayor porcentaje de constructos emocionales en los trastornos del estado de ánimo, en comparación con los demás grupos donde se ha encontrado un mayor porcentaje de constructos de tipo relacional.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre el patrón de contenido del sistema de construcción de un grupo de personas con depresión y un grupo de población no clínica:
 - o Las personas con depresión se caracterizan principalmente porque presentan una mayoría de constructos relativos al ámbito de la afectividad, esto indica que anticipan y construyen su realidad atendiendo principalmente a los aspectos emocionales. Dentro del área emocional, las frecuencias de los constructos personales se concentran más en la categoría 2D (equilibrada-desequilibrada) seguida de la categoría 2C (optimista-pesimista).
 - o Mientras que el grupo de población clínica (depresión) muestra su mayor porcentaje de constructos en el área emocional, el grupo de población no clínica lo hace en el área relacional. Sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos se encuentran en el área

emocional, en el área de valores e intereses (siendo la muestra de población clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área) y el área moral (siendo la muestra de población no clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área).

- En cuanto a los análisis que contrastan las categorías de contenido dentro de cada área temática, sólo en el área relacional se han obtenido patrones diferenciales significativos en la distribución del contenido de los constructos a lo largo de sus categorías. Las diferencias más significativas en la distribución del contenido de los constructos personales entre ambos grupos (depresión /población no clínica) y respecto a este área (relacional) se encuentran en la categoría 3B (agradable-desagradable), siendo la muestra no clínica la que presenta un mayor porcentaje de constructos en esta categoría. Le siguen en significatividad, las diferencias en la categoría 3F (dependiente-independiente) y posteriormente 3E (conformista-rebelde), siendo la muestra clínica la que presenta mayores porcentajes en estas categorías.

- Los resultados de nuestro estudio, indican que no se producen cambios estadísticamente significativos en el contenido de los constructos personales de las personas con depresión una vez finalizado el proceso terapéutico, aún existiendo un cambio clínico con reducción de su sintomatología. Sin embargo, observamos ciertas diferencias entre la evaluación inicial y final de dicho proceso.
 - La evaluación inicial o anterior al proceso terapéutico de este grupo de población clínica (trastornos depresivos) indica un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional. Y dentro del área emocional el mayor porcentaje de constructos personales corresponde a la categoría 2D (equilibrada-desequilibrada).
 - La evaluación final o posterior al proceso terapéutico de este grupo de población clínica (trastornos depresivos) indica un mayor porcentaje de constructos de tipo personal. Y dentro del área personal el mayor porcentaje de constructos corresponde a la categoría 4A (fuerte-débil).

- Aunque los cambios entre la evaluación inicial y final del proceso terapéutico, en este grupo de población clínica (trastornos depresivos), no son significativos, éstos parecen mostrar tendencia a una reducción del porcentaje de constructos de tipo emocional y un aumento de porcentaje de constructos de tipo personal.
- Los análisis que contrastan las categorías de contenido dentro de cada área temática, indican que entre la evaluación inicial y final del proceso terapéutico, no se han obtenido patrones diferenciales significativos en la distribución del contenido de los constructos a lo largo de las categorías de ninguna de las áreas.
- Aunque las diferencias entre las categorías del área emocional no son estadísticamente significativas, si analizamos los cambios que se producen a nivel descriptivo entre la primera y segunda evaluación, observamos un aumento del porcentaje de constructos de la categoría 2C (optimista-pesimista) y un descenso del porcentaje de constructos de la categoría 2D (equilibrada-desequilibrada).
- Tampoco son estadísticamente significativas las diferencias halladas en el área personal; sin embargo, entre la primera y segunda evaluación, se percibe una tendencia de descenso en la categoría 4I (responsable-irresponsable) y 4H (madura e inmadura); mientras que aumenta el porcentaje de constructos de la categoría 4A (fuerte-débil).
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre el patrón de contenido del sistema de construcción de un grupo de personas con depresión que ya ha finalizado el proceso terapéutico y un grupo de población no clínica:
 - Mientras que el grupo de población clínica muestra su mayor porcentaje de constructos en el área personal, el grupo de población no clínica lo hace en el área relacional.
 - Las diferencias más significativas entre ambos se dan en el área relacional (siendo la muestra de población no clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área) y el área de valores e intereses (siendo la

- muestra de población clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área).
- o No se muestran diferencias significativas en el contenido de los constructos personales a lo largo de las categorías de cada una de las áreas del SCCP entre la evaluación final del proceso terapéutico y la evaluación realizada en una muestra de población no clínica.
- La utilización de cinco jueces para confirmar la fiabilidad del estudio ha hecho constar la dificultad de codificar algunos constructos en base al sistema de categorías utilizado, haciendo necesarias en él unas mínimas modificaciones para resolver tal problema. Tras consensuar estas modificaciones entre los jueces y el investigador (véase Apéndice C) se realiza una segunda codificación por parte tanto del investigador como de los jueces. El porcentaje de acuerdo entre jueces es superior en la segunda codificación, lo cual valida los cambios realizados en el sistema de categorías.

2. Discusión de resultados

Nuestro interés clínico sobre el análisis de contenido de los constructos personales, nos ha llevado a recopilar información sobre los estudios en torno al contenido de los constructos personales en diferentes psicopatologías. Así nos encontramos entre otros, con los estudios de Silverman (1977), que asociaba la depresión a un alto porcentaje de constructos de tipo emocional. La explicación de esas investigaciones sugiere que el área problemática es primaria y que los individuos elaboran su sistema de constructos en esa área.

Con el objetivo de comprobar si existen diferencias de contenido en el sistema de constructos personales entre diferentes psicopatologías y con respecto a una muestra de población no clínica, diseñamos nuestro primer estudio de investigación. Para ello se

utiliza como muestra tres grupos de población clínica: Trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos. Los resultados confirman que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres patologías; al igual que ocurre entre el grupo de población clínica en general y el grupo de población no clínica. Sin embargo, se observa una tendencia del grupo de población clínica a mostrar un mayor porcentaje de constructos de tipo emocional en comparación con la muestra de población no clínica. Una de las limitaciones de este estudio está relacionada con la falta de pruebas de evaluación de sintomatología en la muestra de población no clínica. Por otro lado, el posible solapamiento de síntomas emocionales que se produce en los tres tipos de trastornos (véase Vallejo & Gastó, 2000, sobre ansiedad y depresión; y sobre los trastornos adaptativos en DSM-IV, APA, 1994/1995) podría reducir las diferencias en cuanto al contenido de sus constructos personales. La Figura 6 resume los resultados del Estudio 1.

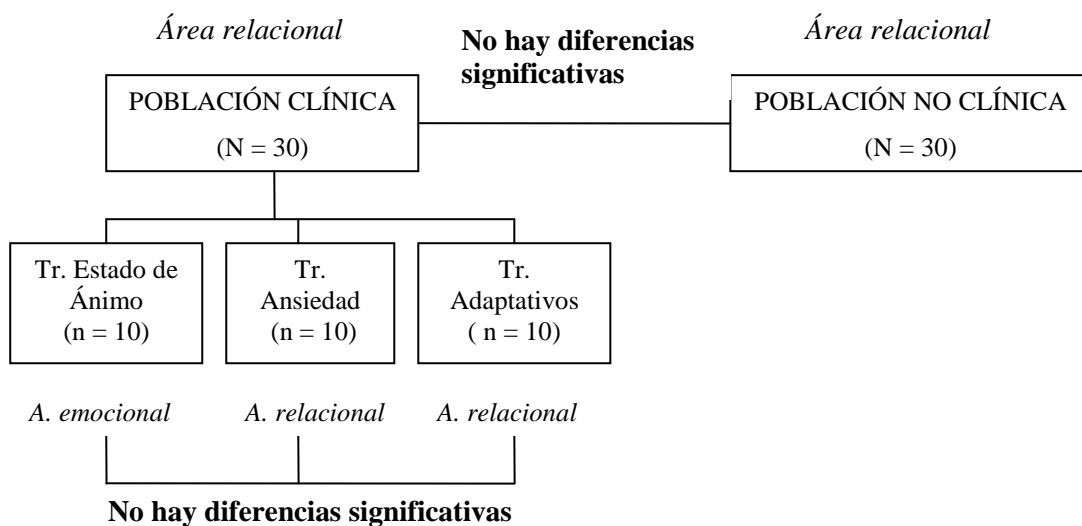


Figura 6. Resultados del Estudio 1

En un segundo estudio, se analizan las diferencias en el contenido de los constructos personales de una determinada problemática clínica (trastornos depresivos), respecto a una muestra de población no clínica. Para solventar algunas de las limitaciones del primer estudio, se amplía el tamaño de la muestra de ambos grupos y se administran unas pruebas de evaluación sintomática al grupo de población no clínica. Los resultados obtenidos muestran como la distribución del contenido de los constructos personales en la población clínica (trastornos depresivos), se concentra más en determinadas áreas y categorías del SCCP, principalmente en el área emocional; a diferencia del grupo de población no clínica, donde aparece un mayor porcentaje de constructos en el área relacional. Los análisis estadísticos confirman que entre ambos grupos existen diferencias altamente significativas, siendo estas diferencias especialmente relevantes en el área emocional, valores e intereses y el área moral. Véase Figura 7.

El alto porcentaje de constructos emocionales hallado en los trastornos depresivos concuerda con los resultados de Silverman (1977) y de Montesano et al. (2009). La predominancia de constructos emocionales indica que las personas con depresión anticipan y construyen su realidad atendiendo principalmente a los aspectos emocionales. Sin embargo, estos resultados nos plantean varias dudas. En primer lugar, ¿es el alto porcentaje de constructos de tipo emocional lo que predispone a la depresión? o ¿son los síntomas depresivos los que provocan un aumento del porcentaje de constructos de tipo emocional? Esta cuestión fue ya planteada por E. Button (1985), quien se preguntaba si los altos niveles de construcción emocional detectados por Silverman (1977) representan un estilo cognitivo que predispone a ciertos individuos a sufrir depresión o si este estilo se desarrolla con los síntomas depresivos. Según este autor, la respuesta a esta pregunta necesitaría de un estudio longitudinal. Otros autores, parecen inclinarse por la primera de las opciones, es el caso de Smail (1978) y Winter (1992), quienes en relación a esta idea concluyen que el área predominante determina la forma que el cliente elige para expresar su dolor o angustia; de tal modo que elige sus síntomas en concordancia con su posición hacia el mundo.

Otro aspecto que nos cuestionamos, es el hecho de que las investigaciones en torno a la depresión giren sobre aquellos datos que muestran un mayor porcentaje de

constructos en un área determinada, en este caso el área emocional. Si volvemos a analizar algunos de los estudios ya mencionados en el desarrollo de nuestra tesis, la asociación entre las dificultades presentadas por los clientes y el contenido del sistema de constructos, no dejan clara la relación establecida. En algunos casos, las dificultades que presentan los clientes se asocian a una falta de constructos en un área determinada, por ejemplo, los alcohólicos se caracterizan por la falta de constructos interpersonales y emocionales (Glantz et al., 1981), la ausencia de constructos en estas áreas daría lugar a conductas evitativas en relación a las mismas, ello podría llevar a esta persona a refugiarse en el alcohol. Sin embargo, en otros casos, como en la depresión, no se habla de ausencia de constructos en un área, sino de un mayor número de constructos en el área emocional (Silverman, 1977). Si un mayor número de constructos en un área determinada está asociado a un mejor manejo de las experiencias vividas en ese nivel, resulta extraño que la depresión se caracterice por un mayor número de constructos emocionales. En resumen, no queda claramente definido si es el escaso número de constructos en un área determinada o si es el alto porcentaje de constructos en otra lo que se asocia a un determinado grupo de población clínica. En nuestro Estudio 2, las diferencias estadísticamente significativas entre los trastornos depresivos y la muestra de población no clínica se reflejan, como ya hemos comentado anteriormente, en el área emocional y de valores e intereses (con mayor porcentaje de ambos en la depresión); y el área moral (con mayor porcentaje de esta área en el grupo de población no clínica). Ante estos resultados nos preguntamos, ¿qué es realmente lo característico de esta problemática, ¿el alto porcentaje de constructos de tipo emocional? o ¿la escasez de constructos de tipo moral?

De estas reflexiones surge una nueva línea de investigación, un estudio longitudinal sobre los trastornos depresivos. El objetivo de este tercer estudio es explorar en qué medida el contenido de los constructos personales se modifica como resultado de un proceso terapéutico. Una evaluación anterior y posterior al proceso terapéutico, nos indicará en qué medida los cambios asociados a una reducción de sintomatología, van asociados a un cambio en el contenido de los constructos personales. Estos resultados aportarán más información sobre el papel que desempeña la sintomatología en el

desarrollo del estilo cognitivo y nos aportarán más conocimientos sobre si lo que caracteriza a la depresión pudiera ser el escaso número de constructos de tipo moral.

Para nuestra sorpresa, los resultados de este estudio, no reflejan diferencias significativas entre la evaluación anterior y posterior al proceso terapéutico; sin embargo, si se encuentran diferencias significativas entre la evaluación posterior al proceso terapéutico y el grupo de población no clínica. Concretamente, las diferencias más significativas se reflejan en el área relacional (siendo la muestra de población no clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área) y el área de valores e intereses (siendo la muestra de población clínica la que mayor porcentaje de constructos presenta en esta área). Véase Figura 7.

Incluso después de haber recibido un tratamiento terapéutico y de haberse reducido los síntomas depresivos, el patrón de contenido del sistema de construcción de esas personas no se asemeja al de un grupo de población no clínica. A partir de este resultado concluimos que no podemos comparar a este grupo de población clínica (trastornos depresivos) con respecto a un grupo de población no clínica, con respecto al cual se obtienen patrones diferenciales significativos incluso después de haber finalizado un proceso terapéutico. A nivel clínico, tendría mucho más sentido caracterizar a la depresión por aquello que la diferencia con respecto a aquellos de su mismo grupo que ya han finalizado el proceso terapéutico. Pero en este sentido, los análisis entre la evaluación anterior y posterior a este proceso indican que no se producen cambios estadísticamente significativos; no obstante, si analizamos detalladamente los resultados observamos una tendencia hacia el cambio, quizás cambios que no son significativos desde el principio al final de la terapia tiendan a serlo a lo largo del tiempo. La tendencia de estos cambios apunta principalmente hacia una reducción de los constructos de tipo emocional y un aumento de los constructos de tipo personal. En base a estos resultados, concluimos que las personas con depresión se caracterizan por un alto contenido de constructos de tipo emocional y posiblemente por un bajo contenido de constructos de tipo personal.

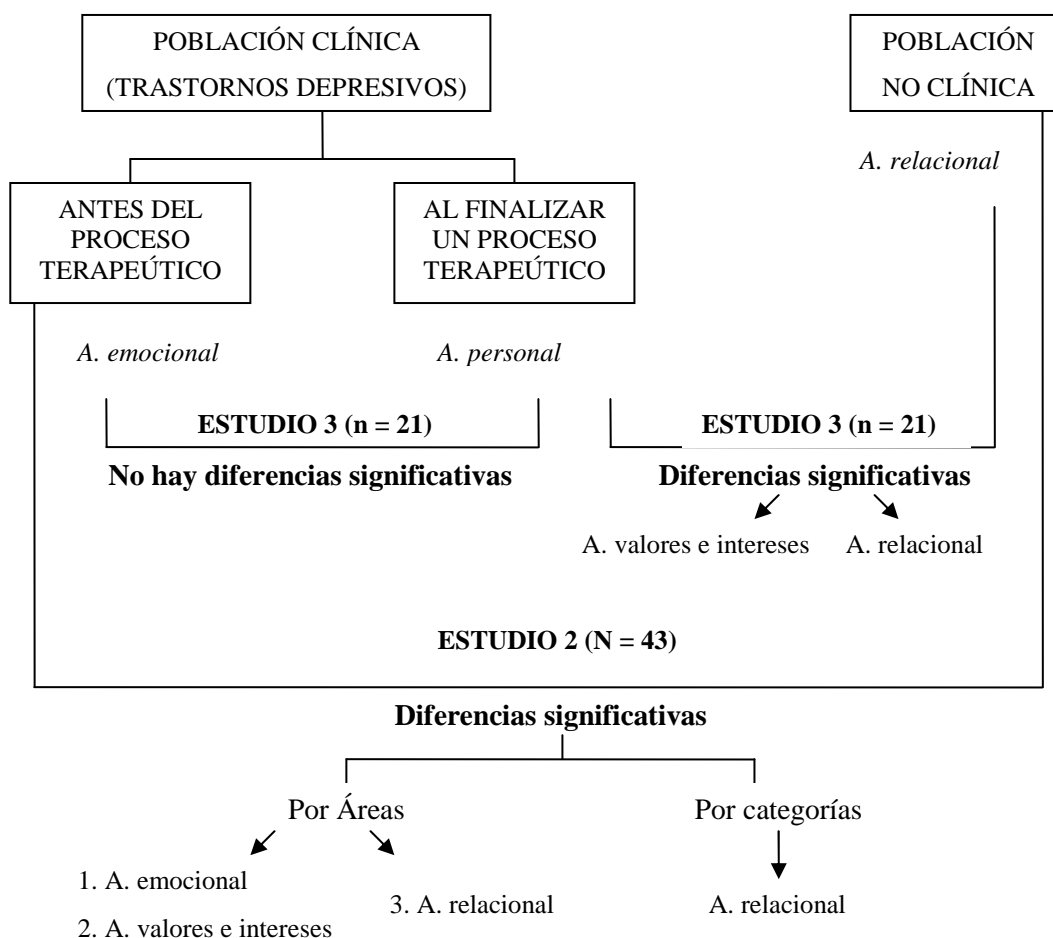


Figura 7. Resultados del Estudio 2 y 3

Tratando de confirmar estos resultados, seleccionamos tres de los casos más exitosos (códigos: C002, C003 y C014), es decir, donde se ha dado una mayor reducción de la sintomatología depresiva. Los resultados de este nuevo análisis indican que en todos ellos se produce un aumento de los constructos del área personal como resultado del proceso terapéutico; sin embargo, sólo en uno de ellos se produce una reducción de los constructos emocionales (concretamente el caso donde más reducción ha habido de sintomatología depresiva, código C002), en los otros dos, se produce un aumento de los constructos emocionales. El área emocional parece de nuevo crear dudas; sin embargo, el patrón se repite con respecto al área personal.

A pesar de las limitaciones de nuestro trabajo, resulta claro que la evaluación del contenido de los constructos personales resulta relevante tanto para la investigación

como para la clínica. La posibilidad de disponer de herramientas como la Técnica de la Rejilla y el sistema de categorías de contenido de los constructos personales, permite evaluar las dimensiones de significado con que la persona da sentido a su experiencia y construir así mapas elaborados de su vida psicológica en sus propios términos. A nivel clínico, esta investigación nos aporta más información sobre el sistema de construcción de los trastornos depresivos: Es evidente que existe una asociación entre los trastornos depresivos y el contenido de sus constructos personales; confirmándose de nuevo el predominio de constructos emocionales. Sin embargo, la focalización de las personas con depresión en la dimensión afectiva, no parece desempeñar un papel muy relevante en el mantenimiento de la sintomatología depresiva, puesto que no se producen cambios significativos en este sentido tras finalizar un proceso terapéutico.

Durante mucho tiempo se ha considerado la relevancia del subsistema emocional como un factor significativo en la depresión. Nuestros resultados, al igual que los de Silverman (1977) y más recientemente los de Montesano et al. (2009), confirman que las personas con depresión presentan una mayoría de constructos relativos al ámbito emocional. Esto nos sugiere que estas personas anticipan y construyen su realidad atendiendo principalmente a los aspectos emocionales. La gran disponibilidad de constructos afectivos facilita la diferenciación de experiencias emocionales, hace más posibles las anticipaciones o lo que es lo mismo facilita un mejor manejo en esa área. De este modo, esta área estará cada vez más estructurada. De modo cíclico, esto dará lugar a un mayor número de constructos emocionales y más posibilidades de que el cliente se construya a sí mismo caracterizado por esos síntomas, ya que hacerlo así conlleva más implicaciones o posibles anticipaciones (véase Figura 8). Así es como estos síntomas se convierten en un modo de vida para el cliente y una parte de su identidad, hasta tal punto que la alternativa a presentar esos síntomas podría implicar una relativa ausencia de predicciones sobre uno mismo. Lo que hasta ahora no se había analizado es el papel que este patrón de contenido jugaba en la génesis o mantenimiento de la sintomatología depresiva; igualmente tampoco se había analizado si este estilo cognitivo característico se desarrolla con los síntomas o si bien se trata de un estilo cognitivo que predispone a la depresión.

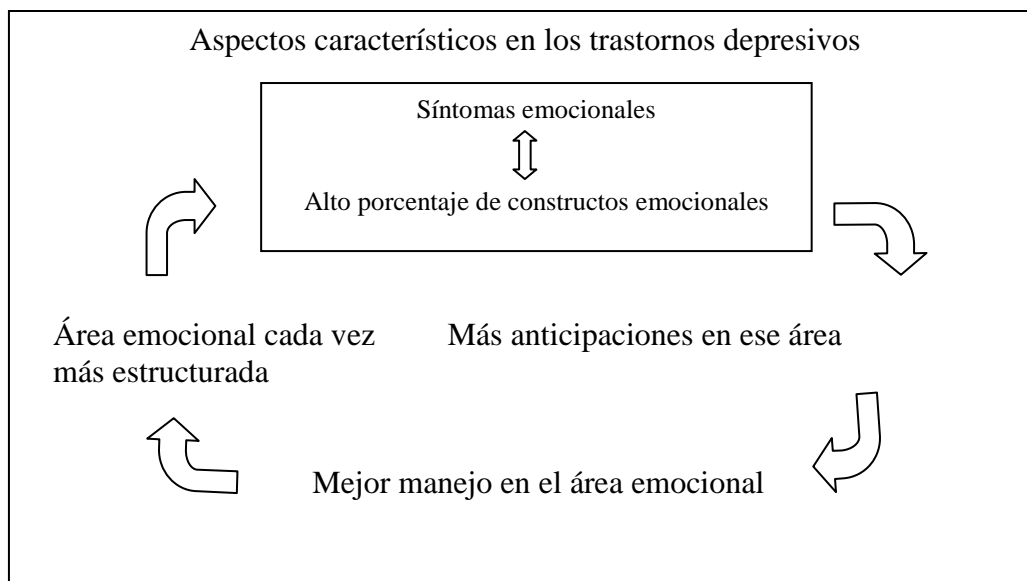


Figura 8. Aspectos característicos en los trastornos depresivos

En base a nuestros resultados, concluimos que si cambios significativos en la sintomatología no llevan asociados cambios significativos en relación al contenido de los constructos personales, los síntomas no parecen estar jugando un papel determinante en el desarrollo de este estilo cognitivo. De acuerdo con Smail (1978) y Winter (1992) se trataría más bien de un estilo cognitivo que predispone a expresar un tipo de sintomatología. Parece ser que el patrón que caracteriza a la depresión determina la forma que el cliente elige para expresar su dolor o angustia; de tal modo que elige sus síntomas en concordancia con su posición hacia el mundo, jugando así un papel relevante en el desarrollo de una sintomatología depresiva pero no en su mantenimiento.

3. Mejoras deseables

Los resultados de este estudio abren nuevas vías de investigación. En primer lugar, podríamos ampliar estos resultados analizando, por ejemplo, detalladamente los cambios que se producen en el contenido de los constructos personales en algunos de los casos más y menos exitosos.

En segundo lugar, sería de gran interés continuar esta investigación analizando los cambios que se producen a nivel estructural, como consecuencia de este proceso terapéutico. Y resultaría interesante comparar estos hallazgos con los que se producen como resultado de un tratamiento farmacológico. En este sentido contamos con los estudios de Sheehan (1981), sus resultados sugieren que el tratamiento farmacológico en la depresión podría producir cambios en el contenido de los constructos pero muy pocos efectos en el sistema a niveles estructurales más profundos. Igualmente, sería relevante comparar estos hallazgos con los que se producen como resultado de otro tipo de intervenciones terapéuticas.

Por último, nuestros resultados se podrían aunar a los de la investigación sobre el papel de los conflictos cognitivos de Feixas y Saúl (2004). Se podría analizar por ejemplo, si la desaparición de los conflictos cognitivos está asociada a cambios en el contenido de los constructos personales; se podría también analizar cuál es el contenido de los constructos personales que están en la base de esos conflictos cognitivos.

4. Críticas a la investigación

Como en todas las investigaciones, existen una serie de limitaciones o restricciones que imponen factores externos al estudio, que son conocidos por el investigador pero que no se pueden controlar.

En primer lugar, nos encontramos con limitaciones de acceso a la población objeto de estudio. Estudiar una problemática clínica, implica conocer y trabajar con este grupo de población. El acceso a este grupo sólo fue posible en nuestro estudio a través de la unidad de atención psicológica al universitario de la Universidad de Salamanca (UAPSMU), estableciéndose para ello, un convenio de colaboración como terapeuta.

El contexto de trabajo de la UAPSMU impuso otra serie de limitaciones, entre ellas, limitaciones de recursos. La disposición de una única sala de terapia limitaba la posibilidad de trabajo a un sólo terapeuta, siendo necesario reservar con suficiente antelación el lugar para poder llevar a cabo las sesiones. Por otra parte, el protocolo de

evaluación de esta unidad estableció una serie de cuestionarios, a los cuales se tuvo que adaptar nuestra investigación.

El carácter gratuito de las terapias dentro de esta unidad, se establece también como limitación del estudio. En muchas ocasiones los clientes abandonaban la terapia cuando desaparecía su sintomatología, sin dar opción a una evaluación final que permitiese incluirles como parte de nuestra muestra. En otros casos, se negaban a realizar esa segunda evaluación, les resultaba demasiado costosa; respetar su decisión implicaba también una reducción de la muestra.

Se considera también una limitación de este estudio, la falta de un seguimiento posterior en la muestra de población clínica con la cual se ha intervenido. Sería de gran interés saber qué ocurre después, ¿volverán estas personas a desarrollar una sintomatología depresiva?

En relación a la muestra de población no clínica, es el propio investigador quien impone una serie de restricciones para hacerlo viable. Delimitar la muestra de población no clínica a un grupo de estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad de Salamanca, facilita el acceso a la muestra pero podría limitar la generalización de nuestros resultados. Algo similar ocurre respecto a la población clínica, el reducido tamaño de la muestra puede crear dudas respecto a la generalización de resultados.

Los resultados de esta investigación, pueden estimular a un terapeuta a contemplar visiones alternativas sobre su forma de interpretar el cambio o sobre su forma de trabajar. Pero no es una investigación que aporte respuestas definitivas, muy contrariamente, nos lleva a nuevas preguntas y cuestionamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1955). *Clinical papers and essays on psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Adams-Webber, J. R. (1973). The complexity of the target as a factor in interpersonal judgement. *Social behaviour and personality*, 1, 35-38. doi: 10.2224/sbp.1973.1.1.35.
- Adams-Webber, J. R. (1979). *Personal construct theory: Concepts and applications*. New York: Wiley.
- Adams-Webber, J. R. (1981). Fixed role therapy. En R. J. Corsini (Comp.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 333-343). New York: John Wiley.
- Adams-Webber, J. R. (1986). Self-construct perspectives in psychotherapy. En I.M. Hartman & K. R. Blankstein (Eds.), *Perception of self in emotional disorder and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Adams-Webber, J. R., & Rodney, Y. (1983). Relational aspects of temporary changes in construing self and others. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1, 52-59. doi: 10.1037/h0080677.
- American Psychological Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Toray-Masson. (Trabajo original publicado en 1994).
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and metalogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo, diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1991).
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. McNamee & K. Gergen, *La terapia como construcción social* (pp. 77-91). Barcelona: Paidós.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human system as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(3), 371-393. doi: 10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x.

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A notknowing approach to therapy. En S. McNamee & K. J. Gergen (Comps.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Andolfi, M. (1987). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Andolfi, M., & Angelo, C. (1989). *Tiempo y mito en terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Applegate, J. L. (1990). Constructs and communication: A pragmatic integration. In G. J. Neimeyer & R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (Vol. 1, pp. 203-230). Greenwich, CT: JAI.
- Ávila-Espada, A., Herrero, J. R., & Fernández, L. C. (2009). Más allá de la docencia: La unidad de atención psicológica y salud mental del universitario (UAPSMU) en la Universidad de Salamanca (1996-2004). *Acción psicológica*, 6(1), 49-62.
- Axford, S., & Jerrom, D. W. A. (1986). Self-esteem in depression: a controlled repertory grid investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 61-8.
- Bacilagupe, G. (1996). Writing in therapy: A participatory approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 361-374. doi: 10.1111/j.1467-6427.1996.tb00057.x.
- Balnaves, M., & Caputi, P. (1993). Corporate constructs: To what extent are personal constructs personal? *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 119-138. doi: 10.1080/08936039308404336.
- Bannister, D. (1962). The nature and measurement of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science*, 108, 825-842. doi: 10.1192/bjp.108.457.825.
- Bannister, D. (1963). The genesis of schizophrenic thought disorder: A serial invalidation hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 109, 680-686. doi: 10.1192/bjp.109.462.680.
- Bannister, D. (1977). The logic of passion. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory*. London: Academic Press.
- Bannister, D., & Fransella, F. (1966). A grid test of schizophrenic thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 95-102. doi: 10.1192/bjp.120.557.391.

- Bannister, D., & Mair, J. M. M. (1968). *The evaluation of personal constructs*. London: Academic Press.
- Barker, P. (1985). *Using metaphors in psychotherapy*. New York: Brunner/ Mazel.
- Bartlett, F. C. (1995). *Recordar: un estudio de psicología experimental y social*. Madrid: Alianza. (Trabajo original publicado en 1932).
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Bateson, G. (1976). Foreword. En C.E. Sluzki & D. C. Ranson (Eds.), *Double bind: the foundation of the communicational approach to the family*. New York: Grune & Stratton.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: E.P. Dutton.
- Batty, C., & Hall, E. (1986). Personal constructs of students with eating disorders: Implications for counselling. *British Journal of Guidance and Counselling*, 14, 306-13. doi: 10.1080/03069888608253520.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bell R. C. (1987). G-PACK: A Computer program for the elicitation and analysis of repertory grids. Comunicación presentada en el *Seventh International Congress on Personal Construct Psychology*, Memphis, TN, EE.UU.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Berlin, R. M., Olson, M. E., Cano, C. E., & Engel, S. (1991). Metaphor and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 359-367.
- Bermejo, J. C. (2004). *Regálame la salud de un cuento*. Santander: Sal Térrea.
- Bermúdez, J. (1978a). Análisis funcional de la ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 153, 617-634.

- Bermúdez, J. (1978b). Ansiedad y rendimiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 151, 83-207.
- Beyebach, M. (1995). Uso de metáforas en terapia familiar. En J. Navarro & M. Beyebach (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 57-76). Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (1995). Avances en terapia breve centrada en soluciones. En J. Navarro & M. Beyebach (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 157-194). Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en soluciones. En J. Góngora, A. Fuertes & T. Ugidos (Eds.), *Prevención e intervención en Salud Mental* (pp. 211-245). Salamanca: Amarú.
- Beyebach, M., & Rodríguez Morejón, A. (1994). *Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas*. Taller presentado a las XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar, Vitoria.
- Bieri, J. (1955). Cognitive complexity-simplicity and predictive behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 263-286.
- Bieri, J., Atkins, A. L., Briar, S., Leadman, R. L., Miller, H., & Tripodi, T. (1966). *Clinical and social judgement: the discrimination of behavioural information*. New York: Wiley.
- Bieri, J., Bradburn, W. M., & Galinsky, M. D. (1958). Sex differences in perceptual behavior. *Journal of Personality*, 26, 1-12. doi: 10.1111/j.1467-6494.1958.tb01566.x.
- Billings, C. V. (1991). Therapeutic use of metaphor. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 1-8.
- Blumenthal, A. L. (1975). A reappraisal of Wilhelm Wundt. *American Psychologist*, 30, 1081-1088. doi:10.1037/0003-066X.30.11.1081.
- Blumenthal, A. L. (1980). Wilhelm Wundt and early American psychology: A clash of cultures. En R. Rieber & K. Salzinger (Comps.), *Psychology: Theoretical-historical perspectives* (pp. 25-42). New York: Academic Press.

- Blumenthal, A. L. (1985). Wilhelm Wundt: Psychology as the propaedeutic science. En C. Buxton (Comp.), *Points of view of the history of modern psychology* (pp. 19-49). New York: Academic Press.
- Bobes, J., G-Portilla, M. P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., & Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (3ª ed.). Barcelona: Psiquiatría editores.
- Bonarius, J. C. J. (1977). The interaction model of communication: Thorough experimental research towards existential relevance. In J. K. Cole & A. W. Landfield (Eds.), *Nebraska symposium on motivation 1976*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Botella, L. (1995). Personal construct psychology, constructivism, and postmodern thought. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology*, 3, 3-36. Greenwich, CN: JAI Press.
- Botella, L., & Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Botella, L., & Herrero, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 3(3), 407-418.
- Botella, L., & Pacheco, M. (en prensa). Terapia familiar constructivista: Una aproximación narrativa relacional. En C. Pérez (Ed.), *La familia: Nuevas aportaciones*.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza. (Trabajo original publicado en 1990).

- Bryant, L., Katz, B., Becovar, R., & Becovar, D. (1988). The use of therapeutic metaphors among member of AAMFT. *American Journal of Family Therapy*, 16, 112-120.
- Bugental, J. F. T. (1978). *Psychotherapy and process*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bugental, J. F. T. (1981). *The search for authenticity*. New York: Irvington.
- Burke, M., & Noller, P. (1995). Content analysis of changes in self-construing during a career transition. *Journal of Constructivist Psychology*, 8, 213-226. doi: 10.1080/10720539508410804.
- Button, E. (1985). *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Button, E. (1987). Construing people or weight?: an eating disorders group. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- Button, E. (1990). Rigidity of construing of self and significant others, and psychological disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 345-54.
- Button, E. J. (1983a). Personal construct theory and psychological well-being. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 313-321.
- Button, E. J. (1983b). Construing the anorexic. En J. Adams-Webber & J. Mancuso (Eds.), *Applications of personal construct theory*. Toronto: Academic Press.
- Caine, T. M., Wijesinghe, O. B. A., & Winter, D. A. (1981). *Personal styles in neurosis: Implications for small group psychotherapy and behaviour therapy*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Carrión, S. A. (2004). *De plomo en oro: el poder de los cuentos y metáforas*. Madrid: Mandala.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405-413.
- Chambers, W. V., & Grice, J. W. (1986). Circumgrids: A repertory grid package for personal computers. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, 18(5), 468.
-

- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213-220.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Conde V., & Useros E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236.
- Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1991).
- Dell, P. F. (1982). Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-42. doi: 10.1111/j.1545-5300.1982.00021.x.
- De Lourdes, L. (2004). *Terapia familiar*. Mexico: Pax Mexico
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1988).
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- De Shazer, S., & Berg, I. K. (1991). Haciendo terapia: Una revisión del post-estructuralismo. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 17-30.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- De Vega (1985). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Psicología.
- Dingemans, P. M., Space, L.G., & Cromwell, R.L (1983). How general is the inconsistency in schizophrenic behaviour? In J. Adams-Webber & J. Mancuso (Eds.), *Applications of personal construct theory*. Toronto: Academic Press.

- Dolan, Y. M. (1991). *Resolving sexual abuse. Solution focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors*. New York: Norton.
- Drysdale, B. (1989). The construing of pain: a comparison of acute and chronic low back pain patients using the repertory grid technique. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 271-86. doi: 10.1080/08936038908404299.
- Duck, S. W., & Spencer, C. (1972). Personal constructs and friendship formation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 40-45.
- Duncan, B. L., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1997). *Psychotherapy with impossible cases*. New York: Norton.
- Durrant, M. (1989). Temper taming: An approach to children's temper problems. *Dulwich Center Newsletter*, otoño.
- Eagleton, T. (1983). *Literary theory: An introduction*. Oxford: Basil Blackwell.
- Ecker, B., & Hulley, L. (1996). *Depth-oriented brief therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Edwards, E. D. (1943/1982). Observations of the use and efficacy of changing a patient's concept of his role. *Fort Hays Studies*, 3, 1-49.
- Efran, J. S., & Fauber, R. L. (1998). El constructivismo radical: preguntas y respuestas. En R. Neimeyer & M. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 239-271). Barcelona: Paidós.
- Elliott, R., & James, R. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical psychology review*, 9, 443-467. doi:10.1016/0272-7358(89)90003-2
- Engel, G. L. (1959). Psychogenic pain and the pain prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Epston, D., & White, M. (1998). La terminación como rito de pasaje: Preguntas para una terapia de inclusión. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia*, (pp. 311-327). Barcelona: Paidós.
-

- Epston, D., White, M., & Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. En S. McNamee & K. Gergen (Comps.), *La Terapia como construcción social* (pp. 121-145). Barcelona: Paidós.
- Epting, F., Suchman, D., & Nickeson, C. (1971). An evaluation of the elicitation procedures for personal constructs. *British Journal of Psychology*, 62, 513-517.
- Fajardo, L. A. (2005). Aproximación a los fundamentos neurológicos de la metáfora. *Forma y Función, enero-diciembre 018*, 102-114. Bogotá: Universidad nacional de Colombia.
- Feixas, G. (1988). *L'analisi de construccions personals en textos de significació psicològica* (Tesis doctoral microfichada, n. 328). Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.
- Feixas, G. (1990). Personal construct theory and systemic therapies. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 1-20. doi: 10.1111/j.1752-0606.1990.tb00040.x
- Feixas, G. (1992). Personal construct approaches to family therapy. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (Vol. 2, pp. 217-255). Greenwich, CT: JAI Press.
- Feixas, G. (1995). Personal constructs in systemic practice. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 305-337). Washington, DC: American Psychological Association.
- Feixas, G. (1998). Los constructos personales en la práctica sistémica. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 273-309). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. (Ed.). (2001). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56, 107-112.
- Feixas, G., & Botella, L. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Alertes.
-

- Feixas, G., De la Fuente, M., & Soldevila, J. M. (2003). La técnica de la rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (2), 153-171.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla mediante el programa RECORD ver. 2.0* (2ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (2002). *RECORD v. 4.0: Análisis de correspondencias de constructos personales*. Barcelona: Psimedia.
- Feixas, G., Geldschläger, H. Carmona, M., & Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para constructos personales (SCCP). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 337-348.
- Feixas, G., Geldschläger, H., & Neimeyer, R. A. (2002). Content analysis of personal constructs. *Journal of Constructivist Psychology*, 15, 1-19.
- Feixas, G., López-Moliner, J., Navarro, J., Tudela, M., & Neimeyer, R. A. (1992). A study of reliability among grid measures. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5, 25-39.
- Feixas, G., & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Feixas G., & Neimeyer, R. A. (1997). El proceso terapéutico en la terapia de constructos personales. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 319-337). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Procter, H. G., & Neimeyer, G. J. (1993). Convergent lines of assessment: Systemic and constructivist contributions. En G. J. Neimeyer (Comp.), *Constructivist assessment: A casebook* (pp. 143-178). London: Sage.
- Feixas, G., & Sánchez, V. (1998). *Identificación de dilemas implicativos*. Manuscrito no publicado.
- Feixas, G., & Saúl, L. A. (2004). The multi-center dilemma project: An investigation on the role of cognitive conflicts in health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78.

- Feixas, G., Saúl, L. A., & Ávila, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169. doi: 10.1080/10720530802675755
- Feixas, G., Saúl, L. A., Ávila, A., & Sánchez-Rodríguez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, X(1), 5-13.
- Feixas, G., Saúl, L. A., Winter, D., & Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes De Psicología*, 26(2), 243-255.
- Feixas, G., & Villegas, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia* (1 ed.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Feixas, G., & Villegas, M. (1991). Personal construct analysis of autobiographical texts: a method presentation and case illustration. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 51-83.
- Feixas, G., & Villegas, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia* (2 ed.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Feixas, G., & Villegas, M. (1998). *Constructivismo y psicoterapia* (3 ed.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Feixas, G., & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3 ed. rev.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FileMaker 6.0 [Software de computadora] (2002). Santa Clara, California: FileMaker, Inc.
- Fleiss, J. L. (1981). *Estadistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley.
- Forrest, A. J., & Wolkind, S. N. (1974). Masked depression in men with low back pain. *Rheumatology and Rehabilitation*, 13, 148-53.
- Fox, R. (1989). What is meta for? *Clinical Social Work Journal*, 17, 233-244.

- Fransella, F. (1970). Stuttering: not a symptom but a way of life. *British Journal of Communication Disorders*, 5, 22-29.
- Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction*. London: Academic Press.
- Fransella, F. (1985). Individual psychotherapy. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Fransella, F. (2003). *International handbook of personal construct psychology*. England: John Willey & Sons.
- Fransella, F., & Crisp, A. H. (1970). Conceptual organisation and weight change. *Psychosomatics and Psychotherapy*, 18, 176-185.
- Frazer, H. M. (1980). *Agoraphobia; parental influences and cognitive structures* (Unpublished doctoral dissertation). University of Toronto: Canadá.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Friedman, E. S., & Thase, M. E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buela-Casal & J. A. Carboles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol.1, pp. 619-81). Madrid: Siglo XXI.
- Gara, M. A., Rosenberg, S., & Mueller, D. R. (1989). Perception of self and others in schizophrenia. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 253-70.
- Gentry, W.D., Shows, W. D., & Thomas, N. (1974). Chronic low back pain: a psychological profile. *Psychosomatics*, 15, 174-7.
- George Boeree, C., & Gautier, R. (2006). Teorías de la personalidad. Una selección de los mejores autores del siglo XX. Santo Domingo: Unive, Universidad Iberoamericana.
- Gergen, K. (1991). *The saturated self*. New York: Basic Books.
- Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
-

- Glantz, M., Burr, W., & Bosse, R. (1981). *Constructs used by alcoholics, non-psychotic out-patients and normals*. Paper presented at 4th International Congress on Personal Construct Psychology, St. Catharines, Ontario.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Londres: Penguin.
- Goggins, S. (1988). *An examination of the construing of drug dependence and abstinence by heroin addicts going through detoxification and ex-heroin addicts going through rehabilitation using an implication grid technique* (Unpublished BSC). University of Surrey: England.
- Gonçalves, O. F. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: The hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 8, 105-125.
- Gonçalves, O. F. (1995). Hermeneutics, constructivism, and cognitive-behavioral therapies: From the object to the project. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivism in psychotherapy*, (pp. 195-230). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao: Desclee.
- Gonçalves, O. F., & Craine, M. H. (1990). The use of metaphors in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 135-149.
- Gottschalk, L. (1995). *Content analysis of verbal behavior. New findings and clinical applications*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Green, B. (1996). The release of forensic patients. *Australian Social Work*, 49, 47-53.
- Green, B. (2004). Personal construct psychology and content analysis. *Personal Construct Theory and Practice*, 1, 82-91.
- Green, B., & Baglioni, A. (1997). Judging the suitability for release of patients from a maximum security hospital by hospital and community staff. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 323-335.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A development approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford.

- Guidano, V. F. (1994). *El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1991)
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Willey.
- Haaga, D., & Beck, A. (1993). Perspectiva constructivista del realismo depresivo: Implicaciones para la teoría y terapia cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 13, 29-40.
- Hafner, R. J. (1979). Agoraphobic women married to abnormally jealous men. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 99-104.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Ordeal therapy. Unusual ways to change behavior*. San Francisco: Jossey Bass Inc.
- Hall, A., & Brown, L. B. (1983). A comparison of the attitudes of young anorexia nervosa patients and non patients with those of their mothers. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 39-48.
- Hanvik, L. J. (1951). MMPI profiles in patients with low back pain. *Journal of Consulting Psychology*, 5, 350- 353.
- Haritos, A., Gindidis, A., Doan, C., & Bell, R. C. (2004). The effect of element role titles on construct structure and content. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 221-236. doi: 10.1080/10720530490447130
- Harter, S., Alexander, P. C., & Neimeyer, R. A. (1988). Long-term effects of incestuous child abuse in college women: social adjustment, social cognition, and family characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 5-8.
- Harter, S., Erbes, C. R., & Hart, C. C. (2004). Content analysis of the personal constructs of female sexual abuse survivors elicited through repertory grid technique. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 27-43. doi: 10.1080/10720530490250679.
-

- Harvey, J. H. (1989). People's naive understanding of their close relationships. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 37-48.
- Harvey, J. H.; Orbuch, T. L., Weber, A. L., Merback, N., & Alt, R. (1992). House of pain and hope: Accounts of loss. *Death Studies*, 16, 99-124. doi: 10.1080/07481189208252562
- Hayden, B. (1979). The self and possibilities for change. *Journal of personality*, 47, 546-556.
- Hayek, F. A. (2004). *El orden sensorial*. Madrid: Unión Editorial. (Trabajo original publicado en 1952).
- Hill, R. A. (1995). Content analysis for creating and depicting aggregated personal construct derived cognitive maps. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (Vol.3, pp. 101-132). Greenwich: JAI Press.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of implications* (Unpublished doctoral dissertation). Ohio State University: USA.
- Honey, P. (1979). The repertory grid in action. How to use it to conduct an attitude survey. *Industrial and Commercial Training*, 11, 452-459.
- Honikman, B. (1976). Construct Theory as an approach to architectural and environmental design. En P. Slater (Ed.), *The measurement of interpersonal space by grid technique: Vol. 1. Explorations of interpersonal space*. Chichester: Wiley.
- Horley, J. (1988). Cognitions of child sexual abusers. *The Journal of Sex Research*, 25, 542-545.
- Howard, G. S. (1991). Cultural tales: A narrative approach to thinking, crosscultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187-197.
- Howells, K. (1979). Some meanings of children for pedophiles. En M. Cook & G. Wilson (Eds.), *Love and attraction* (pp. 519-526). Pergamon: Oxford.

- Howells, K. (1983). Social construing and violent behavior in mentally abnormal offenders. In J. W. Hinton (Ed.), *Dangerousness: Problems of Assessment and Prediction*. London: Allen & Unwin.
- Hoy, R. M. (1973). The meaning of alcoholism for alcoholics: a repertory grid study. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 98-99.
- Hoy, R. M. (1977). Some findings concerning beliefs about alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 227-235.
- Hruschka, D. J., Schwartz, D., Cobb St. John, D., DeCaro E., Jenkins, R., & Carey, J. W. (2004). Reliability in coding open-ended data: lessons learned from HIV behavioral research. *Field Methods*, 16, 307-331.
- Iglesias, R. (1982). *La Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) en un grupo clínico (Síndrome Tóxico)*. (Memoria de Licenciatura). Universidad de Salamanca: Salamanca.
- Jackson, W., & Carr, A. C. (1955). Empathic ability in normals and schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 51, 79-82.
- James, W. (1956). *The will to believe*. New York: Dover. (Trabajo original publicado en 1896).
- Jankowicz, D. (2004). *The easy guide to repertory grids*. Chichester: John Wiley.
- Kant, I. (2002). *Crítica de la razón pura*. Madrid: Tecnos. (Trabajo original publicado en 1781)
- Karst, T. O. (1980). The relationship between personal construct theory and psychotherapeutic techniques. En A. W. Landfield & L. M. Leitner (Eds.), *Personal construct psychology: Psychotherapy and personality* (pp. 166-184). New York: Willey.
- Keeney, B. P. (1983). *The aesthetics of change*. New York: Guilford.
- Kelly, G. A. (1964). The language of hypothesis: man's psychological instrument. *Journal of Individual Psychology*, 20, 137-52.
- Kelly, G. A. (1966/1970). Behaviour is an experiment. En D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory* (pp.255-269). Londres: Academic.
-

- Kelly, G. A. (1969a). Personal construct theory and the psychotherapeutic interview. In B. A. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 224-264). New York: Krieger.
- Kelly, G. A. (1969b). Psychotherapy and the nature of man. In B. A. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 207-223). New York: Krieger.
- Kelly, G. A. (1969c). The language of hypothesis: Man's psychology instrument. In B. A. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 147-163). New York: Krieger.
- Kelly, G. A. (1969d). The psychotherapeutic relationship. In B. A. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 216-223). New York: Krieger.
- Kelly, G. A. (1970). A brief introduction to personal construct theory. In D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory* (pp. 1-29). London: Academic Press.
- Kelly, G. A. (1977). The psychology of the unknown. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp. 1-20). London: Academic.
- Kelly, G. A. (1991a). *The psychology of personal constructs. Volume one: Theory and personality*. London: Routledge. (Trabajo original publicado en 1955)
- Kelly, G. A. (1991b). *The psychology of personal constructs. Volume two: Clinical diagnosis and psychotherapy*. London: Routledge. (Trabajo original publicado en 1955)
- Kelly, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.
- Kenny, V. (1984). An introduction to the personal construct psychology of George A. Kelly. *Irish Journal of Psychotherapy*, 3, 24-32.
- Kenny, V., & Gardner, G. (1988). Constructions of self-organising systems. *The Irish Journal of Psychology*, 9(1), 1-24.
-

- Koplowitz, Z. (1975). La epistemología constructivista de Piaget. En C. Coll (Ed.), *Psicología genética y educación*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Korzybsky, A. (1941). *Science and Sanity*. New York: Science Press.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis. An introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Sage.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-85.
- Landfield, A. W. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. Chicago: Rand McNelly.
- Landfield, A. W. (1976). A personal construct approach to suicidal behaviour. In P. Slater (Ed.), *The measurement of intrapersonal space by grid technique. Explorations of intrapersonal space* (pp. 93-107). London: John Wiley.
- Landfield, A. W., & Schmittiel, C. J. (1983). The interpersonal transaction group: Envolving measurements in the pursuit of theory. In J. Adams-Webber & J. C. Mancuso, *Applications of Personal Construct Theory* (pp. 207-218). Toronto: Academic Press.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels o emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144,133-43.
- Lange, A. (1996). Using writing assignments withfamilies managing legacies of extreme traumas. *Journal of Marital Family Therapy*, 18, 375-388.
- Lankton, C., & Lankton, S. (1988). *Tales of enchantment: goal-oriented metaphors for adults and children in therapy*. New York: Brunner/ Mazel.
- Leff, J. (1973). Culture and the differentiation of emotional states. *British Journal of Psychiatry*, 123, 299-306.

- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Kies, R., & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, *141*, 121-134.
- Leitner, L. M. (1998). La distancia terapéutica óptima La experiencia de un terapeuta de la sicoterapia de los constructos personales. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 331-346). Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L.; Pubill, M. J., & Ramos, R. (2005). *Las cartas terapéuticas. Una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona: Herder.
- Linville, P. W. (1982). Affective consequences of complexity regarding the self and others. In M. S. Clark & S. T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition* (pp. 79-109). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Little, B. R. (1968). Factors affecting the use of psychological vs. non-psychological constructs on the rep test. *Bulletin of the British Psychological Society*, *21*, 34.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1988). The construction of change in agoraphobia. In F. Fransella & L. Thomas (Eds.), *Experimenting with Personal Construct Psychology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Lyddon, W. J. (1988). Information processing and constructivist models of cognitive therapy: a philosophical divergence. *The Journal of Mind and Behavior*, *9*, 137-166.
- Lyddon, W. J. (1990). First and second order change: Implications for rationalist and constructivist cognitive therapies. *Journal of Counseling and Development*, *69*, 122-127.
- Lyddon, W. J. (1995). Forms and facets of constructivist psychology. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivism in psychotherapy*. (pp. 69-92). Washington DC: American Psychological Association.

- Lyddon, W. J., & Aford, D. J. (1996). Evaluación constructivista: una perspectiva evolutiva-epistémica. En G. J. Neimeyer (Comp.), *Evaluación constructivista* (pp. 39-62). Barcelona: Paidós.
- Lyddon, W. J., Clay, A. L., & Sparks, C. L. (2001). Metaphor and change in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 76, 269-274.
- Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Magai, C., & McFadden, S. H. (1995). *The role of emotions in social and personality development*. New York: Plenum Press.
- Magee, B. (1991). *Schopenhauer*. Madrid: Cátedra. (Trabajo original publicado en 1983).
- Mahoney, M. J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. En M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future direction* (pp. 157-180). New York: Plenum.
- Mahoney, M. J. (1988a). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1(1), 1-35.
- Mahoney, M. J. (1988b). Constructive metatheory: II. Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1(4), 299-317.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1998). Las demandas psicológicas para un psicoterapeuta constructivo. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 361-376). Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructivista*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. J., & Alford, D. J. (1989). The rational-emotive theory of psychotherapy. In M. E. Bernard & R. DiGiusepe (Eds.), *Inside rational-emotive therapy* (pp. 69-94). New York: Academic Press.

- Mahoney, M. J., & Fernández-Álvarez, H. (1998). La vida personal del psicoterapeuta/ The personal life of the psychotherapist. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 9-22.
- Mahoney, M. J., & Gabriel, T. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 39-59.
- Mahoney, M. J., & Lyddon, W. J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counselling and psychotherapy. *The Counselling Psychologist*, 16, 290-234.
- Mair, M. (1988). Psychology of story telling. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 125-138.
- Mair, M. (1989). Kelly, Bannister and a story-telling psychology. *Internacional Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 1-14.
- Mancini, F., & Semerari, A. (Comps.) (1990). *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Mandler, G. (1982). The structure of value: Accounting for taste. In M. S. Clark & S. T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition* (pp. 211-227). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969.
- Markus, H., & Oyserman, D. (1989). Gender and thought: The role of self-concept. En M. Crawford & M. Hamilton (Eds.), *Gender and thought* (pp. 100-127). New York: Springer-Verlag.
- Markus, H., & Ruvolo, A. (1989). Possible selves: Personalized representations of goals. En L. A. Pervin (Ed.), *Goal concepts in personality and social psychology* (pp. 211-242). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The Dynamic self concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337. doi: 10.1146/annurev.ps.38.020187.001503.

- Marlatt, G. A., & Fromme, K. (1987). Metaphors for addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 9-28.
- Martin, J., Cummings, A. L., & Hallberg, E. T. (1992). Therapists intentional use of metaphor: memorability, clinical impact, and possible epistemic/motivational functions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 143-145.
- Martin, J., Paivio, S., & Labadie, D. (1990). Memory-enhancing characteristics of client-recalled important events in cognitive and experiential therapy. *Counseling Psychology Quarterly*, 3, 239-256.
- Martin, J., & Stelmaczonek, K. (1988). Participants identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counselling Psychology*, 35, 385-390.
- Mascolo, M. F. (1992). Personally and socially constructing selves: Toward and increasingly social constructivist psychology. *Internacional Journal of Personal Construct Psychology*, 5, 413-425.
- Mascolo, M. F., & Mancuso, J. C. (1990). Functioning of epigenetically evolved emotion systems: A constructive analysis. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 205-222.
- Maturana, H. R. (1970). Neurophysiology of cognition. En P. Garvin (Ed.), *Cognition: A multiple view* (pp. 3-23). New York: Spartan.
- Maturana, H. R. (1980). Biology of cognition. En H. R. Maturana & F. J. Varela (Comps.), *Autopoiesis and cognition: The realization of the living* (pp. 2-62). Boston: Reidel.
- Maturana, H. R. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *Irish Journal of Psychology*, 9, 25-82.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala.
- McCoy, M. M. (1977). A reconstruction of emotion. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp.93-124). London: Academic Press.

- McCoy, M. M. (1981). Positive and negative emotion: a personal construct theory interpretation. In H. Bonarius, R. Holland & S. Rosenberg (Eds.), *Personal construct psychology* (pp. 95-104). New York: St. Martin's Press.
- McKain, T. L., Glass, C. R., Arnkoff, F. B., Sydnor-Greenberg, J. M., & Shea, C. A. (1988). Personal constructs and shyness: The relationship between rep grid data and therapy outcome. *International Journal of Personal construct Psychology, 1*, 151-67.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- McPherson, F. M. (1972). Psychological constructs and psychological symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 120*, 197-198.
- McPherson, F. M., & Gray, A. (1976). Psychological construing and psychological symptoms. *British Journal of Medical Psychology, 49*, 73-79.
- Meichenbaum, D. (1997). Cambios en la concepción de la modificación de conducta cognitiva. En M. J. Mahoney (Comp.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas* (pp. 39-46). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mikulas, W. L. (2002). *The integrative helper: Convergence of eastern and western traditions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Millar, D. G. (1980). A repertory grid study of obsessionality: distinctive cognitive structure or distinctive cognitive content? *British Journal of Medical Psychology, 53*, 59-66.
- Miller, A. D. (1968). Psychological stress as a determinant of cognitive complexity. *Psychological Reports, 23*, 635-639.
- Mills, J. C., & Crowley, R. J. (1986). *Therapeutic metaphors for children and the child within*. New York: Brunner/ Mazel.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Minuchin, S., & Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Miskimins, R. W., Wilson, L. T., Braucht, G. N., & Berry, K. L. (1971). Self-concept and psychiatric symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 185-187.
- Montesano, A., Feixas, G., & Varlotta, N (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32, 371-379.
- Mottram, M. A. (1985). Personal construct in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 291-295.
- Muran, J. C., & DiGiuseppe, R. A. (1990). Towards a cognitive formulation of metaphor use in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 69-85.
- Navarro Góngora, J. (1998). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, G. J. (1996). *Evaluación constructivista*. Barcelona: Piados.
- Neimeyer, G. J. (1998). El cuestionamiento del cambio. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 117-133). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, G. J., & Hall, A. (1988). Personal identity in disturbed marital relationships. In F. Fransella & L. Thomas (Eds.) *Experimenting with personal construct psychology* (pp. 297-307). London: Routledge & Kegan Paul.
- Neimeyer, G. J., & Neimeyer, R. A. (1993). Defining the boundaries of constructivist assessment. En G. J. Neimeyer (Comp.), *Casebook of constructivist assessment* (pp. 1-30). Newsbury Park: CA, Sage.
- Neimeyer, G. J., & Neimeyer, R. A. (1996). Definición de los límites de la evaluación constructivista. En G. J. Neimeyer (Comp.), *Evaluación constructivista* (pp. 11-37). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A. (1985a). Personal construct in clinical practice. In P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 4, pp. 275-329). San Diego, C.A.: Academic Press.

- Neimeyer, R. A. (1985b). *The development of personal construct psychology*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Neimeyer, R. A. (1985c). Personal construct in depression: research and clinical implications. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health*. London: Croom Helm.
- Neimeyer, R. A. (1986). Personal construct therapy. En W. Dryden & W. Golden (Comps.), *Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy* (pp. 224-260). New York: Harper & Row.
- Neimeyer, R. A. (1987). An orientation to personal construct therapy. In R. A. Neimeyer & G. J. Neimeyer (Eds.), *Personal construct therapy case book* (pp. 3-19). New York: Springer.
- Neimeyer, R. A. (1988). Integrative directions in personal construct therapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1(4), 283-297. doi: 10.1080/10720538808412780.
- Neimeyer, R. A. (1992). Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: Una contribución constructivista. *Revista de Psicoterapia*, 9, 23-48.
- Neimeyer, R. A. (1996). Enfoques constructivos de la medida del significado. En G. J. Neimeyer (Comp.), *Evaluación constructivista* (pp. 63-103). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A. (1998). Psicoterapias constructivistas: Características, bases y direcciones futuras. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 29-58). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A., Baker, K., & Neimeyer, G. (1989). The current status of personal construct theory: Some scientometric data. En G. Neimeyer & R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct theory* (Vol. 1, pp. 3-22). Greenwich, CT: JAI.
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1989). Trastornos en el proceso de construcción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26.

- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: a comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment, 8*, 47-56.
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1997). El estado de la cuestión en la terapia de constructos personales. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 307-317). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A., Fontana, D. J., & Gold, K. (1984). A manual for content analysis of death constructs. In F. R. Epting & R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death. Applications of personal construct theory to clinical practice* (pp. 213-234). Washington: Hemisphere Publishing.
- Neimeyer, R. A., Klein, M. H., Gurman, A. S., & Griest, J.H. (1983). Cognitive structure and depressive symptomatology. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 65-73.
- Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A., & Neimeyer, G. J. (1996). Evaluación constructivista: Qué y cuándo. En G. J. Neimeyer (Comp.), *Evaluación constructivista* (pp. 195-209). Barcelona: Paidós.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Norris, M., & Makhoul-Norris, F. (1976). The measurement of self identity. In P. Slater (Ed.), *The measurement of intrapersonal space by grid technique. Vol. 1. Explorations of intrapersonal space* (pp. 79-92). London: Wiley.
- Novak, J. D. (1988). Constructivismo humano: un consenso emergente. *Enseñanza de las ciencias, 6*, 213-223.

- Novak, J. D. (1993). Human constructivism: A unification of psychological and epistemological phenomena in meaning making. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 167-194.
- Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1999). Construcción de relatos alternativos. De la externalización del problema a la internalización de competencias. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 41, 95-110.
- Ochoa de Alda, I. (1999b). La terapia familiar sistémica: Un modelo complejo en constante evolución. En J. Góngora, A. Fuertes & T. Ugidos (Eds.), *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 143-180). Salamanca: Amarú.
- Ochoa de Alda, I. (2001). Un modelo para el entrenamiento de habilidades terapéuticas en los enfoques narrativos de la terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 46, 137-150.
- O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1989).
- Otto, M. W. (2000). Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 166-172.
- Padesky, C. (2000). *The client as architect of change*. Ponencia presentada en el International Congress of Cognitive Psychotherapy, Catania, Italia.
- Papp, P. (1992). Paradojas. En S. Minuchin & H.C. Fishman (Eds.). *Técnicas de terapia familiar* (pp. 242-258). Barcelona: Paidós.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: Critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- Parker, I. (1999). *Deconstructing psychotherapy*. Londres: Sage.
- Parry, A., & Doan, R.E. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in a postmodern world*. New York: Guildford Press.

- Patterson, C. H. (1973). *Theories of counselling and psychotherapy*. New York: Harper and Row.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: exploring the roles of behavioral inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology*, 26, 82-94.
- Penn, P., & Frankfurt, M. (1994). Creating a Participant Text: Writing, Multiple Voices, Narrative Multiplicity. *Family Process*, 33(3), 217-232. doi: 10.1111/j.1545-5300.1994.00217.x.
- Pérez Grande, M. D. (1991). Evaluación de resultados en terapia sistémica breve. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 93-110.
- Perreault, W. D., & Leigh, L. E. (1989). Reliability of nominal data based on qualitative judgements. *Journal of Marketing Research*, 26, 135-148.
- Pervin, L. A. (1970). *Personality: Theory, assessment, and research*. New York: John Wiley and Sons.
- Piaget, J. (1987). *El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1926).
- Piaget, J. (1970). *Psychology and epistemology: Toward a theory of knowledge*. New York: Viking.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: SUNY Press.
- Pope, M., & Keen, T. (1981). *Personal construct psychology and education*. London: Academic Press.
- Ramos Gutierrez, R. (2001). *Narrativas contadas, narrativas vividas: Un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.

- Ramsay, J. R. (1998). Postmodern Cognitive Therapy: Cognitions, narratives and personal meaning-making. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12, 39-55.
- Rivas, F., & Marco, R. (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford.
- Riikonen E., y Vataja, S. (1996). *Seminario impartido en el master de formación de terapeutas sistémicos*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Ritterband, L. M. (1995). *Evaluation of the Beck Depression Inventory's sensitivity and the state-trait properties* (Unpublished master's thesis). University of South Florida: Tampa, USA.
- Ritterband, L. M., & Spielberger, C. D. (1996). Construct validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in nonclinical populations. *Depression and Stress*, 2, 123-145.
- Rivas, F., & Marco, R. (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de la rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Roberts, F., & Robinson, J. D. (2004). Interobserver agreement on first-stage conversation analytic transcription. *Human Communication Research*, 30, 376-410. doi: 10.1111/j.1468-2958.2004.tb00737.x.
- Robinson, A. J. (1943/1982). A further validation of role therapy. *Fort Hays Studies*, 3, 51-90.
- Rodríguez Morejón, A., & Beyebach, M. (1994a). La terapia sistémica como marco para generar nuevos relatos con las familias. En D. Borobio (Cord.), *Familia en un mundo cambiante* (pp. 365-386). Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Rodríguez Morejón, A., & Beyebach, M. (1994b). Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido & J. Garcia (Comps). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Valencia: Promolibro
-

- Rodríguez Morejón, A., & Beyebach, M. (1997). Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 34, 39-56.
- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Ros, M. (2006). *Cuentos sin Lobo*. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Navarra: Navarra.
- Rosen, S. (1982). *My voice will go with you*. New York: Norton.
- Rosenberg, S., & Jones, R. (1972). A method for investigating and representing a person's implicit theory of personality: Theodore Dreiser's view of people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 372-386.
- Ross, M. V. (1985). Depression, self-concept, and personal constructs. In F. Epting & A. W. Landfield (Eds.), *Anticipating personal construct psychology*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rowe, D. (1971). Poor prognosis in a case of depression as predicted by the repertory grid. *British Journal of Psychiatry*, 118, 297-300.
- Rowe, D. (1987). *Beyond fear*. London: Fontana.
- Rycroft, C. (1986). *Anxiety and neurosis*. London: Allen Lane.
- Ryle, A., & Breen, D. (1972). Some differences in the personal constructs of neurotic and normal subjects. *British Journal of Psychiatry*, 120, 483-489.
- Sánchez, E. F. (1988). *Una visión sistémica de la familia* (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Sevilla: Sevilla.
- Sánchez, E. F. (1990). Diagnóstico sistémico de una familia: El cuestionario de interrelación familiar (CIF) y la técnica de rejilla. *Psicología*, 11, 59-82.
- Sandín, B. (1981). Consideraciones sobre el cuestionario 8SQ. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 169, 323-327.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.

- Sanz, J., Navarro, M. E., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, L. A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II):3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology* (pp. 3-21). New York: Praeger.
- Saúl, L. A. (2006). *El papel de los conflictos cognitivos en la salud mental: implicaciones para el cambio terapéutico*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Salamanca: Salamanca
- Saúl, L. A., López-González, M. A., & Moreno-Pulido, A. (2008, noviembre). *Trayectoria de la técnica de la rejilla en los últimos 50 años*. Póster presentado en la VII Semana de Investigación de la Facultad de Psicología, Madrid.
- Schopenhauer, A. (1932). *The wisdom of life and other essays*. New York: Walter J. Black.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L. Cecchin, G., & Prata, G. (1977). Family rituals: a powerful tool in family therapy. *Family Process*, 16(4), 445-453.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L. Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(1), 3-12.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L. Cecchin, G., & Prata, G. (1991). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.

- Semerari, A., & Mancini, F. (1987). *Recursive self-invalidation in neurotic processes*. Paper presented at the Seventh International Congress on Personal Construct Psychology, Memphis.
- Senra, J., Feixas, G., & Fernandes, E. (2006). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, 63-64, 179-201.
- Shaw, M. L. G. (1980). *On becoming a personal scientist: Interactive computer elicitation of personal models of the world*. London: Academic Press.
- Sheehan, M. J. (1981). Constructs and conflict in depression. *British Journal of Psychology*, 72, 197-209.
- Silverman, G. (1977). Aspects of intensity of affective constructs in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 130, 174-6.
- Sinnott, J. D. (1989). Changing the known; knowing the changing: The general systems metatheory as a conceptual framework to study complex change and complex thoughts. En D. A. Kramer & M J. Bopp (Eds.), *Transformation in clinical and developmental psychogy* (pp. 51-69). New York: Springer Verlag.
- Slater, P. (1972). The measurement of consistency in repertory grids. *British Journal of Psychiatry*, 121, 45-51.
- Sluzki, C. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas familiares*, 1, 53-57.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Smail, D. J. (1970). Neurotic symptoms, personality and personal constructs. *British Journal of Psychiatry*, 117, 645-648.
- Smail, D. J. (1978). *Psychotherapy: A personal approach*. London: Dent.
- Sherrington, C. S. (1906). *The integrative action of the nervous system. Silliman lectures*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Shotter, J. (1996). El lenguaje y la construcción del si mismo. En M. Pakman (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana* (pp. 213-225). Barcelona: Gedisa.
- Space, L. G., & Cromwell, R. L. (1980). Personal constructs among depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 150-158.
- Space, L. G., Dingemans, P., & Cromwell, R. L. (1983). Self construing and alienation in depressives, schizophrenics and normals'. En J. Adams-Webber & J. Mancuso (Eds.), *Applications of personal construct theory* (pp. 365-377). Toronto: Wiley.
- Sperlinger, D. (1976). Aspects of stability in the repertory grid. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 341-347.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto California: Consulting Psychologist Press (Adapt. Española, TEA, 1982).
- Stanley, B. (1985). Alienation in young offenders. In N. Beail (Ed.), *Repertory grid technique and personal constructs: Applications in clinical and educational settings* (pp. 47-60). London: Croom Helm.
- Stewart, A. E., & Barry, J. R. (1991). Origins of George Kelly's constructivism in the work of Korzybski and Moreno. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 124-136.
- Stewart, V., & Stewart, A. (1982). *Business applications of repertory grid*. London: McGraw-Hill.
- Thomas, L. C., & Shaw, M. L. G. (1977). *Pegasus: A manual*. Uxbridge, Inglaterra: Center of the Study of Human Learning, Brunel University.
- Thomas, J. C., & Segal, D. L. (Eds.). (2006). *Comprehensive handbook of personality and psychopathology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. En D. Campbell & R. Draper (Eds.), *Applications of systemic family therapy: The Milan model*, New York: Grune & Stratton.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing, *Family Process*, 26. Vs. cast. M. Beyebach y J. L.
-

- Rodríguez-Arias (Comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I*. Univ. Pontificia de Salamanca, 1988.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask, circular, strategic or reflexive questions?, *Family Process*, 26. Vs. cast. M. Beyebach & J. L. Rodríguez-Arias (Comps.), *Terapia Familiar. Lecturas I*. Univ. Pontificia de Salamanca, 1988.
- Tous, J. M. (1986). *Psicología de la personalidad*. Barcelona: Promociones y publicaciones Universitarias.
- Traue, H. C., Gottwald, A., Henderson, P. R., & Bakal, D. A. (1985). Nonverbal expressiveness and EMG activity in tension headache sufferers and controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 375-81.
- Tschudi, F. (1955). *FLEXIGRID Manual*. Oslo: Oslo University. Universidad de Oslo.
- Tschudi, F. (1977). Loaded and honest questions: A construct theory view of symptoms and therapy. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp. 321-349). London: Academic Press.
- Urraca, S. (1981). *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*. (Tesis Doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid: Madrid.
- Vaihinger, H. (1924). *The philosophy of as if*. London: Routledge & Kegan Paul. (Trabajo original publicado en 1911).
- Vaihinger, H. (2003). La voluntad de ilusión en Nietzsche. En F. Nietzsche, *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Madrid: Tecnos. (Trabajo original publicado en 1911).
- Vallejo, J., & Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión*. Barcelona: Mansson.
- Vazquez, C., & Sáenz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp. 299-337). Madrid: McGraw-Hill.

- Vázquez, C., & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978, en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- VerLee, W. L. (1986). *Aprender con todo el cerebro*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vico, G. (2002). *La antiquísima sabiduría de los italianos*. Barcelona: Anthropos. (Trabajo original publicado en 1710).
- Von Foerster, H. (1981). *Observing Systems*. Seaside, CA: Intersystems.
- Von Glasersfeld, E. (1984). On radical constructivism. En P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality* (pp. 17-40). New York: Norton.
- Villegas Besora, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 6,(22-23), 5-17.
- Viney, L. (1983). The assessment of psychological states through content analysis of verbal communications. *Psychological Bulletin*, 94, 542-563.
- Vygotsky, L. S. (1934). *Thought and language*. Cambridge: Mass. MIT.
- Wahlström, J. (1990). Conversations on contexts and meanings: on understanding therapeutic change from a contextual viewpoint. *Contemporary Family Therapy*, 12(5), 455-466.
- Wahlström, J. (1997). Developments in Family Therapy – from systems to discourse. In P. J. Hawkins & J. Nestoros (Eds.), *Psychotherapy. New perspectives on theory, practice and research* (pp. 425-455). Athens: Ellinika Grammata.
- Walker, B. E., Costigan, J., Viney, L. L., & Warren, W. G. (Comps), (1996). *Personal construct theory: A psychology for the future*. Melbourne: APS Imprint Books.
- Walker, B. M. (1992). Values and Kelly's theory: Becoming a good scientist. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 3, 259-270.

- Walker, B. M., Ramsey, F. L., & Bell, R. C. (1988). Dispersed and undispersed dependency. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*, 63-80. doi: 10.1080/10720538808412765.
- Wash, F. (1999). *Spiritual resources in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Watzlawick, P. (1978). *The lenguaje of change: Elements of therapeutic communication*. New York: Basic Books.
- Watzlawick, P. (1984a). Commentary: But what about mountainous seas? *Family Process, 23*(4), 517-518.
- Watzlawick, P. (1984b). Self-fulfilling prophecies. En P. Watzlawick (Comp.), *The invented reality* (pp. 95-116). New York: Norton.
- Watzlawick, P., & Hoyt, M. F. (1988). Constructing therapeutic realities: A conversation with Paul Watzlawick. En M. F. Hoyt (Comp.), *The handbook of constructive therapies* (pp. 183-197). San Francisco: Jossey-Bass.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). Theories of knowledge restructuring in development. *Review of Educational Research, 57*, 51-67.
- Weiner-Davis, M., De Shazer, S., & Gingerich, W. J. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution. *Journal of Marital and Family Therapy, 13*, 359-363.
- White, M. (1984). Pseudoencopresis: From Avalanche to Victory, From Vicious to Virtuous Cycles. *Journal of Family Systems Medicine, 2*, 150-160.
- White, M. (1986). Negative explanation, restraint and double description: A template for family therapy. *Family Process, 25*, 169-184.
- White, M. (1987). Family Therapy and Schizophrenia: Addressing the In the corner lifestyle. *Dulwich Center Newsletter. Spring*.
- White, M. (1988). The process of questioning: A Therapy of Literary merit?. *Dulwich Center Newsletter. Winter*.
- White, M. (1989). The externalising of the problem an the Re-authoring of lives and relationships. *Dulwich Centre Newsletter. Summer*.
-

- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1995). *Re-authoring lives: interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White, M. (2007). *Maps of narrative therapy*. New York: Norton.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1990).
- Winter, D. A. (1975). Some characteristics of schizophrenics and their parents, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 279-90.
- Winter, D. A. (1982). Construct relationships, psychological disorder and therapeutic change. *British journal of medical psychology*, 55, 257-269.
- Winter, D. A. (1988). Constructions in social skills training. In F. Fransella & L. Thomas (Eds.), *Experimenting with Personal Construct Psychology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Winter, D. A. (1991). *Repertory grid technique in the investigation of treatment of psychological disorder: a review of research*. Comunicación presentada en el 22nd. *Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research*, Lyon.
- Winter, D. A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications*. London: Routledge.
- Winter, D. A. (1993). Repertory grid technique as a psychotherapy research measure. *Psychotherapy Research*, 13, 25-42.
- Winter, D. A. (2003). Personal construct psychotherapy: The evidence base. In F. Fransella (Ed.), *International handbook of personal construct psychology* (pp. 265-272). London: Wiley.
- Winter, D. A. (2007). Constructivist and humanistic therapies. In C. Freeman & M. Power (Eds.), *Handbook of evidence-based psychotherapies: A guide for research and practice* (pp. 123-140). Chippenham, Wiltshire: John Wiley & Sons.

- Winter, D., & Gournay, K. (1987). Constriction and construction in agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*, *60*, 233-244.
- Wood, R. R. (1977). *Empathy and Similarity of Perception in a Married Couples Psychotherapy Group: a Repertory Grid Study* (Unpublished Dip. Clin. Psychol. dissertation). British Psychological Society, Leicester.
- Wright, R. P. (2004). Mapping cognitions to better understand attitudinal and behavioral responses in appraisal research. *Journal of Organizational Behavior*, *25*, 339-374.
- Yorke, M. (1985). Administration, analysis, and assumption. En N. Beail (Comp.), *Repertory grid technique and personal constructs* (pp. 383-399). London: Croom Helm.
- Yorke, M. (1989). The intolerable wrestle: words, numbers, and meanings. *International Journal of Personal Construct Psychology*, *2*, 65-76.

APÉNDICE A: Información sobre la muestra

Tabla A1. *Sexo y edad de los componentes de la muestra del Estudio 1*

Muestra de población clínica			Muestra de población no clínica		
Código cliente	Sexo	Edad	Código	Sexo	Edad
2c012	Mujer	20	2n83	Mujer	22
2c014	Mujer	23	2n84	Mujer	20
5c013	Mujer	29	2n85	Mujer	45
5c019	Hombre	26	2n86	Hombre	22
2c018	Mujer	23	2n87	Mujer	20
5c002	Mujer	28	2n88	Hombre	27
5c004	Hombre	29	2n89	Mujer	21
5c027	Mujer	25	2n90	Mujer	22
5c012	Mujer	27	2n91	Mujer	23
5c043	Mujer	23	2n92	Mujer	21
5c005	Hombre	50	2n93	Mujer	21
5c016	Hombre	23	2n94	Mujer	26
5c022	Mujer	30	2n95	Mujer	30
5c045	Mujer	32	2n96	Mujer	21
5c052	Mujer	26	2n97	Hombre	21
5c007	Mujer	45	2n98	Mujer	48
5c017	Mujer	24	2n99	Mujer	21
5c034	Mujer	56	2n100	Mujer	21
5c042	Mujer	40	2n101	Mujer	21
5c029	Mujer	31	2n102	Mujer	22
5c006	Mujer	26	2n103	Hombre	25
5c014	Hombre	34	2n104	Mujer	45
5c040	Hombre	32	2n105	Hombre	31
5c044	Mujer	22	2n106	Mujer	21
5c046	Mujer	28	2n107	Mujer	50
5c009	Mujer	24	2n109	Hombre	17
5c010	Mujer	25	2n110	Hombre	21
5c026	Mujer	29	2n111	Mujer	23
5c030	Mujer	31	2n112	Hombre	21
5c015	Hombre	48	2n113	Mujer	23
Media		30.30	Media		25.73
Desviación típica		8.902	Desviación típica		8.986

Tabla A2. Sexo y edad de los componentes de la muestra del Estudio 2

Muestra de población clínica			Muestra de población no clínica		
Código cliente	Sexo	Edad	Código	Sexo	Edad
C001	Mujer	22	N01	Mujer	21
C002	Mujer	24	N02	Mujer	20
C003	Mujer	20	N03	Mujer	21
C004	Mujer	24	N04	Mujer	21
C005	Mujer	23	N05	Mujer	21
C006	Mujer	20	N06	Mujer	21
C007	Mujer	23	N07	Mujer	24
C008	Mujer	26	N08	Mujer	21
C009	Varón	21	N09	Mujer	21
C010	Varón	23	N10	Mujer	21
C011	Mujer	20	N11	Varón	23
C012	Mujer	24	N12	Mujer	21
C013	Mujer	27	N13	Mujer	21
C014	Mujer	24	N14	Mujer	22
C015	Mujer	20	N15	Mujer	23
C016	Mujer	20	N16	Mujer	21
C017	Mujer	38	N17	Varón	25
C018	Mujer	18	N18	Mujer	21
C019	Mujer	19	N19	Mujer	22
C020	Varón	21	N20	Mujer	23
C021	Mujer	19	N21	Varón	24
S001	Mujer	22	N22	Mujer	23
S002	Mujer	20	N23	Mujer	20
S003	Mujer	23	N24	Mujer	21
S004	Mujer	35	N25	Mujer	20
S005	Mujer	20	N26	Mujer	21
S006	Mujer	27	N27	Varón	23
S007	Mujer	25	N28	Mujer	21
S008	Mujer	19	N29	Mujer	21
S009	Mujer	22	N30	Mujer	21
S010	Mujer	24	N31	Mujer	22
S011	Varón	36	N32	Mujer	23
S012	Mujer	19	N33	Mujer	21
2c012	Mujer	20	N34	Mujer	21
2c014	Mujer	23	N35	Mujer	22
5c013	Mujer	29	N36	Mujer	22
5c019	Varón	26	N37	Mujer	23
2c018	Mujer	23	N38	Mujer	21
5c002	Mujer	28	N39	Varón	22
5c004	Varón	29	N40	Mujer	22
5c027	Mujer	25	N41	Mujer	23
5c012	Mujer	27	N42	Varón	23
5c043	Mujer	23	N43	Mujer	22
Media		23.74	Media		21.77
Desviación típica		4.531	Desviación típica		1.151

Tabla A3. Sexo y edad de los componentes de la muestra del Estudio 3

Muestra de población clínica			Muestra de población no clínica		
Código cliente	Sexo	Edad	Código	Sexo	Edad
C001	Mujer	22	N20	Mujer	23
C002	Mujer	24	N21	Varón	24
C003	Mujer	20	N22	Mujer	23
C004	Mujer	24	N23	Mujer	20
C005	Mujer	23	N24	Mujer	21
C006	Mujer	20	N25	Mujer	20
C007	Mujer	23	N26	Mujer	21
C008	Mujer	26	N27	Varón	23
C009	Varón	21	N28	Mujer	21
C010	Varón	23	N29	Mujer	21
C011	Mujer	20	N30	Mujer	21
C012	Mujer	24	N31	Mujer	22
C013	Mujer	27	N32	Mujer	23
C014	Mujer	24	N33	Mujer	21
C015	Mujer	20	N34	Mujer	21
C016	Mujer	20	N35	Mujer	22
C017	Mujer	38	N36	Mujer	22
C018	Mujer	18	N37	Mujer	23
C019	Mujer	19	N38	Mujer	21
C020	Varón	21	N39	Varón	22
C021	Mujer	19	N40	Mujer	22
Media		22.67	Media		21.76
Desviación típica		4.258	Desviación típica		1.091

Tabla A4. *Número de constructos y elementos de la muestra del Estudio 1*

Muestra de población clínica			Muestra de población no clínica		
Código	Nº constructos	Nº elementos	Código	Nº constructos	Nº elementos
2c012	20	15	2n83	11	8
2c014	20	15	2n84	15	14
5c013	14	12	2n85	15	15
5c019	13	12	2n86	13	15
2c018	21	15	2n87	15	14
5c002	12	13	2n88	14	9
5c004	12	11	2n89	11	9
5c027	12	12	2n90	15	15
5c012	12	11	2n91	15	15
5c043	12	12	2n92	10	6
5c005	11	12	2n93	15	14
5c016	13	12	2n94	15	15
5c022	11	11	2n95	15	15
5c045	11	12	2n96	15	15
5c052	12	12	2n97	11	11
5c007	12	12	2n98	14	8
5c017	12	10	2n99	6	9
5c034	15	12	2n100	9	11
5c042	10	10	2n101	15	14
5c029	13	11	2n102	8	9
5c006	12	10	2n103	15	15
5c014	10	11	2n104	14	8
5c040	12	11	2n105	15	15
5c044	12	10	2n106	12	13
5c046	15	12	2n107	14	8
5c009	10	12	2n109	10	15
5c010	12	12	2n110	15	14
5c026	14	13	2n111	14	13
5c030	11	12	2n112	15	12
5c015	12	13	2n113	15	15
Total	388	358	Total	396	369
Media	12.93	11.93	Media	13.20	12.30
Desviación típica	2.803	1.337	Desviación típica	2.524	2.973

Tabla A5. Número de constructos y elementos de la muestra del Estudio 2

Muestra de población clínica			Muestra de población no clínica		
Código	Nº constructos	Nº elementos	Código	Nº constructos	Nº elementos
C001	15	14	N01	14	14
C002	17	14	N02	15	14
C003	14	14	N03	15	14
C004	15	14	N04	15	14
C005	15	14	N05	15	14
C006	17	14	N06	15	14
C007	17	14	N07	15	14
C008	15	14	N08	14	14
C009	17	14	N09	15	14
C010	15	14	N10	14	14
C011	15	14	N11	14	14
C012	16	14	N12	15	14
C013	15	14	N13	15	14
C014	15	14	N14	9	13
C015	17	14	N15	13	14
C016	15	13	N16	9	14
C017	13	14	N17	15	14
C018	16	13	N18	15	14
C019	16	14	N19	12	14
C020	15	13	N20	14	13
C021	15	14	N21	15	14
S001	15	14	N22	15	14
S002	15	14	N23	15	14
S003	15	14	N24	15	13
S004	15	14	N25	11	14
S005	15	13	N26	13	14
S006	17	14	N27	10	14
S007	17	14	N28	15	14
S008	15	14	N29	11	13
S009	14	15	N30	11	14
S010	17	14	N31	15	13
S011	13	14	N32	12	14
S012	15	14	N33	9	14
2c012	20	15	N34	12	14
2c014	20	15	N35	7	15
5c013	14	12	N36	15	14
5c019	13	12	N37	15	13
2c018	20	15	N38	10	15
5c002	12	13	N39	15	12
5c004	12	11	N40	15	13
5c027	12	12	N41	15	13
5c012	12	11	N42	13	12
5c043	12	12	N43	15	13
Total	655	587	Total	577	591
Media	15.23	13.65	Media	13.42	13.74
Desv. típica	1.998	0.948	Desv. típica	2.217	0.621

Tabla A6. Número de constructos y elementos del Estudio 3

Muestra de población clínica					Muestra de población no clínica		
Primera evaluación			Segunda evaluación		Código	Nº constructos	Nº elementos
Código	Nº constructos	Nº elementos	Nº constructos	Nº elementos			
C001	15	14	16	14	N20	14	13
C002	17	14	15	14	N21	15	14
C003	14	14	17	15	N22	15	14
C004	15	14	15	14	N23	15	14
C005	15	14	15	14	N24	15	13
C006	17	14	15	15	N25	11	14
C007	17	14	15	14	N26	13	14
C008	15	14	15	14	N27	10	14
C009	17	14	15	15	N28	15	14
C010	15	14	15	14	N29	11	13
C011	15	14	15	14	N30	11	14
C012	16	14	16	14	N31	15	13
C013	15	14	15	14	N32	12	14
C014	15	14	15	14	N33	9	14
C015	17	14	16	14	N34	12	14
C016	15	13	15	13	N35	7	15
C017	13	14	16	14	N36	15	14
C018	16	13	16	13	N37	15	13
C019	16	14	16	14	N38	10	15
C020	15	13	15	13	N39	15	12
C021	15	14	13	14	N40	15	13
Total	325	291	321	294	Total	270	288
Media	15.48	13.86	15.29	14	Media	12.86	13.71
Desv. típica	1.078	0.359	0.784	0.548	Desv. típica	2.496	0.717

APÉNDICE B: Instrumentos de Evaluación

LA TÉCNICA DE LA REJILLA

		Yo ahora	Yo antes del problema	Yo dentro de 6 meses	Madre	Padre	Pareja	Hijo /o Hermano	Mi terapeuta	Persona significativa 1	Persona significativa 2	Hombre agradable	Mujer agradable	Hombre desagradable	Mujer desagradable	Yo Ideal
1.....	1.....															
2.....	2.....															
3.....	3.....															
4.....	4.....															
5.....	5.....															
6.....	6.....															
7.....	7.....															
8.....	8.....															
9.....	9.....															
10.....	10.....															
11.....	11.....															
12.....	12.....															
13.....	13.....															
14.....	14.....															
15.....	15.....															

1 MUY 2 BASTANTE 3 UN POCO	4 PUNTO MEDIO	5 UN POCO 6 BASTANTE 7 MUY
---	--------------------------------	---

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Este cuestionario consta de 21 apartados. Cada apartado consta de varias frases. Por favor, lea con atención cada una de ellas y tache con una cruz sólo la frase que mejor describa sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada apartado antes de efectuar la elección.

1.	No me siento triste Me siento triste Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2.	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro Me siento desanimado respecto al futuro Siento que no tengo que esperar nada Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorará
3.	No me siento fracasado Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso Me siento una persona totalmente fracasada
4.	Las cosas me fastidian tanto como antes No disfruto de las cosas tanto como antes Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5.	No me siento especialmente culpable Me siento culpable en bastantes ocasiones Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones Me siento culpable constantemente
6.	No creo que esté siendo castigado Siento que quizá pueda ser castigado Espero ser castigado Siento que estoy siendo castigado
7.	No estoy decepcionado de mí mismo Estoy decepcionado de mí mismo Me avergüenzo de mí mismo Me detesto
8.	No me considero peor que cualquier otro Me autocritico por mis debilidades o por mis errores Continuamente me culpo por mis faltas Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo ningún pensamiento de suicidio A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería Desearía suicidarme

		Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10.		No lloro más de lo que solía Ahora lloro más que antes Lloro continuamente Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quisiera
11.		No estoy más irritado de lo normal en mí Me molesto o irrito más fácilmente que antes Me siento irritado continuamente No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían irritarme
12.		No he perdido el interés por los demás Estoy menos interesado en los demás que antes He perdido la mayor parte de mi interés por los demás He perdido todo interés por los demás
13.		Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho Evito tomar decisiones más que antes Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes Ya me es imposible tomar decisiones
14.		No creo tener peor aspecto que antes Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo Creo que tengo un aspecto horrible
15.		Trabajo igual que antes Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo Tengo que obligarme mucho para hacer algo No puedo hacer nada en absoluto
16.		Duermo tan bien como siempre No duermo tan bien como antes Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir
17.		No me siento más cansado de lo normal Me canso más que antes Me canso en cuanto hago cualquier cosa Estoy demasiado cansado para hacer nada
18.		Mi apetito no ha disminuido No tengo tan buen apetito como antes Ahora tengo mucho menos apetito He perdido completamente el apetito
19.		Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada He perdido más de 2 kilos He perdido más de 4 kilos He perdido más de 7 kilos
19.B		Estoy bajo dieta para adelgazar No estoy bajo dieta para adelgazar
20.		No estoy más preocupado por mi salud que lo normal

		Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa
21.		No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo Estoy menos interesado por el sexo que antes Estoy mucho menos interesado por el sexo He perdido totalmente el interés por el sexo

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

Apellidos y Nombre Edad Sexo.....
 Centro Curso/Puesto Estado civil.....
 Otros datos Fecha.....

A-EINSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1.	Me siento calmado				
2.	Me siento seguro				
3.	Estoy tenso				
4.	Estoy contrariado				
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6.	Me siento alterado				
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8.	Me siento descansado				
9.	Me siento angustiado				
10.	Me siento confortable				
11.	Tengo confianza en mi mismo				
12.	Me siento nervioso				
13.	Estoy desasosegado				
14.	Me siento muy atado (como oprimido)				
15.	Estoy relajado				
16.	Me siento satisfecho				
17.	Estoy preocupado				
18.	Me siento aturdido y sobreexcitado				
19.	Me siento alegre				
20.	En este momento me siento bien				

A-RINSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente vd. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1.	Me siento bien				
2.	Me canso rápidamente				
3.	Siento ganas de llorar				
4.	Me gustaría ser tan feliz como otros				
5.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
6.	Me siento descansado				
7.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
8.	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
9.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10.	Soy feliz				
11.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
12.	Me falta confianza en mi mismo				
13.	Me siento seguro				
14.	No suelo afrontar las crisis o dificultades				
15.	Me siento triste (melancólico)				
16.	Estoy satisfecho				
17.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
18.	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos				
19.	Soy una persona estable				
20.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado				

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

APENDICE C: Sistema de Categorías de Contenido (modificado)

Área 1: Moral

Se trata de una valoración que hace el sujeto con respecto al valor moral de la persona descrita o del elemento. Esta valoración supone un juicio acerca de su bondad, generosidad, equidad, o cualquier otra característica de este género.

Dentro del área moral distinguimos, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

1A:	BUENA buen corazón buen padre	MALA no merece ser aceptada mal padre
1B:	ALTRUISTA Generosa Se preocupa por los demás Servicial Solidaria Desprendida Entregada Comprometida Se puede contar con ella	EGOÍSTA va a la suya pasa de los demás despreocupada (de los demás) no está cuando la necesitan agarrada
1C:	HUMILDE Sencilla modesta	ORGULLOSA aires de superioridad soberbia
1D:	RESPETUOSA Cuidadosa Educada	JUICIOSA Despectiva Crítica Menosprecia Mal educada
1E:	FIEL legal	INFIEL ilegal
1F:	SINCERA Auténtica Honestas ser una misma clara	FALSA hipócrita segundas intenciones mentirosa
1G:	JUSTA	INJUSTA
1O:	OTROS Por ejemplo: Cotilla	

Área 2: Emocional

Consiste en algún tipo de discriminación con respecto al grado de emocionalidad o sexualidad de la persona descrita, a su actitud emocional ante la vida (p. ej. optimismo), o bien con respecto a emociones específicas.

Dentro del área emocional distinguimos, sin orden jerárquico, ocho categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

2A:	VISCERAL impulsiva espontánea emocional tiene prontos	RACIONAL intelectual cerebral controlada analítica
2B:	CÁLIDA dulce cariñosa afectiva tierna cercana sensible siente las cosas expresa sentimientos expresa el cariño pasional romántica	FRÍA dura áspera amarga arisca distante insensible sin sentimiento no demuestra afecto guarda su interior
2C:	OPTIMISTA Vital Ilusionada Feliz Alegre Contenta Animada Buen humor	PESIMISTA Apagada Desilusionada Infeliz Triste Seria Deprimida Amargada
2D:	EQUILIBRADA tranquila relajada atemperada calmada estable	DESEQUILIBRADA nerviosa ansiosa sufridora neurótica inestable cambios de humor
	Paciente	Impaciente
2E:	EMOCIONES CONCRETAS envidiosa rencorosa satisfecha	no envidiosa no rencorosa
2F:	SEXUALIDAD sexual	frígida
2O:	OTROS	

Área 3: Relacional

Se trata de todos aquellos aspectos que describen la modalidad de relación con los demás. Aunque en último término todos los constructos pueden afectar las relaciones, esta área se reserva para aquellos que son específicos del ámbito relacional.

Dentro del área relacional distinguimos, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

3A:	EXTROVERTIDA sociable tiene amigos íntimos integrada socialmente comunicativa abierta dialogante	INTROVERTIDA tímida retraída solitaria cerrada reacia a expresar habla poco
3B:	AGRADABLE simpática amable encantadora buen carácter Divertida Bromista Chistosa Graciosa	DESAGRADABLE antipática pesada estúpida borde mal carácter Aburrida
3C:	DIRECTA sencilla clara habla poco, dice mucho	RETORCIDA rebuscada da rodeos habla mucho, dice poco irónica
3D:	TOLERANTE sumisa vive su vida y deja vivir transigente democrática	AUTORITARIA dominante déspota manipuladora exigente impone sus criterios
3E:	CONFORMISTA se deja llevar dócil resignada no sabe decir que no	REBELDE luchador inconformista resistente no se dejan pinchar
3F:	DEPENDIENTE busca la plenitud en la pareja necesita ayuda pendiente de aprobación Posesiva Celosa Controladora	INDEPENDIENTE sabe estar sola no quiere ataduras pasa de la opinión de los demás libertadora
3G:	PACÍFICA no se mete con los demás	AGRESIVA peleona conflictiva

3H:	COMPRESIVA escucha atenta empática	NO COMPRESIVA no escucha no es capaz de comprender
3I:	CONFIADA Ingenua Inocente	SUSPICAZ Despierta Precavida
3O:	OTROS	

Área 4: Personal

Se refiere a una variedad de características tradicionalmente adscritas al área de la personalidad, carácter o forma de ser, excluyendo aquellas más típicamente morales, relacionales y emocionales que ya han quedado incluidas en áreas anteriores.

En el área personal distinguimos, sin orden jerárquico, nueve categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

4A:	FUERTE valiente segura confía en si misma con carácter carácter fuerte	DÉBIL cobarde vulnerable insegura no está segura de sí sin carácter carácter débil
4B:	ACTIVA dinámica vive la vida sabe divertirse aventurera	PASIVA estática no disfruta la vida se pierde cosas sedentaria
4C:	TRABAJADORA fuerza de voluntad si quieres algo tienes que pagar por ello constante exigente tenaz	VAGA cómoda querer que las cosas salgan sin esforzarse inconstante dejada
4D:	ORDENADA obsesiva formal quiere hacer las cosas bien perfeccionista disciplinada centrada	CAÓTICA sin minuciosidad dejada descuidada desordenada distráida dispersa despistada
4E:	DECIDIDA sabe lo que quiere tiene criterios propios emprendedora	INDECISA no sabe lo que quiere dubitativa

4F:	FLEXIBLE mentalidad abierta mente amplia apertura receptiva	RÍGIDA recta testaruda tozuda
4G:	REFLEXIVA consciente profunda se cuestiona	SUPERFICIAL inconsciente no ve más allá acrítica
4H:	MADURA adulta	INMADURA infantil ilusa
4I:	RESPONSABLE Seria Se toma las cosas en serio Preocupada	IRRESPONSABLE pasa de todo despreocupada alocada
4O:	OTROS Por ejemplo: sana, se cuida coherente	

Área 5: Intelectual/Operacional

Concierne a los aspectos relacionados con toda una variedad de capacidades, habilidades y conocimientos, tanto en el orden intelectual como en el operativo.

Dentro del área intelectual/operacional distinguimos, sin orden jerárquico, ocho categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

5A:	CAPAZ hábil tiene dominio de las cosas eficaz	INCAPAZ torpe incompetente ineficaz
	afronta	se escapa
5B:	INTELIGENTE lista capacidad intelectual	TONTA corta le cuesta
5C:	CULTA tiene educación sabe explicar las cosas	INCULTA ignorante
	estudiosa afán de conocimiento	se conforma con lo que sabe
5D:	CREATIVA	NO CREATIVA

	imaginativa	rutinaria
5E:	HABILIDADES ESPECÍFICAS	
5O:	OTROS	

Área 6: Valores e intereses

Como su nombre indica en este área se incluyen los constructos que hacen referencia a los valores ideológicos, religiosos, o específicos, así como intereses diversos (musicales, culturales, deportivos, etc.).

En el área de valores e intereses distinguimos, sin orden jerárquico, tres categorías específicas que exponemos a continuación con algunos ejemplos prototípicos y orientativos para la codificación.

6A:	VALORES IDEOLÓGICOS, POLÍTICOS, RELIGIOSOS, SOCIALES, MORALES, Y DE GÉNERO	
	conservadora	liberal
	tradicional	progresista
	idealista	realista
	machista	feminista
	materialista	espiritual
	racista	
	vive el presente, el día a día	piensa en el futuro
6B:	VALORES E INTERESES ESPECÍFICOS	
	aprecia el dinero	no da importancia a lo material
	derrochadora	ahorradora
	valora la familia	pasa de la familia
	le gusta el deporte	no le gusta el deporte
6O:	OTROS	

APÉNDICE D. Resultados del Estudio 1

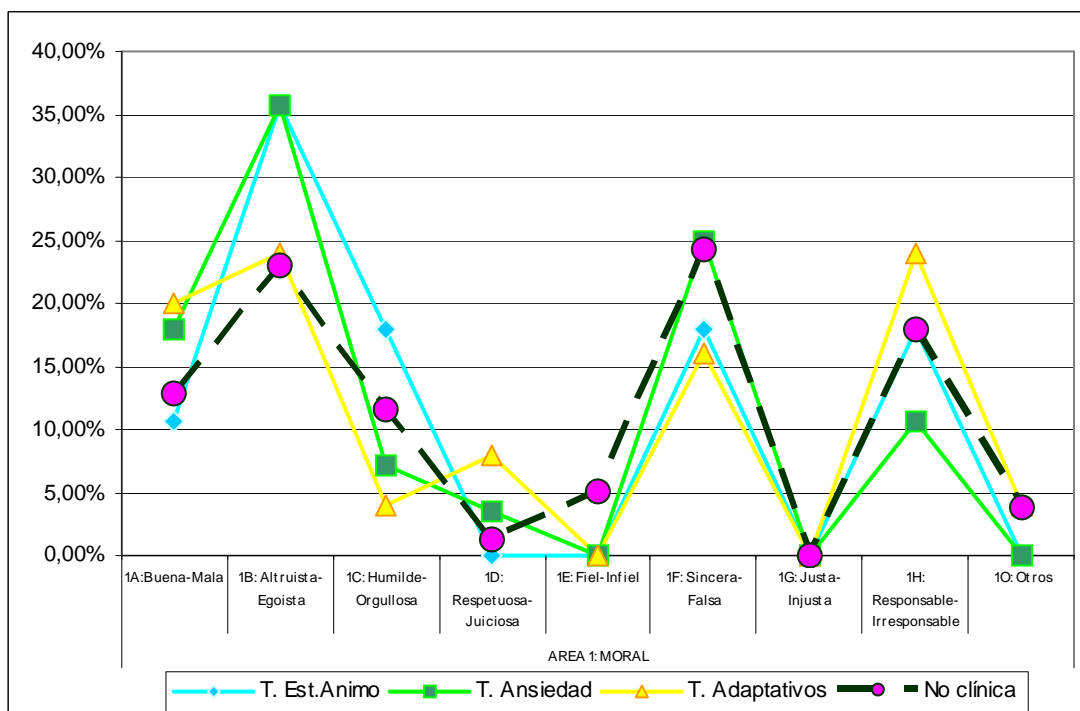


Figura D. 1. Porcentaje de codificación de constructos en el área moral

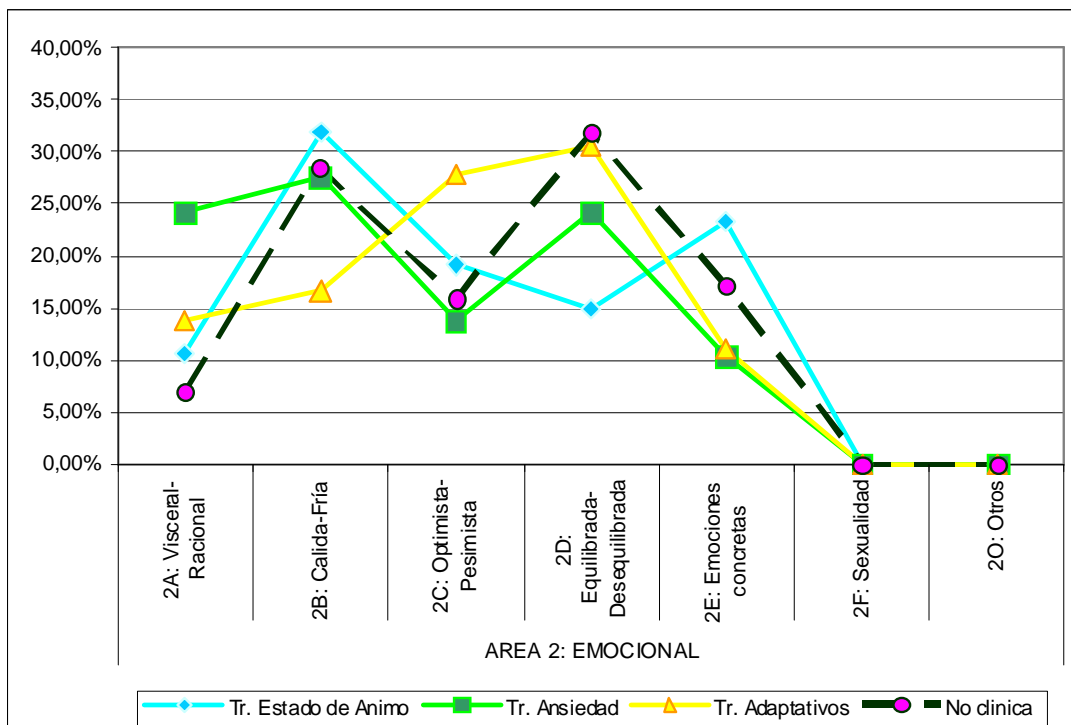


Figura D. 2. Porcentaje de codificación de constructos en el área emocional

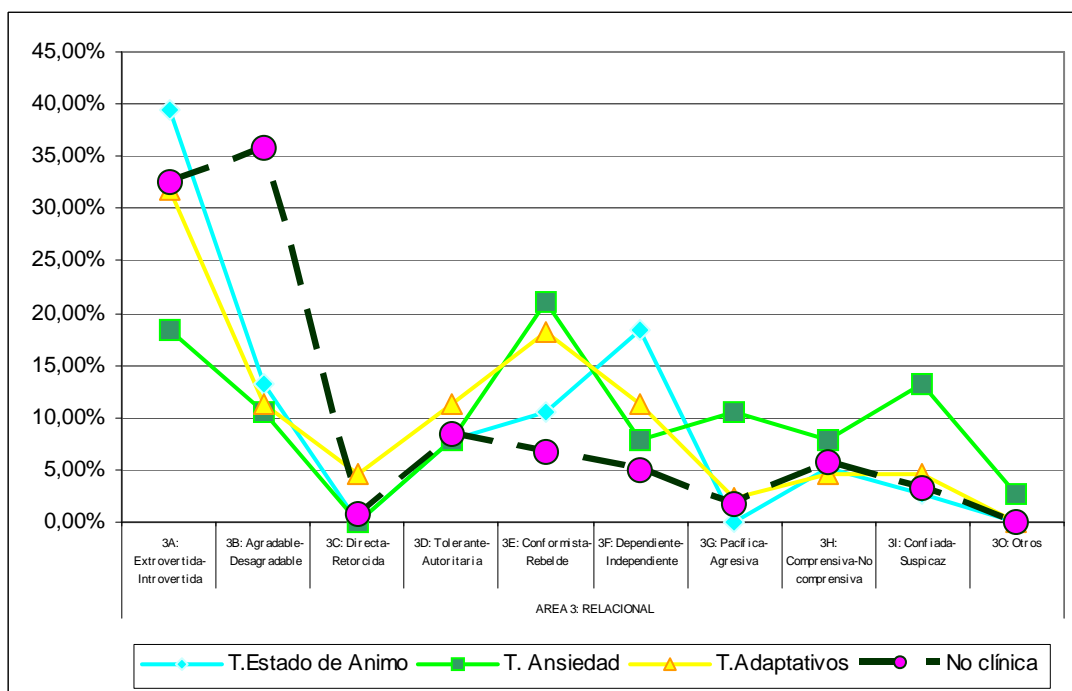


Figura D. 3. Porcentaje de codificación de constructos en el área relacional

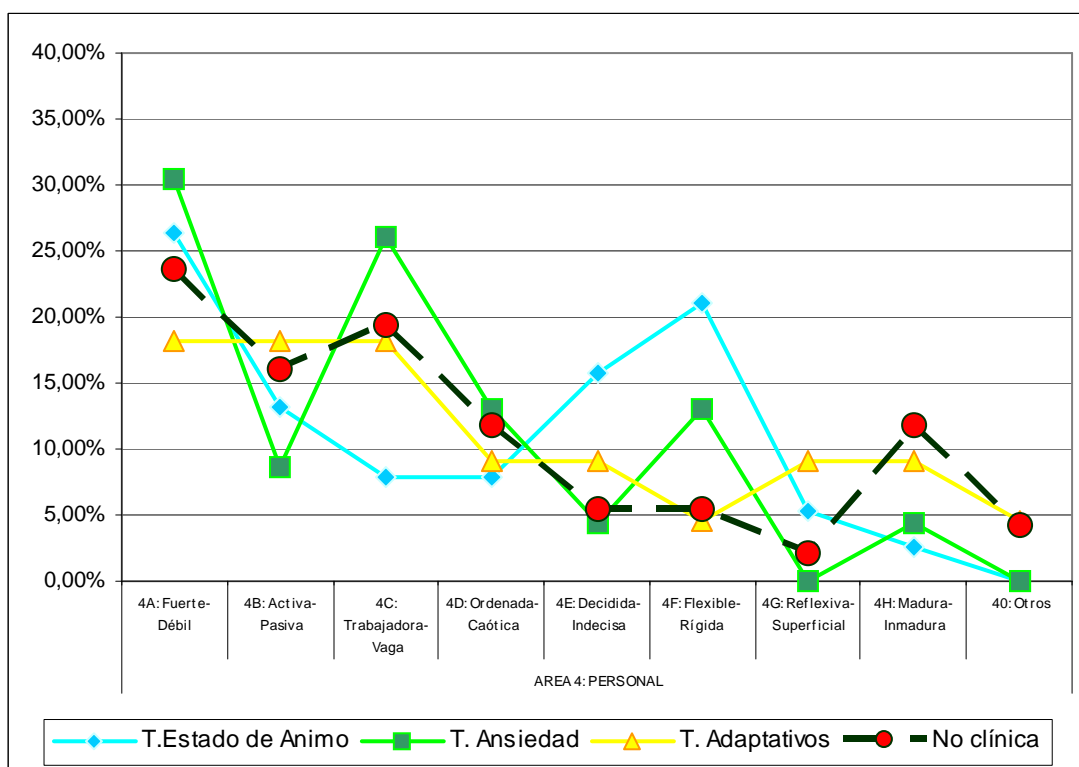


Figura D. 4. Porcentaje de codificación de constructos en el área personal

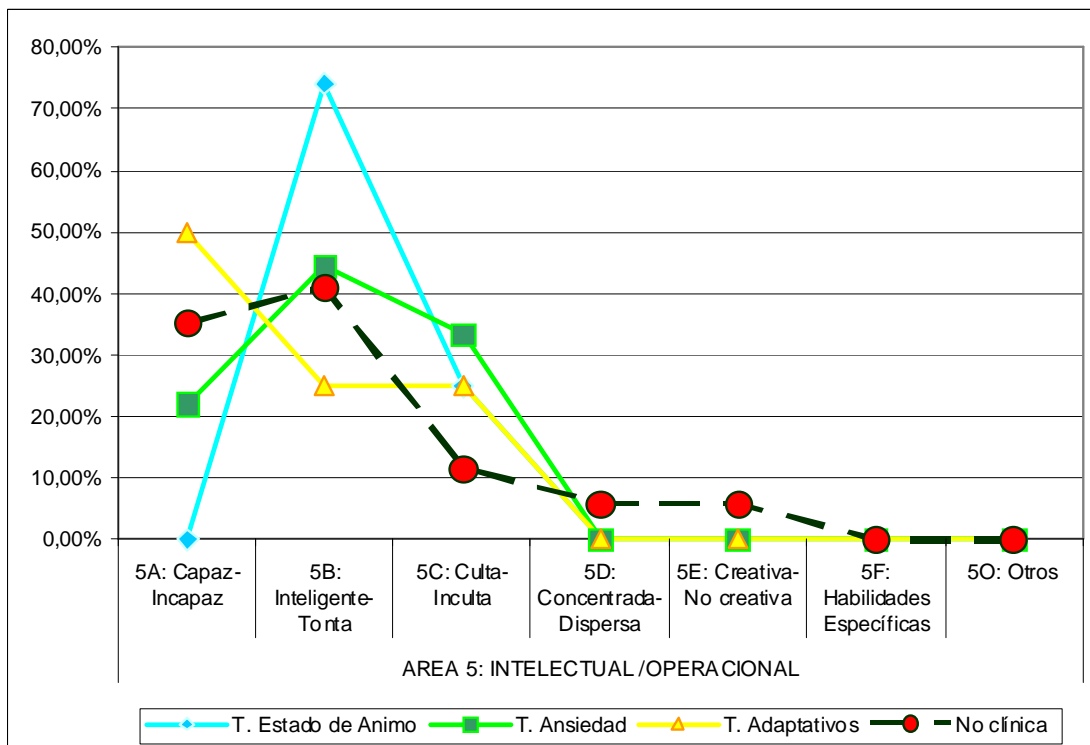


Figura D. 5. Porcentaje de codificación de constructos en el área intelectual/operacional

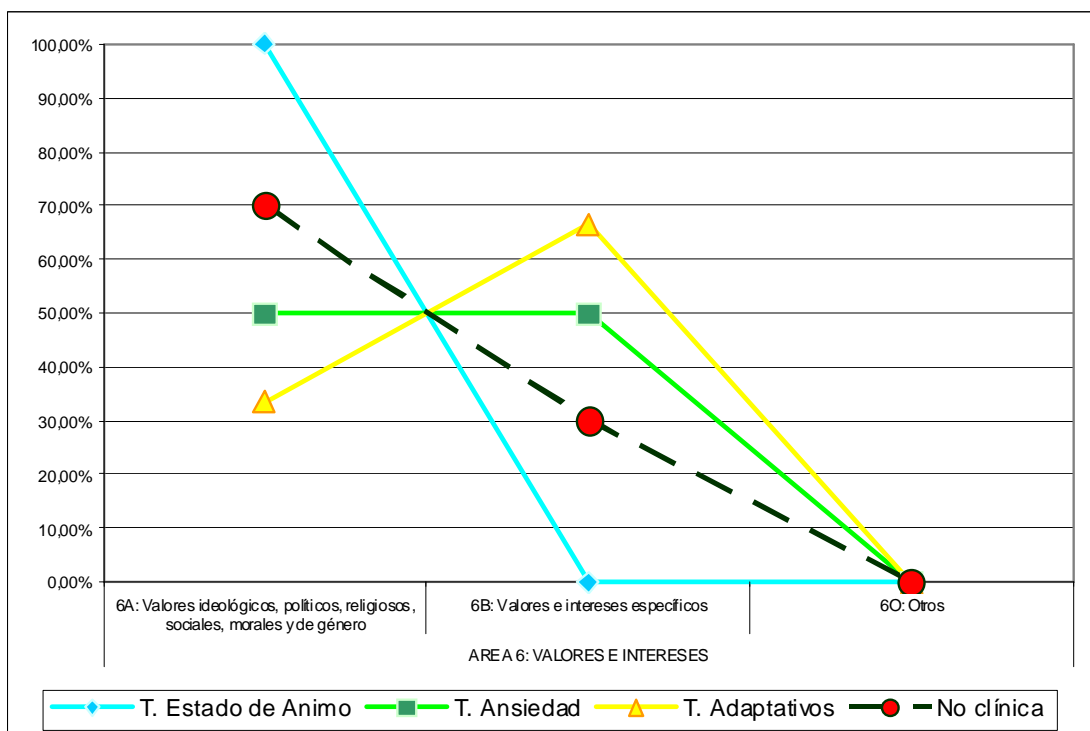


Figura D. 6. Porcentaje de codificación de constructos en el área de valores e intereses

APÉNDICE E. Resultados del Estudio 2

Tabla E 1. Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica (usando el original SCCP)

		PRIMERA CODIFICACIÓN											
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión)											
		Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ÁREA 1	1A	23	15.97	21	16.03	18	15.00	25	16.67	25	17.61	26	17.93
	1B	48	33.33	45	34.35	46	38.33	53	35.33	46	32.39	45	31.03
	1C	10	6.94	9	6.87	7	5.83	8	5.33	9	6.34	13	8.97
	1D	8	5.56	5	3.82	5	4.17	9	6.00	6	4.23	11	7.59
	1E	2	1.39	2	1.53	3	2.50	3	2.00	2	1.41	2	1.38
	1F	19	13.19	19	14.50	20	16.67	21	14.00	19	13.38	21	14.48
	1G	1	0.69	1	0.76	0	0.00	3	2.00	1	0.70	1	0.69
	1H	30	20.83	26	19.85	20	16.67	27	18.00	31	21.83	25	17.24
	1O	3	2.08	3	2.29	1	0.83	1	0.67	3	2.11	1	0.69
Total		144	20.78	131	19.55	120	18.05	150	20.89	142	21.13	145	21.08
ÁREA 2	2A	19	9.95	16	8.79	17	9.50	17	9.34	15	8.47	18	10.17
	2B	43	22.51	44	24.18	47	26.26	45	24.73	41	23.16	44	24.86
	2C	19	9.95	23	12.64	22	12.29	26	14.29	17	9.60	24	13.56
	2D	55	28.80	55	30.22	52	29.05	51	28.02	55	31.07	53	29.94
	2E	55	28.80	44	24.18	41	22.91	42	23.08	49	27.68	38	21.47
	2F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.55	0	0.00	0	0.00
	2O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total		191	27.56	182	27.16	179	26.92	182	25.35	177	26.34	177
ÁREA 3	3A	57	32.76	56	34.15	55	31.07	60	32.79	53	31.18	51	31.10
	3B	26	14.94	37	22.56	27	15.25	32	17.49	34	20.00	33	20.12
	3C	7	4.02	4	2.44	6	3.39	8	4.37	7	4.12	5	3.05
	3D	16	9.20	19	11.59	23	12.99	22	12.02	20	11.76	17	10.37
	3E	13	7.47	8	4.88	11	6.21	11	6.01	8	4.71	12	7.32
	3F	26	14.94	17	10.37	21	11.86	18	9.84	21	12.35	23	14.02
	3G	5	2.87	2	1.22	9	5.08	6	3.28	4	2.35	4	2.44
	3H	15	8.62	16	9.76	22	12.43	17	9.29	16	9.41	14	8.54
	3I	9	5.17	5	3.05	3	1.69	6	3.28	6	3.53	5	3.05
	3O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	1.64	1	0.59	0	0.00
Total		174	25.11	164	24.48	177	26.62	183	25.49	170	25.30	164	23.84
ÁREA 4	4A	29	23.58	31	24.03	29	21.32	26	18.71	30	23.81	31	22.30
	4B	20	16.26	24	18.60	28	20.59	25	17.99	23	18.25	24	17.27
	4C	20	16.26	19	14.73	20	14.71	20	14.39	19	15.08	22	15.83
	4D	15	12.20	11	8.53	14	10.29	10	7.19	13	10.32	10	7.19
	4E	4	3.25	4	3.10	7	5.15	15	10.79	4	3.17	5	3.60
	4F	14	11.38	13	10.08	11	8.09	16	11.51	11	8.73	15	10.79
	4G	3	2.44	4	3.10	7	5.15	5	3.60	4	3.17	7	5.04

	4H	12	9.76	17	13.18	15	11.03	16	11.51	15	11.90	19	13.67
	4O	6	4.88	6	4.65	5	3.68	6	4.32	7	5.56	6	4.32
	Total	123	17.75	129	19.25	136	20.45	139	19.36	126	18.75	139	20.20
ÁREA 5	5A	4	14.29	6	20.00	0	0.00	3	12.00	2	8.70	4	15.38
	5B	10	35.71	14	46.67	10	47.62	12	48.00	11	47.83	12	46.15
	5C	13	46.43	9	30.00	8	38.10	8	32.00	8	34.78	7	26.92
	5D	0	0.00	1	3.33	0	0.00	1	4.00	1	4.35	1	3.85
	5E	1	3.57	0	0.00	3	14.29	1	4.00	1	4.35	2	7.69
	5F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	5O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	28	4.04	30	4.48	21	3.16	25	3.48	23	3.42	26	3.78
ÁREA 6	6A	18	54.55	19	55.88	19	59.38	19	48.72	18	52.94	18	48.65
	6B	15	45.45	15	44.12	13	40.63	16	41.03	16	47.06	19	51.35
	6O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	10.26	0	0.00	0	0.00
	Total	33	4.76	34	5.07	32	4.81	39	5.43	34	5.06	37	5.38

N°
 Constructos 693 670 665 718 672 688

Tabla E 2. Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población no clínica (usando el original SCCP)

		PRIMERA CODIFICACIÓN											
		POBLACIÓN NO CLÍNICA											
		Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ÁREA 1	1A	37	22.84	36	22.36	34	24.11	34	21.38	35	22.73	35	22.29
	1B	37	22.84	39	24.22	32	22.70	41	25.79	36	23.38	35	22.29
	1C	15	9.26	11	6.83	11	7.80	15	9.43	14	9.09	15	9.55
	1D	5	3.09	5	3.11	5	3.55	6	3.77	4	2.60	4	2.55
	1E	8	4.94	9	5.59	9	6.38	8	5.03	9	5.84	8	5.10
	1F	26	16.05	25	15.53	23	16.31	25	15.72	24	15.58	26	16.56
	1G	1	0.62	1	0.62	1	0.71	1	0.63	1	0.65	1	0.64
	1H	31	19.14	33	20.50	25	17.73	29	18.24	29	18.83	33	21.02
	1I	2	1.23	2	1.24	1	0.71	0	0.00	2	1.30	0	0.00
		Total	162	27.41	161	26.83	141	24.48	159	26.81	154	26.42	157
ÁREA 2	2A	5	3.91	5	4.07	7	6.03	5	4.59	3	2.70	5	4.59
	2B	35	27.34	41	33.33	36	31.03	37	33.94	37	33.33	40	36.70
	2C	12	9.38	13	10.57	14	12.07	12	11.01	12	10.81	14	12.84
	2D	34	26.56	38	30.89	32	27.59	36	33.03	31	27.93	33	30.28
	2E	42	32.81	26	21.14	26	22.41	19	17.43	27	24.32	17	15.60
	2F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2O	0	0.00	0	0.00	1	0.86	0	0.00	1	0.90	0	0.00
		Total	128	21.66	123	20.50	116	20.14	109	18.38	111	19.04	109
ÁREA 3	3A	50	32.26	49	28.16	51	31.68	51	28.33	49	29.17	50	29.24
	3B	40	25.81	59	33.91	41	25.47	62	34.44	60	35.71	64	37.43
	3C	5	3.23	8	4.60	5	3.11	7	3.89	6	3.57	4	2.34
	3D	12	7.74	13	7.47	13	8.07	14	7.78	13	7.74	12	7.02

	3E	8	5.16	3	1.72	4	2.48	7	3.89	4	2.38	4	2.34
	3F	9	5.81	9	5.17	8	4.97	8	4.44	8	4.76	8	4.68
	3G	2	1.29	3	1.72	2	1.24	2	1.11	3	1.79	2	1.17
	3H	20	12.90	20	11.49	31	19.25	21	11.67	19	11.31	21	12.28
	3I	9	5.81	10	5.75	6	3.73	8	4.44	6	3.57	6	3.51
	3O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	155	26.23	174	29.00	161	27.95	180	30.35	168	28.82	171	29.48
ÁREA 4	4A	21	21.21	18	18.18	17	14.53	15	15.31	18	17.14	18	17.31
	4B	13	13.13	15	15.15	33	28.21	16	16.33	17	16.19	15	14.42
	4C	25	25.25	25	25.25	25	21.37	24	24.49	23	21.90	24	23.08
	4D	16	16.16	16	16.16	18	15.38	12	12.24	14	13.33	19	18.27
	4E	1	1.01	4	4.04	1	0.85	10	10.20	4	3.81	6	5.77
	4F	12	12.12	10	10.10	12	10.26	9	9.18	9	8.57	8	7.69
	4G	3	3.03	4	4.04	7	5.98	6	6.12	6	5.71	7	6.73
	4H	2	2.02	2	2.02	3	2.56	4	4.08	6	5.71	4	3.85
	4O	6	6.06	5	5.05	1	0.85	2	2.04	8	7.62	3	2.88
	Total	99	16.75	99	16.50	117	20.31	98	16.53	105	18.01	104	17.93
ÁREA 5	5A	2	6.25	4	13.79	0	0.00	1	3.57	3	9.38	1	3.85
	5B	12	37.50	13	44.83	14	53.85	15	53.57	16	50.00	13	50.00
	5C	11	34.38	8	27.59	7	26.92	7	25.00	7	21.88	8	30.77
	5D	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.57	1	3.13	0	0.00
	5E	5	15.63	4	13.79	4	15.38	2	7.14	4	12.50	4	15.38
	5F	2	6.25	0	0.00	1	3.85	2	7.14	1	3.13	0	0.00
	5O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	32	5.41	29	4.83	26	4.51	28	4.72	32	5.49	26	4.48
ÁREA 6	6A	10	66.67	11	78.57	5	33.33	8	42.11	9	69.23	7	53.85
	6B	5	33.33	3	21.43	7	46.67	5	26.32	4	30.77	6	46.15
	6O	0	0.00	0	0.00	3	20.00	6	31.58	0	0.00	0	0.00
	Total	15	2.54	14	2.33	15	2.60	19	3.20	13	2.23	13	2.24

N°
Constructos 591 600 576 593 583 580

Tabla E 3. Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica (usando el SCCP modificado)

		SEGUNDA CODIFICACIÓN									
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión)									
		Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ÁREA 1	1A	17	14.78	17	15.04	17	14.91	18	15.93	16	14.16
	1B	55	47.83	55	48.67	54	47.37	52	46.02	52	46.02
	1C	9	7.83	8	7.08	9	7.89	8	7.08	10	8.85
	1D	10	8.70	10	8.85	9	7.89	9	7.96	12	10.62
	1E	3	2.61	3	2.65	4	3.51	3	2.65	3	2.65
	1F	19	16.52	19	16.81	20	17.54	19	16.81	19	16.81

	1G	1	0.87	1	0.88	1	0.88	1	0.88	1	0.88
	1O	1	0.87	0	0.00	0	0.00	3	2.65	0	0.00
	Total	115	16.69	113	16.40	114	16.43	113	16.52	113	16.31
ÁREA 2	2A	17	9.19	16	8.60	18	9.57	18	9.68	18	9.57
	2B	45	24.32	46	24.73	46	24.47	46	24.73	47	25.00
	2C	53	28.65	53	28.49	55	29.26	53	28.49	54	28.72
	2D	55	29.73	56	30.11	53	28.19	54	29.03	53	28.19
	2E	15	8.11	15	8.06	16	8.51	15	8.06	16	8.51
	2F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	185	26.85	186	27.00	188	27.09	186	27.19	188	27.13
ÁREA 3	3A	55	31.43	53	30.64	55	31.07	54	31.40	52	30.06
	3B	36	20.57	36	20.81	37	20.90	35	20.35	36	20.81
	3C	5	2.86	5	2.89	6	3.39	6	3.49	5	2.89
	3D	18	10.29	18	10.40	20	11.30	17	9.88	18	10.40
	3E	11	6.29	11	6.36	11	6.21	10	5.81	13	7.51
	3F	22	12.57	21	12.14	21	11.86	21	12.21	22	12.72
	3G	4	2.29	4	2.31	4	2.26	5	2.91	4	2.31
	3H	16	9.14	16	9.25	16	9.04	16	9.30	15	8.67
	3I	6	3.43	7	4.05	5	2.82	6	3.49	6	3.47
	3O	2	1.14	2	1.16	2	1.13	2	1.16	2	1.16
	Total	175	25.40	173	25.11	177	25.50	172	25.15	173	24.96
ÁREA 4	4A	29	19.21	30	19.74	31	20.39	29	19.33	30	19.74
	4B	21	13.91	21	13.82	21	13.82	20	13.33	21	13.82
	4C	21	13.91	19	12.50	21	13.82	20	13.33	21	13.82
	4D	14	9.27	15	9.87	13	8.55	14	9.33	14	9.21
	4E	5	3.31	5	3.29	5	3.29	5	3.33	5	3.29
	4F	14	9.27	14	9.21	13	8.55	13	8.67	14	9.21
	4G	5	3.31	5	3.29	6	3.95	5	3.33	5	3.29
	4H	10	6.62	10	6.58	10	6.58	10	6.67	10	6.58
	4I	26	17.22	26	17.11	26	17.11	27	18.00	26	17.11
	4O	6	3.97	7	4.61	6	3.95	7	4.67	6	3.95
	Total	151	21.92	152	22.06	152	21.90	150	21.93	152	21.93
ÁREA 5	5A	6	23.08	8	28.57	5	20.00	6	23.08	6	22.22
	5B	10	38.46	10	35.71	10	40.00	10	38.46	11	40.74
	5C	9	34.62	9	32.14	9	36.00	9	34.62	8	29.63
	5D	1	3.85	1	3.57	1	4.00	1	3.85	1	3.70
	5E	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.70
	5O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	26	3.77	28	4.06	25	3.60	26	3.80	27	3.90
ÁREA 6	6A	21	56.76	22	59.46	21	55.26	21	56.76	22	55.00
	6B	16	43.24	15	40.54	15	39.47	16	43.24	18	45.00
	6O	0	0.00	0	0.00	2	5.26	0	0.00	0	0.00
	Total	37	5.37	37	5.37	38	5.48	37	5.41	40	5.77

N°

Constructos 689 689 694 684 693

Tabla E 4. Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población no clínica (usando el SCCP modificado)

		SEGUNDA CODIFICACIÓN									
		POBLACIÓN NO CLÍNICA									
		Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ÁREA 1	1A	29	21.97	29	22.14	29	21.97	28	21.71	27	21.60
	1B	42	31.82	42	32.06	42	31.82	43	33.33	41	32.80
	1C	16	12.12	15	11.45	16	12.12	15	11.63	14	11.20
	1D	6	4.55	6	4.58	6	4.55	6	4.65	6	4.80
	1E	10	7.58	10	7.63	10	7.58	10	7.75	10	8.00
	1F	26	19.70	26	19.85	26	19.70	25	19.38	25	20.00
	1G	1	0.76	1	0.76	1	0.76	1	0.78	1	0.80
	1O	2	1.52	2	1.53	2	1.52	1	0.78	1	0.80
Total		132	22.30	131	22.17	132	22.26	129	21.83	125	21.08
ÁREA 2	2A	5	4.42	5	4.39	5	4.42	5	4.42	5	4.31
	2B	38	33.63	37	32.46	38	33.63	38	33.63	40	34.48
	2C	30	26.55	32	28.07	30	26.55	30	26.55	31	26.72
	2D	36	31.86	36	31.58	36	31.86	35	30.97	35	30.17
	2E	4	3.54	4	3.51	4	3.54	4	3.54	5	4.31
	2F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.88	0	0.00
Total		113	19.09	114	19.29	113	19.06	113	19.12	116	19.56
ÁREA 3	3A	49	27.68	48	27.43	49	27.84	49	28.16	49	27.37
	3B	65	36.72	65	37.14	64	36.36	65	37.36	68	37.99
	3C	5	2.82	5	2.86	5	2.84	5	2.87	5	2.79
	3D	12	6.78	12	6.86	12	6.82	12	6.90	13	7.26
	3E	4	2.26	4	2.29	5	2.84	4	2.30	4	2.23
	3F	8	4.52	8	4.57	7	3.98	7	4.02	8	4.47
	3G	2	1.13	2	1.14	2	1.14	2	1.15	2	1.12
	3H	22	12.43	21	12.00	22	12.50	21	12.07	21	11.73
	3I	9	5.08	9	5.14	9	5.11	8	4.60	8	4.47
	3O	1	0.56	1	0.57	1	0.57	1	0.57	1	0.56
Total		177	29.90	175	29.61	176	29.68	174	29.44	179	30.19
ÁREA 4	4A	20	16.00	20	15.87	20	15.75	20	15.50	20	15.63
	4B	14	11.20	14	11.11	15	11.81	14	10.85	14	10.94
	4C	25	20.00	25	19.84	25	19.69	25	19.38	25	19.53
	4D	16	12.80	15	11.90	15	11.81	16	12.40	16	12.50
	4E	4	3.20	4	3.17	5	3.94	4	3.10	4	3.13
	4F	10	8.00	10	7.94	10	7.87	10	7.75	10	7.81
	4G	4	3.20	4	3.17	4	3.15	5	3.88	5	3.91
	4H	2	1.60	2	1.59	2	1.57	3	2.33	3	2.34
	4I	25	20.00	25	19.84	25	19.69	25	19.38	26	20.31
	4O	5	4.00	7	5.56	6	4.72	7	5.43	5	3.91
Total		125	21.11	126	21.32	127	21.42	129	21.83	128	21.59
ÁREA 5	5A	2	6.45	2	6.45	2	6.45	3	9.38	2	6.45
	5B	13	41.94	13	41.94	14	45.16	14	43.75	14	45.16
	5C	9	29.03	9	29.03	9	29.03	9	28.13	9	29.03
	5D	4	12.90	3	9.68	4	12.90	4	12.50	4	12.90
	5E	3	9.68	4	12.90	2	6.45	2	6.25	2	6.45

	50	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	31	5.24	31	5.25	31	5.23	32	5.41	31	5.23	
ÁREA 6	6A	9	64.29	9	64.29	9	64.29	9	64.29	9	64.29
	6B	4	28.57	4	28.57	4	28.57	5	35.71	5	35.71
	6O	1	7.14	1	7.14	1	7.14	0	0.00	0	0.00
Total	14	2.36	14	2.37	14	2.36	14	2.37	14	2.36	
N°											
Constructos	592		591		593		591		593		

Tablas E.5-E.8. Índice de concordancia Kappa entre jueces. Resultados de la primera codificación para la muestra de población clínica. Resultados por áreas y por categorías para cada uno de los polos del constructo.

Tabla E 5. Muestra clínica: Resultados por áreas – Polo 1 (n = 653)

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.877	–				
Juez 2	.816	.836	–			
Juez 3	.838	.850	.785	–		
Juez 4	.861	.885	.830	.852	–	
Juez 5	.865	.875	.811	.850	.860	–

Tabla E 6. Muestra Clínica: Resultados por áreas - Polo 2 (n = 653)

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.881	–				
Juez 2	.824	.844	–			
Juez 3	.824	.858	.799	–		
Juez 4	.865	.881	.843	.848	–	
Juez 5	.860	.879	.820	.832	.860	–

Tabla E 7. Muestra Clínica: Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 644)

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.875	–				
Juez 2	.813	.817	–			
Juez 3	.838	.833	.799	–		
Juez 4	.861	.877	.815	.827	–	
Juez 5	.874	.870	.813	.843	.846	–

Nota. Se eliminan para todos los cruce inter-jueces varias categorías que están ausentes en la mayoría de los jueces, pero que sin embargo, sí fueron usadas por alguno de ellos, lo que produce que la tabla de contingencia no sea cuadrada, esto impediría el cálculo de la significación del coeficiente Kappa. En concreto, del Investigador no se contabiliza la categoría 1G (frecuencia = 1); del Juez 3, no se tienen en cuenta las categorías 1G (f = 2), 3O (f = 3) y 6O (f = 3); y del juez 4, no se analiza la categoría 3O (f = 1). Asimismo, las categorías 5A (ausente en el juez 2) y 5D (ausente en el investigador y en el juez 2), se mantienen en los cruces que no les implican y se eliminan sólo en aquellos pares que comparan al investigador y al juez 2 con los demás.

Tabla E 8. *Muestra Clínica: Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 645)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.875	–				
Juez 2	.819	.825	–			
Juez 3	.836	.841	.798	–		
Juez 4	.860	.863	.821	.839	–	
Juez 5	.859	.867	.821	.844	.851	–

Nota. En este caso, el Juez 2 no ha usado las categorías: 1G, 5A y 5D, por lo que ha habido que eliminarlas en los demás jueces sólo cuando se han comparado con él. En la misma línea, el Investigador tampoco ha usado la categoría 5D y se ha procedido de la misma manera. Por otro lado, se prescinde de las categorías 2F, 3O y 6O del Juez 3 y de la categoría 3O en el Juez 4.

Tablas E.9 - E.12: Índice de concordancia Kappa entre jueces. Resultados de la primera codificación para la muestra de población no clínica. Resultados por áreas y por categorías para cada uno de los polos del constructo.

Tabla E 9. Muestra población no clínica: Resultados por áreas - Polo 1 (n = 576)

Kappa \ p-sig.	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.868	–				
Juez 2	.788	.785	–			
Juez 3	.830	.883	.787	–		
Juez 4	.857	.897	.781	.872	–	
Juez 5	.848	.892	.794	.871	.890	–

Tabla E 10. Muestra de población no clínica: Resultados por áreas - Polo 2 (n = 576)

Kappa \ p-sig.	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.872	–				
Juez 2	.784	.774	–			
Juez 3	.843	.885	.778	–		
Juez 4	.877	.906	.788	.876	–	
Juez 5	.854	.885	.792	.878	.894	–

Tabla E 11. *Muestra de población no clínica: Resultados por categorías – Polo 1*
(n mínimo = 564)

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.869	–				
Juez 2	.788	.783	–			
Juez 3	.838	.877	.783	–		
Juez 4	.851	.882	.781	.862	–	
Juez 5	.854	.879	.790	.874	.864	–

Nota. Como en los casos anteriores se prescinde de las categorías que no están utilizadas por ambos jueces en cada cruce.

Tabla E 12. *Muestra de población no clínica: Resultados por categorías - Polo 2*
(n mínimo = 564)

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.872	–				
Juez 2	.788	.784	–			
Juez 3	.857	.881	.780	–		
Juez 4	.861	.886	.788	.868	–	
Juez 5	.855	.875	.785	.873	.879	–

Nota. Como en los casos anteriores se prescinde de las categorías que no están utilizadas por ambos jueces en cada cruce.

Tablas E.13 - E.16. *Índice de concordancia Kappa entre jueces. Resultados de la segunda codificación para la muestra de población clínica. Resultados por áreas y por categorías para cada uno de los polos del constructo.*

Tabla E 13. *Muestra Clínica: Resultados por áreas - Polo 1 (n = 653)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.986	–			
Juez 3	.978	.971	–		
Juez 4	.975	.969	.963	–	
Juez 5	.975	.969	.955	.971	–

Tabla E 14. *Muestra Clínica: Resultados por áreas - Polo 2 (n = 653)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.982	–			
Juez 3	.979	.969	–		
Juez 4	.973	.961	.963	–	
Juez 5	.969	.969	.959	.959	–

Tabla E 15. *Muestra Clínica: Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 648)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.981	–			
Juez 3	.976	.961	–		
Juez 4	.976	.969	.955	–	
Juez 5	.966	.953	.948	.958	–

Nota. Tras la modificación en el sistema de categorías (segunda codificación) el número de categorías que no coinciden es menor, por lo que las eliminaciones para que los cruces permitan el cálculo del coeficiente Kappa son mucho menores, y el tamaño de muestra es casi idéntico al que se tenía en la áreas.

Tabla E 16. *Muestra Clínica: Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 648)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.977	–			
Juez 3	.976	.960	–		
Juez 4	.973	.956	.953	–	
Juez 5	.961	.953	.948	.950	–

Nota. Es importante aquí resaltar que en ambos POLOS nunca se han usado las categorías: 2F, 2O y 5O. Y apenas se han utilizado las categorías: 1O, 5E y 6O.

Tablas E.17 - E.20. *Índice de concordancia Kappa entre jueces. Resultados de la segunda codificación para la muestra de población no clínica. Resultados por áreas y por categorías para cada uno de los polos del constructo.*

Tabla E 17. *Muestra de población no clínica: Resultados por áreas - Polo 1 (n = 576)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.980	–			
Juez 3	.989	.984	–		
Juez 4	.987	.971	.984	–	
Juez 5	.975	.980	.975	.980	–

Tabla E 18. *Muestra no clínica: Resultados por áreas – Polo 2 (n = 576)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.987	–			
Juez 3	.993	.993	–		
Juez 4	.987	.978	.984	–	
Juez 5	.980	.987	.982	.984	–

Tabla E 19. *Muestra no clínica: Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 572)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.982	–			
Juez 3	.987	.980	–		
Juez 4	.989	.972	.972	–	
Juez 5	.978	.976	.976	.978	–

Tabla E 20. *Muestra no clínica: Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 572)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.987	–			
Juez 3	.993	.989	–		
Juez 4	.987	.976	.985	–	
Juez 5	.980	.980	.978	.978	–

Nota. En este caso no se han usado las categorías: 2F, 2O, 5O y 6O

APÉNDICE F. Resultados del Estudio 3

Tabla F 1. Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica antes del proceso terapéutico (usando el original SCCP)

		PRIMERA CODIFICACIÓN											
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión) - PRIMERA EVALUACIÓN (PRE)											
		Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ÁREA 1	1A	13	16.88	12	17.65	10	14.49	12	14.81	16	21.05	16	19.75
	1B	22	28.57	21	30.88	25	36.23	24	29.63	20	26.32	23	28.40
	1C	3	3.90	1	1.47	1	1.45	2	2.47	1	1.32	2	2.47
	1D	6	7.79	5	7.35	5	7.25	6	7.41	5	6.58	8	9.88
	1E	0	0.00	0	0.00	1	1.45	1	1.23	0	0.00	0	0.00
	1F	9	11.69	9	13.24	9	13.04	11	13.58	8	10.53	10	12.35
	1G	1	1.30	1	1.47	0	0.00	3	3.70	1	1.32	1	1.23
	1H	21	27.27	18	26.47	17	24.64	21	25.93	23	30.26	20	24.69
	1I	2	2.60	1	1.47	1	1.45	1	1.23	2	2.63	1	1.23
	Total		77	22.45	68	20.92	69	20.91	81	22.88	76	22.62	81
ÁREA 2	2A	11	11.70	9	10.11	9	10.11	10	10.87	9	10.23	11	12.22
	2B	22	23.40	20	22.47	21	23.60	22	23.91	18	20.45	20	22.22
	2C	4	4.26	6	6.74	7	7.87	6	6.52	4	4.55	7	7.78
	2D	31	32.98	32	35.96	29	32.58	30	32.61	33	37.50	30	33.33
	2E	26	27.66	22	24.72	23	25.84	24	26.09	24	27.27	22	24.44
	2F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		94	27.41	89	27.38	89	26.97	92	25.99	88	26.19	90	26.09
ÁREA 3	3A	27	33.75	27	36.00	26	32.50	30	35.29	27	32.14	27	33.75
	3B	16	20.00	21	28.00	15	18.75	18	21.18	20	23.81	18	22.50
	3C	5	6.25	2	2.67	1	1.25	5	5.88	5	5.95	3	3.75
	3D	6	7.50	6	8.00	8	10.00	7	8.24	8	9.52	7	8.75
	3E	5	6.25	5	6.67	6	7.50	5	5.88	5	5.95	6	7.50
	3F	6	7.50	4	5.33	5	6.25	5	5.88	6	7.14	6	7.50
	3G	5	6.25	2	2.67	8	10.00	5	5.88	2	2.38	3	3.75
	3H	7	8.75	6	8.00	10	12.50	9	10.59	9	10.71	8	10.00
	3I	3	3.75	2	2.67	1	1.25	1	1.18	2	2.38	2	2.50
	3O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		80	23.32	75	23.08	80	24.24	85	24.01	84	25.00	80	23.19
ÁREA 4	4A	11	18.64	11	18.97	11	17.46	10	16.39	10	17.86	12	20.00
	4B	10	16.95	12	20.69	14	22.22	13	21.31	11	19.64	11	18.33
	4C	9	15.25	6	10.34	6	9.52	7	11.48	6	10.71	7	11.67
	4D	9	15.25	7	12.07	9	14.29	7	11.48	9	16.07	7	11.67
	4E	2	3.39	1	1.72	2	3.17	6	9.84	2	3.57	2	3.33
	4F	4	6.78	4	6.90	4	6.35	6	9.84	2	3.57	4	6.67
	4G	1	1.69	1	1.72	3	4.76	1	1.64	1	1.79	1	1.67

	4H	10	16.95	13	22.41	11	17.46	8	13.11	11	19.64	13	21.67
	4O	3	5.08	3	5.17	3	4.76	3	4.92	4	7.14	3	5.00
	Total	59	17.20	58	17.85	63	19.09	61	17.23	56	16.67	60	17.39
ÁREA 5	5A	2	15.38	4	28.57	0	0.00	3	23.08	2	18.18	3	21.43
	5B	4	30.77	6	42.86	4	40.00	5	38.46	4	36.36	6	42.86
	5C	6	46.15	4	28.57	3	30.00	4	30.77	4	36.36	3	21.43
	5D	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	5E	1	7.69	0	0.00	3	30.00	1	7.69	1	9.09	2	14.29
	5F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	5O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	13	3.79	14	4.31	10	3.03	13	3.67	11	3.27	14	4.06
ÁREA 6	6A	8	40.00	8	38.10	8	42.11	8	36.36	9	42.86	8	40.00
	6B	12	60.00	13	61.90	11	57.89	12	54.55	12	57.14	12	60.00
	6O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	9.09	0	0.00	0	0.00
	Total	20	5.83	21	6.46	19	5.76	22	6.21	21	6.25	20	5.80

N° Constructos 343 325 330 354 336 345

Tabla F 2. Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica después del proceso terapéutico (usando el original SCCP)

		PRIMERA CODIFICACIÓN											
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión) - SEGUNDA EVALUACIÓN (POST)											
		Investigador		Juez 1		Juez 2		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ÁREA 1	1A	20	27.40	18	24.32	17	27.42	19	21.59	17	22.97	17	22.08
	1B	20	27.40	21	28.38	18	29.03	23	26.14	18	24.32	18	23.38
	1C	4	5.48	4	5.41	3	4.84	5	5.68	4	5.41	4	5.19
	1D	3	4.11	2	2.70	2	3.23	2	2.27	3	4.05	4	5.19
	1E	1	1.37	1	1.35	1	1.61	1	1.14	3	4.05	4	5.19
	1F	11	15.07	11	14.86	10	16.13	16	18.18	13	17.57	12	15.58
	1G	1	1.37	1	1.35	1	1.61	4	4.55	1	1.35	1	1.30
	1H	10	13.70	14	18.92	9	14.52	17	19.32	10	13.51	16	20.78
	1O	3	4.11	2	2.70	1	1.61	1	1.14	5	6.76	1	1.30
	Total	73	21.92	74	22.63	62	19.31	88	25.81	74	22.91	77	22.99
ÁREA 2	2A	8	9.41	12	14.46	12	16.44	9	11.11	6	8.22	7	9.33
	2B	21	24.71	20	24.10	17	23.29	21	25.93	18	24.66	20	26.67
	2C	12	14.12	12	14.46	10	13.70	16	19.75	10	13.70	13	17.33
	2D	22	25.88	22	26.51	20	27.40	22	27.16	23	31.51	20	26.67
	2E	21	24.71	16	19.28	12	16.44	12	14.81	16	21.92	14	18.67
	2F	1	1.18	1	1.20	2	2.74	1	1.23	0	0.00	1	1.33
	2O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	85	25.53	83	25.38	73	22.74	81	23.75	73	22.60	75	22.39
ÁREA 3	3A	24	32.43	23	30.67	31	35.63	26	33.77	21	28.38	29	35.37
	3B	19	25.68	25	33.33	22	25.29	26	33.77	27	36.49	29	35.37
	3C	5	6.76	2	2.67	4	4.60	1	1.30	2	2.70	2	2.44

	3D	2	2.70	3	4.00	7	8.05	4	5.19	3	4.05	2	2.44
	3E	5	6.76	3	4.00	3	3.45	2	2.60	2	2.70	3	3.66
	3F	5	6.76	6	8.00	5	5.75	4	5.19	5	6.76	6	7.32
	3G	3	4.05	3	4.00	4	4.60	3	3.90	4	5.41	3	3.66
	3H	6	8.11	6	8.00	7	8.05	9	11.69	8	10.81	5	6.10
	3I	3	4.05	3	4.00	2	2.30	2	2.60	2	2.70	2	2.44
	3O	2	2.70	1	1.33	2	2.30	0	0.00	0	0.00	1	1.22
	Total	74	22.22	75	22.94	87	27.10	77	22.58	74	22.91	82	24.48
ÁREA 4	4A	18	24.32	17	24.29	18	22.78	16	23.19	19	24.05	18	25.35
	4B	11	14.86	15	21.43	19	24.05	18	26.09	17	21.52	11	15.49
	4C	10	13.51	11	15.71	10	12.66	9	13.04	11	13.92	9	12.68
	4D	10	13.51	6	8.57	5	6.33	3	4.35	5	6.33	8	11.27
	4E	3	4.05	0	0.00	6	7.59	5	7.25	2	2.53	4	5.63
	4F	10	13.51	7	10.00	10	12.66	7	10.14	8	10.13	9	12.68
	4G	2	2.70	2	2.86	7	8.86	5	7.25	6	7.59	3	4.23
	4H	4	5.41	6	8.57	3	3.80	3	4.35	6	7.59	7	9.86
	4O	6	8.11	6	8.57	1	1.27	3	4.35	5	6.33	2	2.82
	Total	74	22.22	70	21.41	79	24.61	69	20.23	79	24.46	71	21.19
ÁREA 5	5A	1	10.00	1	9.09	1	12.50	3	27.27	1	10.00	2	18.18
	5B	4	40.00	5	45.45	5	62.50	4	36.36	4	40.00	4	36.36
	5C	4	40.00	4	36.36	1	12.50	2	18.18	5	50.00	3	27.27
	5D	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	9.09
	5E	0	0.00	1	9.09	1	12.50	0	0.00	0	0.00	1	9.09
	5F	1	10.00	0	0.00	0	0.00	1	9.09	0	0.00	0	0.00
	5O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	9.09	0	0.00	0	0.00
	Total	10	3.00	11	3.36	8	2.49	11	3.23	10	3.10	11	3.28
ÁREA 6	6A	6	35.29	5	35.71	5	41.67	6	40.00	5	38.46	6	31.58
	6B	11	64.71	9	64.29	7	58.33	7	46.67	8	61.54	13	68.42
	6O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	13.33	0	0.00	0	0.00
	Total	17	5.11	14	4.28	12	3.74	15	4.40	13	4.02	19	5.67

N° Constructos 333 327 321 341 323 335

Tabla F 3. Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica antes del proceso terapéutico (usando el SCCP modificado)

SEGUNDA CODIFICACIÓN											
POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión)											
PRIMERA EVALUACIÓN (PRE)											
		Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ÁREA 1	1A	11	18.33	11	18.64	11	18.33	12	20.00	11	18.33
	1B	27	45.00	27	45.76	26	43.33	25	41.67	27	45.00
	1C	3	5.00	2	3.39	3	5.00	3	5.00	2	3.33
	1D	8	13.33	8	13.56	7	11.67	7	11.67	9	15.00

	1E	1	1.67	1	1.69	2	3.33	1	1.67	1	1.67
	1F	9	15.00	9	15.25	10	16.67	9	15.00	9	15.00
	1G	1	1.67	1	1.69	1	1.67	1	1.67	1	1.67
	1O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	3.33	0	0.00
Total		60	17.44	59	17.15	60	17.39	60	17.60	60	17.29
ÁREA 2	2A	9	9.78	8	8.70	9	9.68	7	7.87	9	9.68
	2B	21	22.83	21	22.83	22	23.66	21	23.60	22	23.66
	2C	22	23.91	22	23.91	23	24.73	21	23.60	23	24.73
	2D	32	34.78	33	35.87	31	33.33	32	35.96	31	33.33
	2E	8	8.70	8	8.70	8	8.60	8	8.99	8	8.60
	2F	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	2O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		92	26.74	92	26.74	93	26.96	89	26.10	93	26.80
ÁREA 3	3A	28	33.33	28	33.33	28	33.73	28	33.33	27	32.14
	3B	21	25.00	21	25.00	21	25.30	21	25.00	21	25.00
	3C	3	3.57	3	3.57	3	3.61	4	4.76	3	3.57
	3D	7	8.33	7	8.33	8	9.64	6	7.14	7	8.33
	3E	6	7.14	6	7.14	6	7.23	6	7.14	7	8.33
	3F	6	7.14	6	7.14	5	6.02	6	7.14	6	7.14
	3G	3	3.57	3	3.57	3	3.61	3	3.57	3	3.57
	3H	8	9.52	8	9.52	8	9.64	8	9.52	8	9.52
	3I	2	2.38	2	2.38	1	1.20	2	2.38	2	2.38
	3O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		84	24.42	84	24.42	83	24.06	84	24.63	84	24.21
ÁREA 4	4A	11	14.47	11	14.47	12	15.79	11	14.47	13	16.88
	4B	10	13.16	11	14.47	11	14.47	10	13.16	10	12.99
	4C	8	10.53	6	7.89	7	9.21	7	9.21	8	10.39
	4D	9	11.84	10	13.16	8	10.53	9	11.84	9	11.69
	4E	2	2.63	2	2.63	2	2.63	2	2.63	2	2.60
	4F	4	5.26	4	5.26	3	3.95	4	5.26	3	3.90
	4G	3	3.95	3	3.95	4	5.26	3	3.95	3	3.90
	4H	8	10.53	8	10.53	8	10.53	8	10.53	8	10.39
	4I	18	23.68	18	23.68	18	23.68	19	25.00	18	23.38
	4O	3	3.95	3	3.95	3	3.95	3	3.95	3	3.90
Total		76	22.09	76	22.09	76	22.03	76	22.29	77	22.19
ÁREA 5	5A	3	27.27	4	33.33	3	27.27	3	27.27	3	25.00
	5B	4	36.36	4	33.33	4	36.36	4	36.36	5	41.67
	5C	3	27.27	3	25.00	3	27.27	3	27.27	2	16.67
	5D	1	9.09	1	8.33	1	9.09	1	9.09	1	8.33
	5E	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	8.33
	5O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		11	3.20	12	3.49	11	3.19	11	3.23	12	3.46
ÁREA 6	6A	9	42.86	9	42.86	9	40.91	9	42.86	9	42.86
	6B	12	57.14	12	57.14	12	54.55	12	57.14	12	57.14
	6O	0	0.00	0	0.00	1	4.55	0	0.00	0	0.00
Total		21	6.10	21	6.10	22	6.38	21	6.16	21	6.05

Nº Constructos 344

344

345

341

347

Tabla F 4. Frecuencias y porcentajes de codificación del investigador y los jueces en relación a la muestra de población clínica después del proceso terapéutico (usando el SCCP modificado)

		SEGUNDA CODIFICACIÓN									
		POBLACIÓN CLÍNICA (Depresión) SEGUNDA EVALUACIÓN (POST)									
		Investigador		Juez 1		Juez 3		Juez 4		Juez 5	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ÁREA 1	1A	15	24.59	15	25.00	15	25.00	15	25.00	15	24.59
	1B	21	34.43	21	35.00	21	35.00	20	33.33	21	34.43
	1C	4	6.56	3	5.00	3	5.00	4	6.67	4	6.56
	1D	3	4.92	3	5.00	3	5.00	3	5.00	3	4.92
	1E	4	6.56	4	6.67	4	6.67	4	6.67	4	6.56
	1F	12	19.67	12	20.00	12	20.00	12	20.00	12	19.67
	1G	1	1.64	1	1.67	1	1.67	1	1.67	1	1.64
	1O	1	1.64	1	1.67	1	1.67	1	1.67	1	1.64
Total		61	18.32	60	18.02	60	18.02	60	18.24	61	18.37
ÁREA 2	2A	7	8.86	7	8.75	6	7.69	7	8.97	7	8.75
	2B	20	25.32	21	26.25	20	25.64	20	25.64	21	26.25
	2C	26	32.91	26	32.50	26	33.33	26	33.33	26	32.50
	2D	21	26.58	21	26.25	21	26.92	21	26.92	21	26.25
	2E	4	5.06	4	5.00	4	5.13	4	5.13	4	5.00
	2F	1	1.27	1	1.25	1	1.28	0	0.00	1	1.25
	2O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		79	23.72	80	24.02	78	23.42	78	23.71	80	24.10
ÁREA 3	3A	24	30.38	25	31.65	24	30.00	22	28.57	23	30.67
	3B	29	36.71	26	32.91	29	36.25	29	37.66	29	38.67
	3C	3	3.80	2	2.53	3	3.75	2	2.60	2	2.67
	3D	2	2.53	3	3.80	4	5.00	3	3.90	2	2.67
	3E	3	3.80	4	5.06	3	3.75	3	3.90	3	4.00
	3F	5	6.33	5	6.33	5	6.25	5	6.49	5	6.67
	3G	3	3.80	3	3.80	3	3.75	3	3.90	3	4.00
	3H	6	7.59	6	7.59	6	7.50	7	9.09	5	6.67
	3I	3	3.80	3	3.80	2	2.50	2	2.60	2	2.67
	3O	1	1.27	2	2.53	1	1.25	1	1.30	1	1.33
Total		79	23.72	79	23.72	80	24.02	77	23.40	75	22.59
ÁREA 4	4A	19	22.89	19	22.89	19	22.62	19	22.35	19	21.84
	4B	12	14.46	12	14.46	13	15.48	12	14.12	13	14.94
	4C	13	15.66	11	13.25	11	13.10	13	15.29	11	12.64
	4D	9	10.84	11	13.25	8	9.52	9	10.59	9	10.34
	4E	3	3.61	3	3.61	3	3.57	3	3.53	3	3.45
	4F	10	12.05	9	10.84	8	9.52	9	10.59	10	11.49
	4G	2	2.41	3	3.61	4	4.76	4	4.71	4	4.60
	4H	2	2.41	2	2.41	2	2.38	2	2.35	2	2.30
	4I	8	9.64	8	9.64	10	11.90	8	9.41	11	12.64
	4O	5	6.02	5	6.02	6	7.14	6	7.06	5	5.75
Total		83	24.92	83	24.92	84	25.23	85	25.84	87	26.20
R E A	5A	2	20.00	2	18.18	2	20.00	2	20.00	2	20.00

	5B	4	40.00	4	36.36	4	40.00	4	40.00	4	40.00
	5C	4	40.00	4	36.36	4	40.00	4	40.00	4	40.00
	5D	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	5E	0	0.00	1	9.09	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	5O	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	10	3.00	11	3.30	10	3.00	10	3.04	10	3.01
ÁREA 6	6A	10	47.62	9	45.00	10	47.62	8	42.11	8	42.11
	6B	11	52.38	11	55.00	10	47.62	11	57.89	11	57.89
	6O	0	0.00	0	0.00	1	4.76	0	0.00	0	0.00
	Total	21	6.31	20	6.01	21	6.31	19	5.78	19	5.72

Nº Constructos 333

333

333

329

332

Tablas F.5 - F.8. Índice de concordancia Kappa entre jueces. Resultados de la primera codificación para la muestra de población clínica (tr. depresivos) en la evaluación inicial o previa al proceso terapéutico. Resultados por áreas y por categorías para cada uno de los polos del constructo.

Tabla F 5. Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 1 (n = 325).

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.910	–				
Juez 2	.847	.852	–			
Juez 3	.867	.856	.808	–		
Juez 4	.898	.926	.859	.855	–	
Juez 5	.937	.934	.847	.883	.914	–

Tabla F 6. Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 2 (n = 325).

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.918	–				
Juez 2	.867	.875	–			
Juez 3	.844	.848	.824	–		

Juez 4	.906	.918	.879	.859	–	
Juez 5	.926	.942	.871	.871	.918	–

Tabla F 7. *Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 321)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.893	–				
Juez 2	.833	.846	–			
Juez 3	.857	.857	.825	–		
Juez 4	.877	.913	.844	.852	–	
Juez 5	.922	.913	.846	.875	.887	–

Nota. Como en el Estudio 2 se prescinde de las categorías que no son utilizadas por ambos jueces en cada cruce.

Tabla F 8. *Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 320).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.918	–				
Juez 2	.851	.862	–			
Juez 3	.863	.876	.835	–		
Juez 4	.887	.915	.865	.879	–	
Juez 5	.906	.925	.862	.870	.890	–

Tablas F.9 - F.12. *Índice de concordancia Kappa entre jueces. Resultados de la primera codificación para la muestra de población clínica (tr. depresivos) en la evaluación final o posterior al proceso terapéutico. Resultados por áreas y por categorías para cada uno de los polos del constructo.*

Tabla F 9. Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 1 (n = 321)

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.845	–				
Juez 2	.797	.804	–			
Juez 3	.790	.805	.765	–		
Juez 4	.857	.877	.800	.805	–	
Juez 5	.842	.853	.769	.833	.845	–

Tabla F 10. Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 2 (n = 321)

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.841	–				
Juez 2	.813	.793	–			
Juez 3	.785	.801	.769	–		
Juez 4	.861	.877	.804	.817	–	
Juez 5	.806	.833	.761	.833	.849	–

Tabla F 11. Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 315)

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.851	–				
Juez 2	.770	.784	–			
Juez 3	.793	.786	.757	–		
Juez 4	.854	.858	.778	.789	–	
Juez 5	.838	.830	.748	.817	.845	–

Nota. Como en los casos anteriores se prescinde de las categorías que no están utilizadas por ambos jueces en cada cruce.

Tabla F 12. *Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 312)*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–					
Juez 1	.834	–				
Juez 2	.764	.777	–			
Juez 3	.792	.795	.763	–		
Juez 4	.855	.851	.779	.803	–	
Juez 5	.817	.817	.746	.808	.846	–

Nota. Como en los casos anteriores se prescinde de las categorías que no están utilizadas por ambos jueces en cada cruce.

Tablas F.13 - F.16. *Índice de concordancia Kappa entre jueces. Resultados de la segunda codificación para la muestra de población clínica (tr. depresivos) en la evaluación inicial o previa al proceso terapéutico. Resultados por áreas y por categorías para cada uno de los polos del constructo.*

Tabla F 13. *Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 1 (n = 324).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.996	–			
Juez 3	.980	.980	–		
Juez 4	.984	.984	.969	–	
Juez 5	.984	.988	.969	.980	–

Tabla F 14. *Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 2 (n = 324).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.992	–			
Juez 3	.976	.976	–		
Juez 4	.984	.980	.961	–	
Juez 5	.980	.988	.965	.969	–

Tabla F 15. *Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 321).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.987	–			
Juez 3	.974	.968	–		
Juez 4	.984	.984	.961	–	
Juez 5	.974	.971	.958	.971	–

Nota. Como en los casos anteriores se prescinde de las categorías que no están utilizadas por ambos jueces en cada cruce.

Tabla F 16. *Muestra clínica (1ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 320).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.981	–			
Juez 3	.974	.964	–		
Juez 4	.980	.974	.954	–	
Juez 5	.968	.964	.951	.958	–

Nota. Como en los casos anteriores se prescinde de las categorías que no han sido utilizadas por ambos jueces en cada cruce. En los

dos polos de esta muestra, el número de categorías que no se utilizan es mucho mayor, sin embargo coinciden en todos los jueces, por lo que apenas se percibe la pérdida de casos. Las categorías que no se han utilizado son: 1O, 2F, 2O, 3O, 5E, 5O, y 6O.

Tablas F.17 - F.20. *Índice de concordancia Kappa entre jueces. Resultados de la segunda codificación para la muestra de población clínica (tr. depresivos) en la evaluación final o posterior al proceso terapéutico. Resultados por áreas y por categorías para cada uno de los polos del constructo.*

Tabla F 17. *Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 1 (n = 321).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.972	–			
Juez 3	.980	.976	–		
Juez 4	.980	.964	.976	–	
Juez 5	.976	.976	.972	.976	–

Tabla F 18. *Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por áreas - Polo 2 (n = 321).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.976	–			
Juez 3	.980	.972	–		
Juez 4	.980	.968	.976	–	
Juez 5	.976	.964	.972	.984	–

Tabla F 19. *Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 1 (n mínimo = 319).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.964	–			
Juez 3	.974	.964	–		
Juez 4	.980	.954	.964	–	
Juez 5	.971	.957	.961	.964	–

Nota. Como en los casos anteriores se prescinde de las categorías que no están utilizadas por ambos jueces en cada cruce.

Tabla F 20. *Muestra clínica (2ª evaluación): Resultados por categorías - Polo 2 (n mínimo = 319).*

p-sig. Kappa	Investigador	Juez 1	Juez 3	Juez 4	Juez 5
Investigador	–				
Juez 1	.964	–			
Juez 3	.970	.961	–		
Juez 4	.980	.954	.961	–	
Juez 5	.967	.947	.957	.967	–

Nota. Como en los casos anteriores se prescinde de las categorías que no están utilizadas por ambos jueces en cada cruce.

