

## **Categorización de dilemas implicativos en pacientes con trastornos de ansiedad: Un estudio utilizando la Técnica de la Rejilla de Kelly**

**Pablo Herrera (\*), Mariana Krebs, Luz María González, Saúl Zúñiga, Javiera Troncoso, Francisca Melis**

Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

(\*) [paherres@uc.cl](mailto:paherres@uc.cl)

---

### RESUMEN

La técnica de la Rejilla de Kelly ha sido ampliamente usada para explorar la subjetividad de distintas poblaciones. Sin embargo, típicamente se ha dejado de lado el análisis del contenido de los constructos y dilemas de los pacientes. Aunque se han creado y usado sistemas de clasificación de contenido, éstos presentan limitaciones. Este artículo busca presentar el SCCP-TC, una adaptación del SCCP que usa categorías del sistema de Psicodiagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD). El SCCP-TC ha sido diseñado para analizar información clínicamente relevante y elaborar un foco terapéutico para trabajar en psicoterapia. Se presenta una clasificación de 11 temáticas clínicas y se aplica a una muestra de 81 adultos para comparar pacientes con trastornos de ansiedad y pacientes de un grupo control.

### PALABRAS CLAVE

adherencia, Rejilla de Kelly, conflictos cognitivos, ansiedad

## **Categorizing implicative dilemmas in patients with anxiety disorder: A study using the Kelly Grid technique**

### ABSTRACT

The Kelly Grid technique has been widely used to explore the subjectivity of different populations. However, researchers have typically neglected the analysis of the content of a patient's constructs and dilemmas. Although researchers have indeed created and used content classification systems, they tend to be limited. This article presents the SCCP-TC, an adaptation of SCCP that uses categories of OPD, the Operationalized Psychodynamic Psych diagnostic system. We designed SCCP-TC to analyze clinically relevant information and to elaborate a therapeutic focus to work in psychotherapy. We present a classification of 11 clinical topics and apply it to a sample of 81 adults to compare patients with anxiety against a control group.

### KEYWORDS

adherence, Kelly Grid, cognitive conflicts, anxiety

Recibido: 1 diciembre  
2012

Aceptado: 24 septiembre  
2013

**Cómo citar este artículo:** Herrera, P., Krebs, M., González, L., Zúñiga, S., Troncoso, J. y Melis, F. (2013). Categorización de dilemas implicativos en pacientes con trastornos de ansiedad: un estudio utilizando la técnica de la rejilla de Kelly. *Psicoperspectivas*, 13(1), 82-93. Recuperado el [día] de [mes] de [año] desde <http://www.psicoperspectivas.cl>  
DOI:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE1-FULLTEXT-248

Esta investigación fue financiada por la Universidad del País Vasco [ref.: 9/UPV00109.231-13645/2001/2007] y el Ministerio Español de Ciencia e Innovación [ref.: MCI PSI2008-02689/PSIC y AP2008-01980].

ISSNe 0718-6924

## Introducción

La investigación en psicoterapia ha mostrado que uno de los factores que más influye en el resultado terapéutico es el compromiso e involucramiento del paciente (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Éste se ve obstaculizado si el paciente presenta conflictos internos frente al cambio o si la intervención no está alineada con su construcción de mundo (Feixas, Saúl & Ávila-Espada, 2009; Fisch, Weakland & Segal, 1982; Fransella & Crisp, 1979; Winter, 1992). Desde la perspectiva constructivista, la técnica más usada para evaluar conflictos ante el cambio y que permite conocer cómo el paciente construye su mundo subjetivo, es la Técnica de la Rejilla (TR), existiendo numerosos estudios en distintas poblaciones que la utilizan (Feixas et al., 2009).

No obstante, la gran mayoría de las investigaciones que utilizan la TR han tenido una aproximación cuantitativa (Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl & Laso, 2004; Díaz, Feixas, Pellungrini & Saúl, 2001; Feixas & Cornejo, 1996; Feixas, Cipriano & Varlotta, 2007). Aunque existen diversas metodologías para el análisis cualitativo de contenido de los constructos, estas adolecen de problemas de fiabilidad (Montesano, Feixas & Varlotta, 2009). Recientemente se ha desarrollado un nuevo sistema de análisis del contenido de los constructos elicitados por la TR, el Sistema de Categorías de Contenido para Codificar Constructos Personales (SCCP). Si bien el SCCP presenta excelente confiabilidad, este sistema no se ha elaborado con fines clínicos, y se estima que es posible adaptarlo de modo de ayudar a la construcción de un foco terapéutico y comprender con mayor profundidad las diversas áreas de funcionamiento de los pacientes.

Con el objetivo de adaptar la categorización del SCCP para fines clínicos, ésta se complementó con aspectos del Sistema de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Se ha elegido el OPD como guía teórica para realizar esta adaptación, ya que este sistema ha sido diseñado explícitamente para ayudar al clínico a elaborar un foco terapéutico con los pacientes, buscando llenar un vacío percibido que dejan otros sistemas diagnósticos, orientados más hacia la investigación, o hacia identificar síntomas para el tratamiento con farmacoterapia (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

En este artículo, luego de detallar el proceso de construcción y adaptación del sistema, se presenta un ejemplo clínico para ilustrar la utilidad de esta adaptación en la comprensión de la construcción de mundo de un paciente con trastorno de ansiedad. Finalmente se utiliza la misma clasificación para comparar una muestra clínica de pacientes que presentan un trastorno de ansiedad, con una muestra no

clínica.

## Antecedentes

### Perspectiva Constructivista

Desde la perspectiva constructivista, uno de los elementos más importantes del sistema de construcción de significados del individuo son los *conflictos cognitivos*, dado que pueden facilitar u obstaculizar el proceso de cambio (Feixas et al., 2009). Como conflicto cognitivo se entiende una situación en que una persona desea alcanzar un objetivo, pero el acercarse a él tiene implicaciones negativas para su identidad, por lo tanto se resiste a cambiar (Feixas et al., 2009). Así, se hace necesario explorar el sistema de significados del paciente y elaborar los conflictos para que el cambio enfrente menor resistencia. Aunque estos conflictos se presentan en la población general, estudios muestran que su frecuencia es mayor en población consultante, específicamente en pacientes con trastornos de ansiedad (Feixas et al., 2009; Melis et al., 2011).

La herramienta más utilizada para evaluar conflictos cognitivos desde esta perspectiva es la Técnica de la Rejilla (TR), una entrevista semi-estructurada creada por Kelly (1955). En ella los conflictos se operacionalizan como Dilemas Implicativos (DI) (Feixas et al., 2009), los cuales se basan en la relación conflictiva entre dos tipos de constructos: los discrepantes y los congruentes. Como Constructo Congruente se entiende una cualidad en que el sujeto se siente cercano a como le gustaría ser; ej: "Soy sensible y me gusta ser sensible". El Constructo Discrepante es una cualidad en que se siente distinto a como le gustaría ser; ej: "Soy depresivo y no quisiera serlo". Entonces, el DI se forma cuando en la construcción de mundo del sujeto hay una asociación entre el Constructo Congruente y el Discrepante. Ej.: "las personas depresivas son sensibles". En esta situación, lograr el objetivo terapéutico ("ser menos depresivo") implica perder una cualidad valorada para el sí mismo ("ser menos sensible"). Con esta consideración, la meta terapéutica es lograr ser menos depresivo sin dejar de ser sensible, sin pasar a llevar los valores del paciente.

### Modelos y perspectivas para el análisis de contenido de la Rejilla

De acuerdo con Green (2004), al hacer análisis de contenido existirían dos metodologías principales para su categorización. La primera es guiada por los datos (*data driven*) y la segunda guiada la por teoría (*theory driven*). Reconociendo que ambas aproximaciones tienen ventajas y desventajas, el autor señala que en la primera, una de las ventajas sería que las categorías reflejan de mejor manera los datos, son más flexibles y no fuerzan las categorías para adecuarse a los supuestos del investigador. Respecto de las guiadas por la teoría, el autor cita a McAdams y Zeldow (1993, citado

## ***Categorización de los dilemas implicativos en pacientes con trastornos de ansiedad: Un estudio utilizando la Técnica de la Rejilla de Kelly***

en Green, 2004), quienes argumentan que “medidas bien validadas de constructos cuidadosamente articulados son preferibles a sistemas globales que prometen cubrir el universo presentando una lista de términos y temas teóricamente descontextualizados” (p. 89). Asimismo, señala que son más transparentes, fácilmente aplicables por otros y hacen supuestos más explícitos.

En el marco del análisis de contenido guiado por teoría, podemos encontrar diversas categorizaciones como las de Bieri, Duck y Spencer, Little, Walker y Gottschalk (Green, 2004). El sistema de categorización más utilizado en investigación ha sido el de Landfield (1971), relacionando patrones particulares del contenido de los constructos y distintos diagnósticos y problemáticas psicológicas, como la timidez, el haber abusado sexualmente a menores, el ser víctima de abuso, tartamudez, e intentos de suicidio (Montesano et al., 2009). El sistema de Lanfield ha recibido numerosas críticas, principalmente respecto de su fiabilidad (Feixas Geldschläger, Carmona & Garzón, 2002). Por ejemplo, Burke y Noller (1995) destacan que utilizando esta categorización algunos constructos califican para al menos cuatro categorías distintas.

### ***Sistemas de Categorías de Contenido para codificar Constructos Personales***

En este escenario de escaso interés en la evaluación del contenido de los constructos personales y en que el sistema más usado adolece de problemas de fiabilidad, Feixas y su equipo han desarrollado recientemente el Sistema de Codificación de Constructos Personales (SCCP) (Feixas, et al., 2002). Este sistema ha sido validado en términos de confiabilidad ( $Kappa = 0.992$ ;  $p < 0.001$ ) y aplicado recientemente para el análisis de contenido de constructos personales en pacientes depresivos (Montesano, Feixas & Varlotta, 2009).

Para superar algunas de las dificultades del sistema de Landfield, las categorías del SCCP están ordenadas jerárquicamente (de lo más específico a lo más general) en áreas para evitar la doble clasificación (Feixas et al., 2002). Esto significa que, en caso de un código de categorización ambigua, éste se debe codificar en el área jerárquicamente superior. Otro elemento de la categorización es que los constructos son codificados como entidades bi-polares, evitando así la codificación de ambos polos en categorías distintas (a diferencia del sistema de Landfield, que codifica cada polo por separado). Finalmente, otra característica del SCCP es que solamente se usa para constructos valorativos (que se refieren a la forma de ser de un sujeto), dejando fuera por ejemplo constructos superficiales (sobre características físicas u objetivables) y de relación (por ejemplo: mi amigo - mi enemigo).

El SCCP está compuesto por 45 categorías organizadas en seis áreas, ordenadas jerárquicamente de lo más específico a lo más general:

- a) **Moral:** Se trata de una valoración que hace el sujeto con respecto al valor moral de la persona descrita o del elemento.
- b) **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 (por ejemplo: optimismo), o bien con respecto a emociones específicas.
- c) **Relacional:** Se trata de todos aquellos aspectos que describen la modalidad de relación con los demás.
- d) **Personal:** Se refiere a una variedad de características tradicionalmente adscritas al área de la personalidad, carácter o forma de ser, excluyendo aquellas que ya han quedado incluidas en áreas anteriores.
- e) **Intelectual/Operacional:** Concierne a los aspectos relacionados con toda una variedad de capacidades, habilidades y conocimientos.
- f) **Valores e intereses:** Como su nombre indica, en esta área se incluyen los constructos que hacen referencia a los valores ideológicos, religiosos, o específicos, así como intereses diversos (musicales, culturales, deportivos, etc.).

Aunque se ha reconocido su excelente fiabilidad y alto potencial de desarrollo, su uso ha sido limitado y adolece de las limitaciones de los sistemas de análisis de contenido guiados por los datos. Por ejemplo, no justifica teóricamente el orden jerárquico ni la agrupación de las 45 categorías en las seis áreas (Green, 2004). Asimismo, aunque se ha desarrollado con fines prácticos y con la idea de investigar diversas poblaciones clínicas (Feixas et al., 2002), las conclusiones han sido limitadas al aplicarlo a distintos tipos de pacientes. Por ejemplo, al revisar los constructos de pacientes con distimia y depresión, Montesano et al. (2009) concluyen que éstos presentan más constructos de tipo emocional y menos de tipo intelectual que una muestra no clínica. En ese mismo estudio, se intentó explorar la hipótesis de que estos pacientes tendrían mayor porcentaje de constructos en el área moral, reflejando el perfeccionismo y autocrítica descrito en la literatura. Sin embargo, usando la agrupación de áreas del SCCP, no se observaron diferencias significativas en el área moral.

En base a lo anterior, consideramos que el SCCP original adolece de dos debilidades: (a) sus 45 categorías son específicas y permiten distinciones clínicamente útiles, pero son demasiado numerosas para hacer comparaciones estadísticas entre grupos, ya que se requiere una muestra demasiado amplia para notar diferencias sustanciales si se dividen los constructos en tantas categorías; y (b) sus seis áreas son demasiado generales para dar información clínicamente útil para el trabajo psicoterapéutico. Es por estas razones que se estimó útil desarrollar una adaptación al SCCP que cree un nivel intermedio de análisis y que esté guiado por un modelo teórico explícitamente orientado a establecer distinciones clínicamente útiles para el trabajo con pacientes.

### **Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado**

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) es un inventario diagnóstico de aplicación clínica basado en supuestos teóricos psicoanalíticos, utilizado ampliamente en ámbitos de investigación y clínicos. Dentro del uso clínico del OPD, uno de sus principales objetivos es la construcción de un *foco terapéutico* que oriente el trabajo con el paciente.

Para elegir el foco terapéutico principal, el OPD requiere evaluar cinco ejes centrales:

**Eje I: Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento.** Evalúa motivación, expectativas y atribuciones respecto del problema. Identifica el tipo de atención más apropiada para el paciente.

**Eje II: Conducta relacional disfuncional habitual.** Explora los patrones relacionales disfuncionales típicos del paciente con los otros, y distingue ocho temas relacionales, diferenciando la conducta interpersonal orientada hacia el otro y la orientada hacia uno mismo. Para cada temática se identifica un recurso interpersonal (por ejemplo: valorar y reconocer a los otros) y dos polos disfuncionales (por ejemplo: descalificar vs. idealizar a los otros). Las temáticas relacionales son: libertad; valoración; afectividad; cuidado; dirección y control; culpa y responsabilidad; agresión y conflicto; contacto y distancia.

**Eje III: Conflictos crónicos.** Destacan las áreas problemáticas del vivenciar y actuar que son inconscientes para la persona y que se manifiestan de manera estable en diversas áreas de la vida. Se pueden distinguir ocho conflictos básicos: (a) dependencia versus autonomía (b) sumisión versus control (c) deseo de ser cuidado versus autarquía (d) conflicto de autoestima (e) conflicto de culpa (f) conflicto edípico (g) conflicto de identidad.

**Eje IV: Estructura psíquica del paciente.** Describe diferentes funciones o capacidades psíquicas, divididas en 4 dimensiones: (a) capacidades cognitivas: percepción de sí mismo y de objeto; (b) manejo: regulación del self y de la relación con el objeto; (c) comunicación emocional: comunicación hacia adentro y con otros; (d) vínculo: con objetos internos y externos.

**Eje V: Diagnóstico sindromático según el capítulo V (F) del CIE-10.** Centrado en la sintomatología observable y configuración de trastornos específicos (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

### **Integración de perspectivas**

Antes de continuar con la metodología utilizada, es importante reflexionar sobre la integración de un instrumento derivado del constructivismo (la TR) y un sistema diagnóstico de orientación psicodinámica (el OPD).

Una de las características esenciales de la TR es su carácter idiosincrático, ya que los constructos elicidados son propios de la construcción de mundo de cada paciente en particular. Sin embargo, para analizar el contenido de los constructos de grupos de pacientes es necesario desarrollar alguna forma de agrupar esos constructos potencialmente infinitos en categorías finitas. Para generar esa agrupación de categorías de contenido, tal como se argumentó antes (Green, 2004), es posible ocupar una estrategia guiada por los datos (como la usada para desarrollar el SCCP) o guiada por la teoría (como la propuesta en este artículo, basada en el OPD).

Ante esto, se podría argumentar que hay teorías más compatibles con la visión constructivista que la psicodinámica. Sin embargo, hemos elegido este modelo en base a una serie de puntos de encuentro entre ambos modelos. Por una parte, la visión basada en el conflicto psíquico del OPD es coherente con la idea de conflicto a la base del concepto de dilema implicativo. Por otra, ambos modelos dan importancia a la construcción de mundo y significados personales del individuo (por ejemplo, en el OPD se habla de relaciones de objeto internalizadas). Por último, ambos otorgan un rol esencial a la red de significados e interacciones entre el sujeto y sus vínculos cercanos.

Sumado a lo anterior, desde la epistemología constructivista no habría una clasificación o agrupación correcta, sino que podrían haber múltiples y todas válidas, si son útiles para los fines con que se construyeron. Por ejemplo, Neimeyer, Anderson y Stockton (2001) también han utilizado y modificado el SCCP original, creando una adaptación al sistema en que agregaron categorías ad hoc para los intereses de su estudio, orientado a evaluar temáticas existenciales y



de propósito de vida de los entrevistados.

En este sentido, planteamos que una clasificación basada en constructos del OPD es útil para establecer distinciones clínicas y plantear un foco terapéutico. Proponemos que el OPD es útil para terapeutas de distintas orientaciones, dado que sus categorías fueron construidas para clasificar el material clínico en un nivel lo más cercano posible a lo directamente observable. Por lo tanto, están enraizadas en observaciones clínicas disponibles para psicoterapeutas no sólo de orientación psicoanalítica (Grupo de Trabajo OPD, 2008).

Finalmente, en la línea de la evaluación pragmática de los (inherentemente arbitrarios) sistemas de clasificación, argumentamos que el SCCP original fue utilizado con el fin de clasificar de manera replicable y sistemática los constructos elicitados en la TR, con fines de investigación. En este sentido, el objetivo de este artículo es aportar una reclasificación con fines terapéuticos, que ayuden a orientar al clínico sobre los conflictos y temáticas que deberían considerarse en un proceso terapéutico. Y para esto es útil basarse en categorías teóricas que han sido desarrolladas precisamente para esos fines.

## **Metodología**

### ***Diseño General***

El presente estudio es de carácter transversal y utiliza metodología mixta, con un elemento cualitativo de análisis de contenido guiado teóricamente, y otro aspecto cuantitativo para realizar una primera aproximación a estudiar la utilidad de la adaptación propuesta al SCCP. Se enfatiza la triangulación (Barker, Pistrang & Elliott, 2002) como estrategia básica de análisis: en términos de investigadores (un equipo de tres investigadores analizaron todos los datos), de teorías (integrando aspectos de la teoría de constructos personales y teoría psicodinámica) y de métodos (cuantitativos y cualitativos).

Consta de tres etapas:

1. Adaptación del SCCP y definición de nuevas temáticas para agrupar las 45 categorías, evaluando su fiabilidad usando metodología de acuerdo entre jueces.
2. Aplicación del sistema a una viñeta clínica ilustrativa de un paciente con trastorno de ansiedad, comparando la información que entrega esta adaptación con la que entrega el SCCP original.

3. Estudio comparativo del contenido de los constructos en una muestra de pacientes con trastorno de ansiedad, comparándola con una muestra no clínica.

### **Etapa 1: Adaptación del SCCP**

1.1 Metodología general de construcción del sistema. A diferencia del SCCP original, que ocupó una metodología de análisis de contenido basado en los datos, al reclasificar las 45 categorías se tomaron como base las distinciones del Sistema de Psicodiagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Para elaborar esta adaptación, se usaron las 45 categorías de primer nivel de abstracción generadas en el sistema elaborado por Feixas et al. (2002). Éstas fueron recategorizadas en nuevas temáticas, generando una adaptación del SCCP, no un sistema nuevo, tal como se ha hecho con anterioridad (Neimeyer et al., 2001).

Específicamente, para generar las nuevas áreas donde se reagrupan las 45 categorías del SCCP, el primer paso fue decidir qué ejes del OPD eran más adecuados para clasificar constructos valorativos, referidos a la forma de ser de un sujeto (Feixas et al, 2002). De los cinco ejes, se consideró que ni el primero (vivencia de la enfermedad y pre-requisitos para el tratamiento) ni el último (trastornos psíquicos y psicosomáticos) eran apropiados para este objetivo.

1.2 Construcción de las nuevas categorías de análisis. El proceso de construcción de las nuevas temáticas fue el siguiente:

1. Se listaron las 45 categorías del sistema SCCP, sin agruparlas en las seis áreas del sistema en su versión original.
2. Se evaluó cada categoría del SCCP, identificando si se podía relacionar con una o más variables del eje de relación (2), conflicto (3) y/o estructura (4) del OPD. Se identificaron también categorías del SCCP que no correspondían a ninguna del OPD, tal como se puede apreciar en la Tabla 1.
3. Luego de este proceso inductivo, se agruparon las categorías según su similitud, tal como se muestra en la Tabla 2.
4. En algunos casos habían categorías del SCCP que no correspondían a ninguna categoría del OPD. Para estos casos se creó la temática Intelectual vs. Inculto, abarcando las categorías inteligente vs. tonta, culta vs. inculta y reflexiva

vs. superficial.

5. Existen algunas categorías residuales del SCCP que no se pudieron relacionar con ninguna categoría del OPD, y tampoco se pudieron clasificar según su contenido. Estas son las categorías de “Otros” (presentes en cada una de

las seis áreas), “habilidades específicas” y “emociones concretas”. En conjunto, estas categorías representan el 3.2% del total de los constructos, según el análisis original del SCCP (Feixas, Geldschläger, Carmona & Garzón, 2002).

**Tabla 1**

*Ejemplo de relación de categorías del SCCP*

| <b>Categorías SCCP</b> | <b>Categorías Eje 2 OPD: Relación</b>        | <b>Categorías Eje 3 OPD: Conflicto</b>       | <b>Categorías Eje 4 OPD: Estructura</b>                             |
|------------------------|--|--|---|
| Humilde vs. orgullosa  | Valoración de sí mismo                       | Autovaloración                               | Regulación de la autoestima   |
| Cálida vs. fría        | Afectividad                                  | (No calza con ninguna categoría de este eje) | Comunicación de los afectos; capacidad de vincularse emocionalmente |
| Culta vs. Inculta      | (No calza con ninguna categoría de este eje) | (No calza con ninguna categoría de este eje) | (No calza con ninguna categoría de este eje)                        |

**Tabla 2**

*Ejemplo de agrupaciones de categorías del SCCP en nuevas temáticas por similitud*

| <b>Categorías SCCP</b>   | <b>Eje Relación</b>                          | <b>Eje Conflicto</b>                         | <b>Eje Estructura</b>        | <b>Nuevas Temáticas</b>                                  |
|--------------------------|--|--|------------------------------|--|
| Trabajadora vs. vaga     | (No calza con ninguna categoría de este eje) | (No calza con ninguna categoría de este eje) | Autorregulación              | Decidido y responsable vs. desorganizado e irresponsable |
| Ordenada vs. caótica     | (No calza con ninguna categoría de este eje) | (No calza con ninguna categoría de este eje) | Autorregulación              | Decidido y responsable vs. desorganizado e irresponsable |
| Concentrada vs. dispersa | (No calza con ninguna categoría de este eje) | (No calza con ninguna categoría de este eje) | Autorregulación              | Decidido y responsable vs. desorganizado e irresponsable |
| Respetuosa vs. juiciosa  | Agresión y conflicto                         | Protección vs. autarquía                     | Protección de las relaciones | Cuida y protege vs. Descuida a otros                     |
| Altruista vs. egoísta    | Preocuparse y cuidar vs. abandonar           | Protección vs. autarquía                     | Protección de las relaciones | Cuida y protege vs. Descuida a otros                     |
| Pacífica vs. agresiva    | Agresión y conflicto                         | Protección vs. autarquía; Sumisión control   | Protección de las relaciones | Cuida y protege vs. Descuida a otros                     |

Una vez elaborado el primer borrador del sistema, se comenzó un proceso iterativo de consenso intersubjetivo. Durante este proceso, codificadores independientes clasificaron los 45 constructos en las nuevas áreas, reuniéndose luego para discutir las similitudes y diferencias en la clasificación, así como para especificar la definición de cada área. Siguiendo el ejemplo del sistema SCCP (Feixas et al, 2002), se estableció un orden jerárquico entre las nuevas áreas,

de modo de prevenir problemas de solapamiento de categorías y confusiones en la codificación.

1.3 Evaluación de fiabilidad del sistema. Para evaluar la fiabilidad del sistema, se usó la metodología de acuerdo entre jueces. Luego de un entrenamiento de aproximadamente 2 horas en el sistema y la práctica con un conjunto de constructos extraídos de 10 rejillas aleatoriamente seleccionadas, dos psicólogos

## ***Categorización de los dilemas implicativos en pacientes con trastornos de ansiedad: Un estudio utilizando la Técnica de la Rejilla de Kelly***

entrenados clasificaron de forma independiente las 45 categorías del SCCP en las 11 áreas de nuestro sistema.

Esta evaluación de fiabilidad sólo se refiere al acuerdo en la clasificación de las 45 categorías en las 11 nuevas áreas, no a la construcción de esas 45 categorías, ya que esa evaluación ya está realizada y presenta alta confiabilidad (Feixas et al, 2002).

### **Etapa 2: Presentación de una Rejilla Ilustrativa**

Para ilustrar la potencial utilidad del sistema adaptado para la elaboración de foco terapéutico, se seleccionó un caso clínico de la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad. Se presentan los resultados de la rejilla aplicada en la tercera sesión, junto con una viñeta clínica. Se analizaron los resultados de esta rejilla usando en paralelo el SCCP con sus áreas originales, en comparación con la adaptación presentada en este artículo.

### **Etapa 3: Estudio Comparativo con Pacientes con Trastorno de Ansiedad**

Luego de tener clasificados los constructos, éstos se compararon en un grupo de pacientes con trastorno de ansiedad y una muestra de personas sin trastorno de ansiedad. Para comparar los grupos se consideraron tres de las variables de la TR mencionadas previamente (DI, CC, CD), incluyendo la distribución de constructos en cada categoría de contenido.

### **Participantes**

La muestra total estuvo compuesta por 81 adultos. De éstos, la *muestra clínica* estuvo compuesta por 41 sujetos que fueron atendidos en el Programa de Trastornos de Ansiedad Adultos (PTA) del Centro de Salud Mental San Joaquín de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ellos fueron diagnosticados con un trastorno de ansiedad a través de una entrevista clínica según el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (APA, 2001). Se trata de 16 hombres (39%) y 25 mujeres (61%); con un rango de edad entre los 17 y 57 años y un promedio de 29 años. Respecto de su resultado terapéutico, 18 tuvieron alta terapéutica, 20 desertaron prematuramente y 3 fueron derivados a otro centro. Por otro lado, el *grupo control* estuvo compuesto por 40 personas consultantes del Centro Médico San Joaquín de la Pontificia Universidad Católica de Chile por diversos motivos físicos no relacionados con salud mental. Se excluyeron del grupo control los sujetos que hubieran tenido tratamiento psiquiátrico y/o psicológico en el último año y/o que hubieran reflejado sintomatología ansiosa significativa, mayor o igual a 15 puntos en el Test para la Ansiedad de Hamilton (HARS) (Hamilton, 1959). En relación a la caracterización del

grupo control, éste estuvo compuesto por 14 hombres (35%) y 26 mujeres (65%), con un rango de edad entre los 18 y 71 años y un promedio de 26 años.

### **Procedimiento de Recolección de Información**

El procedimiento realizado con los sujetos de la muestra clínica contempló una primera entrevista, realizada por un psicólogo, en la que los pacientes firmaron un consentimiento informado para participar en la investigación. En la segunda entrevista se les aplicó el HARS, incluyendo todos aquellos pacientes que puntuaran 15 puntos o más en la escala; y finalmente, durante la tercera y cuarta sesión se les aplicó la TR. En el caso del grupo control, luego del consentimiento informado y de revisar que las personas cumplieran los criterios de inclusión en cuanto a la HARS, se aplicó la TR.

## **Resultados**

### **Etapa 1: Construcción del SCCP-TC**

Como parte de los resultados, a continuación se definen las 11 temáticas clínicas que componen la adaptación del SCCP (SCCP-TC). Posteriormente, se presentan los resultados en base al caso clínico seleccionado y finalmente la comparación entre la muestra clínica y el grupo control.

1. Seguro de sí mismo vs. autocrítico: Constructos que dan cuenta de si el sujeto se posiciona en términos generales sobre o bajo el resto, y si transmite o no seguridad. Incluye las siguientes categorías: humilde - orgullosa; capaz - incapaz.
2. Moral vs. inmoral: Constructos relacionados con preceptos morales, valores y ética. Incluye las siguientes categorías: buena - mala; fiel - infiel; sincera - falsa; justa - injusta; valores ideológicos, etc.; valores e intereses específicos.
3. Emocional e impulsiva vs. racional: Tendencia a privilegiar lo instintivo/emocional o lo racional, permitirse vivir las emociones e impulsos o reprimirlos. Incluye la sensibilidad ante los propios afectos. Incluye las siguientes categorías: visceral - racional; sexualidad (sexual - frígida).
4. Fuerte afectivamente vs. se deja abatir ante la adversidad: Capacidad y fortaleza interna para tolerar y manejar los estados de ánimo y las adversidades, incluyendo el verse invadido y sobrepasado por estados de ánimo negativos (por ejemplo: ansiedad, abatimiento), o por otro lado desarrollar optimismo y

energía, o una actitud apática y apagada. Incluye las siguientes categorías: optimista -pesimista; equilibrada -desequilibrada; fuerte - débil.

5. Decidido y responsable vs. desorganizado e irresponsable: Constructos que dan cuenta de la tendencia a imponer o no la voluntad y el orden sobre los propios procesos y acciones. Los extremos son la decisión rígida y la flexibilidad caótica. Incluye las siguientes categorías: responsable - irresponsable; trabajadora - vaga; ordenada - caótica; decidida - indecisa; madura - inmadura; concentrada - dispersa.

6. Dinámico y abierto vs. inhibido y rígido: Constructos referidos a la tendencia a dar rienda suelta a fantasía y energía creativa, desplegando energía vital, o seguir la rutina, privilegiar la seriedad, el realismo, y con una actitud más pasiva e inhibida. Incluye las siguientes categorías: activa - pasiva; flexible - rígida; creativa - no creativa.

7. Intelectual vs. inculto: Incluye constructos relacionados con la inteligencia, cultura y capacidad reflexiva. Incluye las siguientes categorías: reflexiva - superficial; inteligente - tonta; culta - inculta.

8. Independiente vs. dependiente del resto: Constructos que distinguen si el sujeto prefiere relacionarse, confiar y depender en los demás, o si prefiere mantener su independencia, no relacionarse y evita confiar. Incluye las siguientes categorías: dependiente - independiente; confiada - suspicaz.

9. Cuida y protege vs. descuida a otros: Constructos relacionados con la tendencia a proteger y ayudar al resto, versus preocuparse sólo de sí mismo, descuidando al resto o activamente agrediendo. Incluye las siguientes categorías: altruista - egoísta; respetuosa - crítica; agradable - desagradable; pacífica - agresiva; comprensiva - no comprensiva.

10. Controla a los demás vs. se somete o adapta: Constructos ligados al interés por influir y dirigir a los demás, versus ser controlado y dirigido por ellos, incluyendo el punto medio de "vivir y dejar vivir". Incluye las siguientes categorías: tolerante - autoritaria; conformista - rebelde.

11. Comunicativo y expresivo vs. retraído y distante: Incluye constructos relacionados con la forma de comunicarse y expresarse con los demás. Si es abierta o cerrada, directa/asertiva o con muchos rodeos, y si expresa emociones y calidez o es más bien fría. Incluye las siguientes categorías: cálida - fría; extrovertida - introvertida; directa - retorcida (enredada).

El SCCP-TC, al igual que el SCCP original, sólo se puede usar con constructos valorativos (referidos a la forma de ser de una persona, dejando fuera otro tipo de constructos, como los superficiales o de relación), y se debe aplicar al constructo polar completo, incluyendo ambos polos.

El SCCP-TC se puede aplicar de dos formas: en caso de datos ya codificados con el SCCP, como una forma de reclasificar las 45 categorías en nuevas áreas. Por otro lado, con datos nuevos, no previamente codificados con el SCCP, recomendamos primero clasificar cada constructo polar en una de las 11 áreas propuestas, y luego en una de las categorías sacadas del SCCP que las componen.

### **Análisis de Fiabilidad**

Se tomó un total de 38 categorías iniciales (excluyendo algunas que no se lograron clasificar por ser demasiado inespecíficas), que fueron agrupadas en 11 categorías por dos evaluadores. El coeficiente de Kappa resultante fue estadísticamente significativo ( $p < 0.001$ ) con un valor de 0.736 y un intervalo de confianza del 95% entre 0.589 y 0.883. Estos resultados indican que existe un acuerdo sustancial entre los evaluadores, de acuerdo a los puntos de corte sugeridos por Landis y Koch (1977).

Al analizar las diferencias entre los jueces, se identificaron dificultades clasificando las siguientes categorías:

1. Fiel - infiel: Se podía clasificar en cuida y protege vs. descuida a otros, pero finalmente la clasificamos en moral vs. inmoral, siguiendo el orden jerárquico.

2. Cálida - fría: Se podría haber clasificado en emocional vs. racional, sin embargo se clasificó en comunicativo y expresivo vs. retraído y distante.

3. Sexualidad: Es una categoría inespecífica, sin embargo el ejemplo que aparece en el texto original del SCCP (sexual - frígida) hizo que fuera clasificada en emocional e impulsivo vs. racional.

4. Confiada - suspicaz: Pudiendo clasificarla en controla a los demás vs. se somete, finalmente la clasificamos en independiente vs. dependiente del resto, siguiendo el orden jerárquico.

5. Madura - inmadura: Esta categoría es algo inespecífica, ya que madura generalmente tiene la connotación de responsable, por lo que fue clasificada en decidido y responsable vs. desorganizado e irresponsable.



**Tabla 3**

*Datos de Rejilla Ilustrativa*

|    |              |               | Yo | Padre | Madre | Admirada | Non-Grata | Hermano | Pareja | Autoridad | Amiga | Amigo | Yo antes de. | Yo Ideal |
|----|--------------|---------------|----|-------|-------|----------|-----------|---------|--------|-----------|-------|-------|--------------|----------|
| 1  | Afectuoso    | Descariñado   | 1  | 1     | 4     | 1        | 7         | 6       | 1      | 1         | 2     | 2     | 2            | 1        |
| 2  | Enojón       | Alegre        | 5  | 4     | 4     | 6        | 6         | 5       | 4      | 6         | 7     | 7     | 6            | 7        |
| 3  | Relajado     | Tenso         | 2  | 6     | 5     | 2        | 4         | 6       | 6      | 1         | 2     | 2     | 3            | 1        |
| 4  | Trabajador   | Flojo         | 4  | 1     | 3     | 1        | 3         | 1       | 1      | 1         | 3     | 3     | 1            | 1        |
| 5  | Moderno      | Regludo       | 4  | 6     | 6     | 1        | 4         | 4       | 1      | 1         | 2     | 2     | 1            | 1        |
| 6  | Risueña      | Seria         | 2  | 4     | 4     | 1        | 2         | 3       | 3      | 4         | 2     | 1     | 1            | 1        |
| 7  | Sentimental  | Fuerte        | 1  | 1     | 3     | 1        | 7         | 6       | 5      | 3         | 2     | 6     | 4            | 4        |
| 8  | Patuda       | Retraída      | 6  | 4     | 6     | 2        | 1         | 3       | 1      | 3         | 6     | 1     | 4            | 3        |
| 9  | Preocupada   | Desinteresada | 3  | 2     | 3     | 1        | 7         | 1       | 1      | 2         | 2     | 1     | 2            | 1        |
| 10 | Responsable  | Irresponsable | 6  | 2     | 1     | 1        | 4         | 1       | 1      | 1         | 2     | 1     | 4            | 1        |
| 11 | Extrovertida | Introvertida  | 6  | 4     | 6     | 2        | 1         | 4       | 1      | 2         | 5     | 1     | 3            | 1        |
| 12 | Confiable    | No seguriza   | 1  | 1     | 1     | 2        | 7         | 1       | 2      | 4         | 2     | 1     | 2            | 1        |
| 13 | Insegura     | Segura        | 1  | 7     | 4     | 7        | 7         | 2       | 7      | 7         | 3     | 4     | 6            | 7        |
| 14 | Líder        | Dejarse guiar | 6  | 1     | 5     | 1        | 1         | 3       | 1      | 2         | 5     | 5     | 2            | 1        |

**Tabla 4**

*Dilemas Implicativos*

|                           |          |                               |
|---------------------------|----------|-------------------------------|
| confiable vs. no seguriza | .4178102 | introvertida vs. extrovertida |
| confiable vs. no seguriza | .4271823 | insegura vs. segura           |
| confiable vs. no seguriza | .3840275 | dejarse guiar vs. líder       |

### **Análisis clínico del contenido de los constructos**

Siguiendo la categorización SCCP, en términos de los contenidos presentes en esta rejilla, se puede decir que predominan los constructos del área Personal, luego los del área Relacional y finalmente los del área Emocional. Mientras que existe solamente un constructo moral, y no presenta constructos del área Intelectual ni tampoco aquellos del área que engloba Valores e Intereses. En términos de los Dilemas Implicativos presentes en la rejilla del caso clínico ilustrado (ver Tabla 4), de acuerdo a la categorización de la SCCP, la paciente desea cambiar (constructos discrepantes) en el área relacional y personal. Sin embargo, el cambiar en estas áreas la haría perder algo valioso del área moral. Al utilizar el SCCP-TC, se puede decir algo más acerca de los contenidos de esta Rejilla. La temática principal es la de

cuidar vs. descuidar a otros, seguida de las de comunicar vs. retraerse, ser organizado vs. desorganizado, flexible vs. rígido y de ser fuerte afectivamente vs. dejarse abatir ante la adversidad. Asimismo, no están presentes las temáticas de ser independiente vs. dependiente del resto, moral vs. inmoral e intelectual vs. inculto. Al analizar los dilemas implicativos, se puede decir que la paciente desea comunicarse y expresarse más con el otro, ser más segura de sí misma y controlar más a los demás en vez de adaptarse a ellos, sin embargo el moverse en estas direcciones la haría perder una cualidad valorada en ella, la capacidad de cuidar y proteger a otros, volviéndola descuidada.

### Etapa 3: Estudio Comparativo con Pacientes con Trastorno de Ansiedad

Luego de tener clasificados los constructos, se comparó la muestra clínica con el grupo control. Para comparar los grupos se consideraron tres de las variables de la TR mencionadas previamente (DI, CC, CD), incluyendo

la distribución de constructos en cada categoría de contenido. Esto quiere decir que para cada sujeto se midió el porcentaje de sus constructos clasificados en cada una de las 11 categorías, diferenciando DI, CC y CD. En la Tabla 5 se muestran los resultados descriptivos de este análisis.

**Tabla 5**

*Comparación entre grupo control (G.C.) y grupo de pacientes con Trastorno de Ansiedad*

| TEMÁTICAS  | Dilemas   |             | Constructos Congruentes |             |            |             | Constructos Discrepantes |             |           |             |            |             |
|--|-----------|-------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|--------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|-------------|
|  | Control   |             | Pacientes               |             | Control    |             | Pacientes                |             | Control   |             | Pacientes  |             |
| Seguro de sí mismo vs. autocrítico                         | 1         | 6.7%        | 6                       | 11.8%       | 4          | 3.1%        | 8                        | 3.3%        | 1         | 3.7%        | 8          | 8%          |
| Independiente vs. dependiente del resto                    | 0         | 0%          | 8                       | 15.7%       | 9          | 6.9%        | 9                        | 5.3%        | 2         | 7.4%        | 15         | 15%         |
| Cuida y protege vs. Descuida a otros                       | 2         | 13.3%       | 8                       | 15.7%       | 26         | 19.8%       | 28                       | 18.5%       | 4         | 14.8%       | 7          | 7%          |
| Decidido y organizado vs. descontrolado y desorganizado    | 5         | 33.3%       | 6                       | 11.8%       | 18         | 13.7%       | 24                       | 15.9%       | 8         | 29.6%       | 11         | 11%         |
| Dinámico y abierto vs. inhibido y rígido                   | 3         | 20%         | 2                       | 3.9%        | 10         | 7.6%        | 13                       | 8.6%        | 3         | 11.1%       | 5          | 5%          |
| Controla a los demás vs. se adapta                         | 1         | 6.7%        | 1                       | 2%          | 5          | 3.8%        | 5                        | 3.3%        | 1         | 3.7%        | 2          | 2%          |
| Emocional vs. Racional                                     | 0         | 0%          | 1                       | 2%          | 6          | 4.6%        | 13                       | 8.6%        | 0         | 0%          | 5          | 5%          |
| Fuerte afectivamente vs. se deja abatir ante la adversidad | 0         | 0%          | 12                      | 23.5%       | 20         | 15.3%       | 22                       | 14.6%       | 4         | 14.8%       | 36         | 36%         |
| Comunicativo y expresivo vs. Retraído y distante           | 2         | 13.3%       | 7                       | 13.7%       | 14         | 10.7%       | 15                       | 9.9%        | 3         | 11.1%       | 5          | 5%          |
| Moral vs. inmoral  | 1         | 6.7%        | 0                       | 0%          | 16         | 12.2%       | 15                       | 9.9%        | 0         | 0%          | 1          | 1%          |
| Intelectual vs. inculto                                    | 0         | 0%          | 0                       | 0%          | 3          | 2.3%        | 3                        | 2%          | 1         | 3.7%        | 5          | 5%          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>15</b> | <b>100%</b> | <b>51</b>               | <b>100%</b> | <b>130</b> | <b>100%</b> | <b>149</b>               | <b>100%</b> | <b>27</b> | <b>100%</b> | <b>100</b> | <b>100%</b> |

Para contrastar si ambos grupos se diferencian entre sí respecto a la distribución del contenido de los dilemas, constructos congruentes y constructos discrepantes, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. Este test prueba la hipótesis nula de que las variables son estadísticamente independientes<sup>1</sup>. Cuando se encontraron diferencias en

la distribución del contenido, se analizó el valor de los residuos tipificados corregidos (RC, la diferencia entre

muestra lo suficiente amplia como para contar con al menos cinco observaciones en cada celda. Si este requisito no se cumple, los resultados son poco confiables. Sin embargo, el software estadístico SPSS permite obtener resultados confiables para muestras pequeñas mediante el cálculo de valores p exactos en vez de valores p asintóticos.

<sup>1</sup> Un requerimiento para el cálculo de esta prueba es tener una

la frecuencia esperada y observada en cada celda), identificando los que superan 1.96 ( $\alpha = 0.05$ ) para conocer las temáticas concretas a las que se debe tal diferencia.

A continuación se presentan los resultados de estos análisis:

3.1. Dilemas: ¿En qué temáticas presentan conflictos internos?

Ambos grupos difieren en su distribución de temáticas de conflicto ( $X^2=17.941$ ;  $p < .05$ ). Analizando los residuos corregidos, se observa que los pacientes con trastorno de ansiedad presentan mayor porcentaje de dilemas en la temática de ser fuerte afectivamente vs. dejarse abatir por la adversidad ( $RC= 2.1$ ), mientras que las personas del grupo control presentan más dilemas en las temáticas de ser decidido y responsable vs. desorganizado e irresponsable ( $RC= 2$ ) y en la de ser dinámico y abierto vs. Inhibido y rígido ( $RC= 2.1$ ).

Finalmente, cabe mencionar que dentro del grupo de pacientes también hubo un alto porcentaje de constructos en la temática de ser independiente vs. dependiente del resto. Sin embargo, acá no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que se requeriría una muestra más grande para evaluar esta tendencia.

3.2. Constructos congruentes: ¿En qué temáticas se sienten cercanos a como quisieran ser?

Ambos grupos no presentan diferencias respecto de las temáticas en que se sienten cercanos a su ideal ( $X^2 = 2.829$ ;  $p > .05$ ). En ambos grupos las temáticas más presentes son cuida y protege vs. descuida a otros, fuerte afectivamente vs. se deja abatir ante la adversidad y decidido y responsable vs. Desorganizado e irresponsable.

3.3. Constructos discrepantes: ¿En qué temáticas se sienten lejos de como quisieran ser?

Ambos grupos no presentan diferencias significativas respecto de la distribución general de temáticas en que se sienten lejanos a como quisieran ser ( $X^2= 15.407$ ;  $p > .05$ ). Sin embargo, analizando las diferencias específicas entre temáticas, se observa que entre los pacientes con trastorno de ansiedad hay mayor porcentaje de CD en la temática de ser fuerte afectivamente vs. dejarse abatir por la adversidad ( $RC= 2.1$ ), mientras que las personas del grupo control presentan más CD en las temáticas de ser decidido y responsable vs. desorganizado e irresponsable ( $RC= 2.4$ ).

## Discusión

Este artículo ha presentado una modificación del SCCP usado para analizar el contenido de los constructos elicitados usando la Técnica de la Rejilla de Kelly. Dicha modificación o reclasificación ha sido ejemplificada comparando una muestra de pacientes con trastorno de ansiedad, con un grupo control sin diagnóstico psiquiátrico. A diferencia del SCCP original, el SCCP-TC acá presentado tiene 11 temáticas en un nivel de abstracción intermedio entre las seis áreas y 45 categorías del SCCP. Lo anterior tiene implicancias tanto a nivel psicoterapéutico como a nivel de investigación.

A nivel psicoterapéutico, la información clínica que arroja la TR y el SCCP-TC puede contribuir a la construcción de un foco terapéutico y a la exploración de las temáticas más importantes presentes en la construcción de mundo de diversas poblaciones clínicas. Lo anterior puede facilitar la adherencia del paciente al tratamiento y la efectividad del mismo. Esto, en la medida en que las metas del trabajo terapéutico se establezcan considerando la visión de mundo del paciente y las resistencias que éste podría manifestar frente al cambio producto de los conflictos cognitivos que éste le genera.

A nivel de investigación, la clasificación propuesta puede orientar a otros investigadores que deseen trabajar con análisis de contenido de la TR, específicamente explorando los temas de conflicto y la construcción de mundo de diversas poblaciones clínicas. Por ejemplo, se podría usar para contrastar las comprensiones teóricas de los conflictos de cierto tipo de pacientes, con las temáticas de conflicto elicitadas en la TR. Además, futuras investigaciones podrían utilizar una muestra más amplia de pacientes para comparar pacientes que han tenido buen o mal resultado terapéutico. Asimismo, se podría explorar qué combinaciones de constructos forman los dilemas más frecuentes según el tipo de diagnóstico.

Respecto del aporte específico de esta re-clasificación a la comprensión de los pacientes con trastorno de ansiedad, el tener en cuenta que éstos presentan más conflictos relacionados con el ser fuertes afectivamente vs. dejarse abatir por la adversidad, y con el ser independientes vs. dependientes, resulta relevante clínicamente dado que permite focalizar el trabajo en la dirección de estas temáticas, orientando al tratante respecto de los aspectos que resultan especialmente conflictivos para el paciente, a partir de las respuestas que el mismo paciente entrega frente al instrumento de evaluación. Por otra parte, los resultados obtenidos permiten tener en consideración áreas que pueden ser especialmente sensibles de abordar a la hora de trabajar con este tipo de pacientes, y que por tanto

podrían generar dificultades en el trabajo terapéutico con pacientes que presentan trastornos de ansiedad, tanto si no se abordan como si se trabajan muy prematuramente. Por un lado, una psicoterapia orientada inicialmente a la exploración puede generar ansiedad en los pacientes y bajar su motivación por el proceso, por lo que se requeriría primero fortalecer su capacidad de afrontamiento en una primera etapa de la intervención. Por otro lado, sería necesario ser cautelosos al establecer la alianza de trabajo para prevenir que el paciente la sienta como otro vínculo de dependencia y oponga resistencia al proceso para proteger su autonomía.

En relación con las limitaciones, es importante resaltar el espíritu exploratorio de este estudio y la naturaleza hipotética de las conclusiones, especialmente dado que la muestra usada fue muy reducida como para realizar análisis estadísticos más complejos. Asimismo, en este estudio se integraron en el mismo grupo pacientes con distintos tipos de trastornos de ansiedad, de ambos sexos, de distintas edades y grupos socio-económicos, siendo todos estos factores que pueden influir en los resultados obtenidos. Es por esto que esperamos que este sea sólo un paso en la búsqueda de comprender cómo construyen el mundo las personas, y futuras investigaciones sigan desarrollando el análisis de contenido de los constructos personales. Se podría hacer usando la metodología OPD de entrevista clínica.

### Referencias

- Barker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (2002). *Research methods in clinical psychology*. England: Wiley.
- Benasayag, R., Feixas G., Mearin F., Saúl, L. & Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): Un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 105-119.
- Burke, M. y Noller, P. (1995). Content analysis of changes in self-construing during a career transition. *Journal of Constructivist Psychology*, 8, 213-226.
- Díaz, F., Feixas, G., Pellungrini, I. & Saúl, L. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: La fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.
- Feixas, G., Cipriano, D. & Varlotta, N. (2007). Somatización y conflictos cognitivos: Estudio exploratorio con una muestra clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 194-203.
- Feixas, G. & Cornejo, J. (1996). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas G., Geldschläger H., Carmona, M. & Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista Psicología General Aplicada*, 55(3), 337-348.
- Feixas, G., Saúl, L. & Ávila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169.
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fransella, F. & Crisp, A. (1979). Comparison of weight concepts in a group of neurotic, normal and anorexic females. *British Journal of Psychiatry*, 134, 79-86.
- Green, B. (2004). Personal construct psychology and content analysis. *Personal Construct Theory & Practice*, 1, 82-91.
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2)*. Barcelona: Herder.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Landfield, A. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. Lincoln: University of Nebraska.
- Landis, J. & Koch, C. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Melis, F., Feixas, G., Varlotta, N., González, L., Ventosa, A., Krebs, M. & Montesano, A. (2011). Conflictos cognitivos (dilemas) en pacientes diagnosticados con Trastornos de Ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 41-48.
- Montesano, A., Feixas, G. & Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32, 371-379.
- Neimeyer, R., Anderson, A. & Stockton, L. (2001). Snakes versus ladders: A validation of laddering technique as a measure of hierarchical structure. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(2), 85-105.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: Wiley and Sons.
- Winter, D. (1992). *Personal Construct Psychology in clinical practice: Theory, research and applications*. Londres: Routledge.