

REFERENCIA DEL ARTÍCULO:

Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I., & Saúl-Gutiérrez, L. A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín De Psicología*, 72, 43-55.

**Cuando relacionarse amenaza
la identidad: la fobia social
desde un enfoque
constructivista***

Félix Díaz Carretero
Guillem Feixas Viaplana
Universitat de Barcelona

Irene Pellungrini
Università degli Studi di Padova

Luis Angel Saúl Gutiérrez
Universidad de Salamanca

* Enviar correspondencia a Guillem Feixas,
Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament
Psicològics
P. Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona
tel. 93 312 5100
gfeixas@psi.ub.es

Cuando relacionarse amenaza la identidad: la Fobia Social desde un enfoque constructivista

**Félix D. Carretero; Guillem Feixas Viaplana;
Irene Pellungrini; Luis A. Saúl Gutierrez**

Resumen

En este estudio se explora la utilidad de estudiar el papel de los conflictos cognitivos en la fobia social. Este concepto hace referencia a aquellos casos en los que la sintomatología adquiere para el paciente connotaciones positivas vinculadas a su manera de ser, de modo que dejarla atrás amenaza, en cierta medida, su identidad. Se compara en primer término la presencia y número de conflictos cognitivos (detectados a partir de la técnica de rejilla de Kelly) en una muestra de sujetos diagnosticados con fobia social y una muestra de sujetos normales. En el sistema cognitivo del fóbico social, el dilema implicativo (el tipo de conflicto cognitivo más relevante) tiende a estar presente frecuentemente y en un número muy superior al de los sujetos normales. Aunque es frecuente que el dilema haga referencia directa a la naturaleza de la problemática del paciente (esto es, constituya un "dilema implicativo relativo a la competencia social"), este tipo de conflictos no se dan en todos los sujetos. Además, la proporción de estos dilemas en los distintos sujetos fóbicos es muy variable. Se concluye, destacando la importancia de estudiar los conflictos cognitivos de los sujetos fóbicos con el fin de adecuar el tratamiento a cada caso concreto, valorando en cada uno el interés de centrar la intervención sobre estos conflictos.

Abstract

In this paper we explore the relevance of studying the role of cognitive conflicts in social phobia. This concept refers to those cases in which symptoms are associated to positive personality characteristics, so that the abandoning them may threaten the subject's sense of identity. We compare, first, the presence and number of conflicts, as detected by Kelly's repertory grid technique, in a sample of subjects with a diagnosis of social phobia in comparison to a normal sample. In subjects with this diagnosis, implicative dilemmas (the more common form of cognitive conflict) is found more often and in greater number than in normals. Although often the content of the constructs involved in the dilemma refer to themes of social fear, this content is not present in all the cases. Moreover, the proportion of these dilemmas across subjects is quite variable. We conclude highlighting the interest of studying cognitive conflicts in subjects diagnosed with social phobia in order to individualize the treatment plan by weighting in each case the relevance of focusing the intervention, or not, in the resolution of these dilemmas.

De acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la fobia social o trastorno de ansiedad social, es un miedo intenso y duradero (reconocido además como excesivo o irracional por el sujeto), a comportarse de un modo humillante o embarazoso en situaciones en las que la persona se expone a la observación y escrutinio por parte de otros.

A pesar de su tardío reconocimiento como entidad clínica independiente (American Psychiatric Association, 1980; Organización Mundial de la Salud, 1992), los estudios epidemiológicos perfilan el trastorno como una problemática de gran incidencia en la población y singular gravedad, y en consecuencia, de indudable relevancia clínica. Así, por ejemplo, en el National Comorbidity Survey norteamericano (Magee y cols., 1996) la prevalencia vital del trastorno en población general alcanza el 13,3%. Mientras que como ansiedad social o timidez está presente en un 40% de la misma (según Zimbardo y cols. 1974, citado en Rapee y Heimberg, 1997).

Como trastorno “puro” la fobia social es muy poco frecuente, situándose el porcentaje de pacientes que desarrollan otro trastorno mental a lo largo de su vida entre un 70% (Schneier y cols., 1992) y un 80% (Magee y cols., 1996). Característicamente, la presencia de fobia social suele preceder el desarrollo de otro trastorno de ansiedad (como la fobia específica o la agorafobia), la depresión mayor, el alcoholismo, y/o el trastorno de ansiedad evitativo o el obsesivo-compulsivo (Magee y cols. 1996).

A consecuencia de la escasa atención que se le ha prestado a la fobia social hasta fechas recientes, en el contexto clínico y académico es todavía incipiente tanto el desarrollo de teorías explicativas de su origen y mantenimiento, como de propuestas eficaces de tratamiento (Bados, 2001). En todo caso, diversos estudios etiológicos (Hudson y Rapee, 2000; Heimberg et al. 1995) han caracterizado al individuo con fobia social como: a) temperamentamente tímido e inhibido; b) marcado por un entorno familiar potenciador de dichas características y con altos estándares de exigencia; c) víctima de experiencias sociales traumáticas o de condiciones desfavorecedoras; y/o d) excesivamente “autoconsciente”, preocupado por la aprobación social externa, y constreñido por la presión hacia la definición de un determinado rol en el sistema.

En lo referido por su parte a las teorías sobre el mantenimiento del trastorno, dentro del enfoque cognitivo-

conductual podríamos destacar como representativo del mismo en la actualidad, el modelo cognitivo de Clark y Wells (1995). Según éste, a causa de la citada disposición temperamental, historia familiar, y/o circunstancias físicas, sociales o evolutivas conflictivas, la persona diagnosticada con fobia social desarrolla una serie de “creencias disfuncionales” acerca de su desempeño en determinadas situaciones sociales. Al tomar de nuevo contacto con tales circunstancias, dichas creencias negativas se activan en la persona, y la interpretación de las situaciones críticas resulta irracionalmente amenazante, generando entonces ansiedad, y el fortalecimiento de unas expectativas catastrofistas de percepción de peligro y deterioro en la actuación. Finalmente, en virtud de: a) un sesgo atencional sobre la propia sintomatología ansiosa durante la interacción social; b) la realización de conductas abiertas o encubiertas de evitación; c) el deterioro objetivo de la actuación consecuyente; y d) un sesgo memorístico hacia lo negativo supuestamente ocurrido en el transcurso de la misma, cada nuevo contacto con la situación ansiógena se convierte en una nueva oportunidad para perpetuar la problemática.

Así pues, tanto para las clasificaciones psiquiátricas ortodoxas y los modelos cognitivo-conductuales, la reacción de temor del sujeto fóbico al enfrentarse a cierta situación social “evidentemente inocua”, es, sin duda, “desproporcionada” o “irracional”: fruto de la deficiente historia de aprendizaje del sujeto y/o de sus distorsiones cognitivas. Este enfoque establece que hay de hecho una interacción social objetiva a la que atender, interpretar o memorizar “adecuadamente”, y que queda, por ende, en manos del equilibrado juicio y habilidosas artes del profesional, la tarea de hacerle ver el “mundo tal y como es en realidad”, y actuar en consecuencia, en una visión, en suma, abiertamente “objetivista” (Mahoney, 1991).

En contraste con este enfoque, el presente estudio se inscribe en el contexto del trabajo que llevan a cabo varios investigadores vinculados a la Teoría de los Constructos Personales (TCP) de Kelly (1955), en relación a la construcción del síntoma por parte del cliente (véase Botella y Feixas, 1998, para una revisión). Para estos autores, en numerosas ocasiones, el cliente asocia inadvertidamente su sintomatología a características definitorias –en sus sistemas de construcción- de la propia identidad. Cuando esto ocurre, la persona sienta las bases de un conflicto cognitivo de difícil solución: aunque se preste por un lado a abandonar los

síntomas secundando los intentos de eliminación directa de los mismos que le proponen enfoques terapéuticos como el cognitivo-conductual, en su lucha por no verse súbitamente invalidada en aspectos centrales de su sentido de identidad, la persona opta por realizar acciones opuestas al cambio (o “resistencias”). En lugar de una “actuación irracional” (producto de un “proceso de aprendizaje disfuncional” y una “visión distorsionada de la realidad”), dicha actitud se interpreta como una “elección sabia” en términos de coherencia personal. Puesto que, de acuerdo con el corolario de elección de la TCP (Kelly, 1955), una persona elige aquellas alternativas desde sus propios polos de constructo que son más significativas y coherentes con su sistema de constructos, esto es, aquellos que le aportan mayor poder predictivo (Feixas, Saúl, Ávila-Espada y Sánchez, 2001).

En consonancia con esta perspectiva, la sintomatología fóbica se podría explicar adecuadamente según Dunnett (1988) en referencia al concepto de *amenaza* de Kelly (1955). Este concepto, traducido a la problemática de la ansiedad social, vendría a sugerir que, en virtud de la particular significación que la persona les otorga, el contacto -actual o anticipado- con determinadas situaciones sociales, genera en el individuo, de modo más o menos inmediato e intenso, la inquietante conciencia de un cambio inminente en la red personal de constructos nucleares. De este modo, la característica *reacción ansiosa* del paciente, sería el producto de esta toma de conciencia, y la *evitación* abierta o encubierta de tales situaciones constituiría el intento de preservar de la invalidación a los constructos nucleares amenazados.

Para Dunnett (1988) pues, el miedo del sujeto fóbico es en cualquier caso una *reacción internamente consistente y sabia*, puesto que resulta de construir la situación ansiógena de determinada manera, es decir, de conferirle (probablemente de modo inadvertido, involucrando constructos pre-verbales de carácter nuclear) un significado, que, de modo más o menos precario, le permite anticipar los acontecimientos en tal circunstancia. En consecuencia, cualquier cambio al respecto, puede implicar dolorosas transformaciones en el sistema de constructos personal.

En referencia a la propuesta de Dunnett (1988), podrían probablemente explicarse interesantes hallazgos como los de Winter (1988). En este estudio el autor toma como muestra a un grupo de sujetos “resistentes” al entrenamiento en habilidades sociales basado en un modelo conductual deficitario, el cual intenta inculcar a sus clientes dichas

habilidades como si fueran conductas motoras, obviando el tipo de persona que generan. Al estudiar en tales sujetos (mediante la técnica de rejilla) los constructos relacionados con la interacción social activa, asertividad y auto-confianza, descubre que la competencia social conlleva alguna implicación negativa importante en términos de los valores que denotan sus sistemas de construcción personal. Winter (1988) concluye que el individuo parece percibir sus dificultades interpersonales como parte de su identidad; en alguna medida indeseables –pues indudablemente le acarrearán un importante malestar y deterioro funcional-, pero en alguna medida deseables, pues le permiten mantener su mundo predecible: lo que podríamos considerar como un “conflicto cognitivo” (Feixas, Saúl, Ávila-Espada y Sánchez, 2001).

Hipótesis

En concordancia con los hallazgos de Winter (1988) acerca de una posible construcción negativa de la competencia social por parte de los sujetos resistentes al entrenamiento en habilidades sociales, en el presente estudio se explora la siguiente hipótesis:

- El sujeto diagnosticado con fobia social vincula su sintomatología a constructos con connotación positiva. Al mismo tiempo, asocia la competencia social a características negativas. Todo ello viene dado por la presencia en su sistema de construcción de al menos un “conflicto cognitivo relativo a la competencia social” que refleja tal dinámica.

Método

Sujetos

En el presente estudio se han utilizado dos tipos de muestra: normal y clínica. La *muestra normal* consta de 224 sujetos, 73 hombres (32,6 %) y 117 mujeres (52,2 %) (se desconoce el sexo en los 34 casos restantes), cuya edad varía entre los 16 y los 55 años, estando la mayor parte de los sujetos (51 %) entre los 21 y los 30 años, con una media de 26 años, y una desviación típica de 8,8. La totalidad de la muestra normal pertenece a la base de datos del “Proyecto

Multicéntrico Dilema” (Feixas y Saúl, 2001), en el cual se inscribe el presente trabajo. Estos sujetos no han consultado por ningún problema sino que son voluntarios entrevistados por estudiantes de psicología especialmente entrenados para administrar la técnica de rejilla. La *muestra clínica*, por su parte, consta de 13 sujetos diagnosticados con fobia social (se desconoce la presencia en los mismos de otros trastornos comórbiles), 9 hombres (69,2 %) y 4 mujeres (30,8 %) cuya edad varía entre los 19 y los 47 años, estando la mayor parte de los sujetos (61,5 %) entre los 21 y los 30 años, con una media de 26,5 años, y una desviación típica de 7,35. La totalidad de los sujetos clínicos vive en Barcelona (capital o provincia), y proceden de la práctica privada.

Instrumento y Medidas

Técnica de Rejilla. Este es el único instrumento de medida utilizado en el presente estudio, tanto para los sujetos normales como para la muestra clínica. La técnica de rejilla (llamada así por su formato en forma de cuadrícula) surge de la TCP de Kelly (1955). Su característica más relevante es que no pretende estudiar la personalidad según los constructos teóricos del investigador (p. ej., “extraversión-introversión”, “locus de control”, etc.), sino que se sitúa en una perspectiva centrada en la persona, y más específicamente, en el estudio de las teorías implícitas de la persona, que según la TCP están formadas por sus “constructos personales”.

Existen varias modalidades y diseños posibles de aplicación de la técnica de rejilla (véase Feixas y Cornejo, 1996). En este caso se llevó a cabo una “rejilla interpersonal”. Como elementos de la misma se identifican entre 10 y 20 personas significativas (familiares, amigos) del mundo interpersonal del paciente, así como el “yo actual” y el “yo ideal” (como me gustaría ser). Los constructos, por su parte, se elicitaban por díadas, de modo que se derivan de la formulación sucesiva de preguntas de similitud y diferencia entre diversos pares de elementos (personas). Con ello el paciente proporciona los “constructos” que son relevantes para dar significado a su mundo interpersonal de acuerdo con las distinciones que es capaz de trazar entre sus familiares y amigos (elementos). Una vez obtenidos los constructos, se aplican, uno a uno, a cada elemento en función de una escala tipo Likert de 7 puntos. El resultado de la prueba es una matriz numérica susceptible de ser analizada tanto a nivel cualitativo como cuantitativo (en

este caso, mediante el programa informático Record v. 3.0, desarrollado por Feixas y Cornejo, 1996).

Conflicto cognitivo. Con esta noción se hace referencia a dos tipos de indicadores derivados del análisis de la técnica de rejilla (Feixas, Saúl, Avila-Espada y Sánchez, 2001):

a) el *Constructo Dilemático (CD)* o constructo cuya puntuación en el “yo ideal” se sitúa en un punto medio (4 en una escala tipo Likert de 7 grados), lo cual indica que la persona no tiene claro que alternativa del constructo es preferible; y

b) el *Dilema Implicativo (DI)* (véase figura 1), el cual viene dado por la existencia de una correlación positiva (como mínimo de 0.20) entre un “constructo congruente” (aquel dónde no hay diferencias -mayores de 1 punto- entre el “yo actual” y el “yo ideal”) y un “constructo discrepante” (aquel dónde sí que hay diferencias significativas -como mínimo de 4 puntos- entre “yo actual” y “yo ideal”), en el sentido de que el cambio deseado en el constructo discrepante (motivo habitual de la demanda terapéutica) implica un cambio no deseado en el congruente.

Insertar Figura 1

Juan “quiere dejar de ser” un chico “cortado” -Polo Actual- para “convertirse en” alguien más “atrevido” -Polo Deseable-, pero “esto implicaría llegar a ser” una persona que “no entiende” -Polo Indeseable-, justo lo opuesto, a su entender, a una persona que posee una de las cualidades propias con las que más se identifica: “saber escuchar” -Polo Congruente-

Conflicto cognitivo relativo a la competencia social. Basándonos en la visión de competencia social propuesta por Winter (1988), con esta noción hacemos referencia al “conflicto cognitivo” (dilema implicativo o constructo dilemático) cuya temática implica “interacción social activa, asertividad o auto-confianza“. Así, específicamente, en el caso del Dilema Implicativo, su condición de “conflicto cognitivo

relativo a la competencia social” viene dada por la existencia en el mismo de un “constructo discrepante” referido a la competencia social. Mientras que en el caso del Constructo Dilématico, su propia temática le concede o no la condición de “conflicto cognitivo relativo a la competencia social”.

Finalmente, en un intento de establecer a priori una tipología de “conflictos cognitivos” que pudiéramos considerar como “relativos a la competencia social”, tomamos como referencia la clasificación de constructos propuesta recientemente por Feixas et al. (2001). De este modo, lo que se pone a prueba en el presente estudio, de cara a contrastar nuestra hipótesis, es la existencia en el sistema cognitivo del fóbico social de 5 tipos básicos de conflictos cognitivos relativos a la competencia social:

a) Con *constructo discrepante o dilemático* en *categ. relacional 3A (introvertida-extravertida)* (1)

b) Con *constructo discrepante o dilemático* en *categ. relacional 3F (dependiente-independiente)*. Esta categoría se refiere a constructos del tipo: “miedo al que dirán”-“consecuente”; es decir, incluye constructos relacionados con la “dependencia de aprobación y apoyo externo”

c) Con *constructo discrepante o dilemático* en *categ. personal 4A (débil-fuerte)*. Esta categoría se refiere a constructos del tipo: “insegura”-“segura”; es decir, incluye constructos relacionados con la “auto-confianza”

d) Con *constructo discrepante o dilemático* en *categ. personal 4E (indecisa-decida)*. Esta categoría incluye constructos relacionados con la “asertividad”

e) Con *constructo discrepante o dilemático* en *categ. emocional 2D (desequilibrada-equilibrada)*. Esta categoría se refiere a constructos del tipo: “nerviosa/ se preocupa”-“tranquila/ no se preocupa”; es decir, incluye constructos relacionados con la ansiedad, que en referencia al autoconcepto en sujetos con Fobia Social, entendemos que apelan directamente a su problemática interpersonal.

Procedimiento

A fin de reunir la muestra clínica para el estudio se concertaron entrevistas de tipo informal con diversos terapeutas privados, en las cuales se les explicaba el propósito del estudio, y se les solicitaba colaboración. Una vez se

(1) Un ejemplo en la muestra de un *constructo discrepante* de este tipo integrado en un DI, lo presenta Nuria, según este conflicto: “se ve a sí misma” como introvertida (polo actual), “desea llegar a ser” más extrovertida (polo deseable), pero esto “implica para ella la posibilidad de convertirse en” una persona insensible (polo discrepante), y renunciar de este modo a parte de su identidad en tanto que persona sensible (polo congruente). Por su parte, un *constructo dilemático* de este tipo, lo presenta por ejemplo Jordi, que no ve claro que es lo ideal para él, ser una persona “tímida” o “lanzada”.

establecía el compromiso, se elegía de común acuerdo, una, entre de dos opciones de concierto; o bien el investigador (F.D.C) personalmente pasaba la rejilla al paciente (previo acuerdo con éste) en las primeras sesiones de terapia, a modo de “medida pre-tratamiento” (una vez obviamente el cliente había recibido el diagnóstico de fobia social), o bien lo hacía el terapeuta, caso de que conociera y realizara un uso habitual de la técnica en su práctica clínica.

Resultados

Comparación de la muestra clínica con la normal

En la Tabla 1 se presentan los porcentajes de sujetos que en la muestra clínica y en la muestra normal presentan Constructos Dilemáticos (CD) y/o Dilemas Implicativos (DI). Resultan aquí especialmente llamativas dos tendencias:

- 1) Mientras un 46% de sujetos de la muestra clínica presentan DI y CD, un 8% de los mismos están exentos de conflictos cognitivos. En la muestra normal en cambio, el porcentaje en ambos grupos es idéntico, un 20%.
- 2) Si en la muestra clínica el porcentaje de DI (el conflicto cognitivo más relevante) es del 69%, en la muestra normal es del 31%.

Insertar Tabla 1

En la Tabla 2 se presentan las puntuaciones medias del número de DI y CD (en el caso anterior se contemplaba únicamente la presencia-ausencia de los mismos), en función de dos agrupaciones de sujetos creadas a partir de lo observado en la distribución de porcentajes anterior: a) el grupo de sujetos que presenta simultáneamente CD y DI, llamados de “*conflicto pleno*”, y b) el grupo que posee DI o CD, o está exento de ambos, denominados de “*conflicto moderado-nulo*”. En comparación con la muestra normal, en la muestra clínica el número de DI es notablemente más alto en el grupo de conflicto pleno (4,4 vs 19,2), y ligeramente más alto en el moderado-nulo (0,96 vs 2,0). En contraste, un número alto de CD parece más característico de la muestra normal (1,45 vs 0,71); lo cual por otra parte, es de esperar, pues un alto número de DI (que requieren puntuaciones extremas en el “yo ideal”) restringe la presencia de CD (que exigen una puntuación media en el “yo ideal”). Así mismo, la comparación del número de “conflictos cognitivos” (DI y CD) entre el grupo de “conflicto pleno” y de “conflicto moderado-nulo” arroja medias más altas para los primeros, tanto en la muestra clínica (DI- 19,2 vs 2,0; CD- 1,5 vs 0,71) como en la normal (DI- 4,4 vs 0,96; CD- 2,31 vs 1,45).

Insertar Tabla 2

Análisis cualitativo de los constructos en la muestra clínica

Analizados la existencia y número de “conflictos cognitivos” (sin especificar el contenido de los mismos) en la muestra clínica y normal, el estudio de la distribución en la primera de conflictos cognitivos relativos a la competencia social destaca tres resultados relevantes (*véase tabla 3*):

a) De los 13 casos clínicos a estudio, 9 sujetos poseen DI, y 8 de ellos presentan al menos uno “relativo a la competencia social” (DICS). La proporción de DICS sin embargo, en relación al conjunto de DI que poseen, es muy dispar: 3 DICS/ 3 DI totales en el de mayor proporción (sujeto 2), por 1/6 en el de menor porcentaje (sujeto 5) (*véase en tabla 3 “DICS / DI totales*).

b) Del conjunto de la muestra clínica (13 sujetos), 9 sujetos presentan algún Constructo Dilemático, pero sólo 3 de ellos (sujetos 9, 10 y 11) presentan al menos uno “relativo a la competencia social” (CDCS) (*véase en tabla 3 “CDCS / CD totales*).

c) De los 4 sujetos (sujetos 1, 3, 12 y 13) que carecen de DICS y de CDCS, los tres últimos resultan característicos porque no poseen prácticamente “constructos congruentes” (1, 0 y 2, respectivamente). En tales casos se hace muy difícil o imposible la existencia de Dilemas (*véase en tabla 3 “CCongr./ CDiscr.”*). Por otro lado, poseen buen número de constructos discrepantes (9, 6 y 7), y la mayor parte de ellos son relativos a la competencia social (6, 4 y 5) (*véase tabla 3 “CDiscr.CS/ CDiscr.”*).

Insertar Tabla 3

Discusión

La *comparación de la muestra normal y clínica* en lo relativo a la *presencia y número de conflictos cognitivos*, ha dibujado un paisaje bien definido. La existencia simultánea de ambos tipos de conflictos DI y CD parece mucho más característica de la muestra clínica que de la normal. Sin embargo, es la presencia y cantidad de DI particularmente, lo que tiende a identificar al sistema cognitivo del fóbico social, respecto al del sujeto normal. Este resultado, por si solo, induce a pensar que este tipo de “conflicto cognitivo”, el DI, podría jugar algún papel en el origen y/o mantenimiento de la problemática interpersonal del paciente socialmente ansioso. Por otro lado, el CD resulta más frecuente en la muestra normal que en la clínica, y esto podría hacer referencia a que este índice, en muchas ocasiones, tanto en sujetos normales como en fóbicos sociales, no representa un conflicto de hecho, sino el producto de decantarse por el “justo medio” en un determinado juicio de similaridad o diferencia.

Los resultados del *análisis de contenido* de los *conflictos cognitivos* en la *muestra clínica* recalcan en cierto modo la línea marcada por la exploración cuantitativa. El escaso peso cuantitativo del CD en la muestra clínica, encuentra eco en la mínima presencia de conflictos dilemáticos relativos a la competencia social (CDCS) en dicha muestra. Por el contrario, casi la totalidad de sujetos con fobia social que poseen DI, presentan algún DICS. De este modo concluimos que: 1) los DI parecen estar presentes con regularidad en el sistema cognitivo del fóbico social, 2) suelen aparecer en gran número, y 3) es muy frecuente que varios de estos DI hagan referencia directa a la naturaleza de su problemática.

No se puede concluir, sin embargo, que sistemáticamente, el sujeto diagnosticado con fobia social presente en todos los casos un DICS que dé cuenta de su problemática. Así, concretamente, los tres sujetos de la muestra clínica carentes de DICS y CDCS no presentan prácticamente “constructos congruentes”. Es decir, no entienden que haya nada de bueno en ellos a lo que aferrarse, con lo que los cambios deseados que reflejan sus “constructos discrepantes”, no parecen amenazar ninguna parcela de

identidad (representada por los “constructos congruentes”) que quisieran conservar.

En la misma línea, aunque el sujeto con fobia social que posee DI, presenta casi siempre algún DICS que hace referencia a sus dificultades interpersonales, la proporción de DICS en los distintos sujetos es muy variable, lo que sugiere que el posible papel de dicho “conflicto cognitivo” en la problemática de cada paciente pudiera ser igualmente diferente.

Indudablemente, queda todavía mucho camino por recorrer de cara a clarificar la viabilidad de considerar la fobia social como la expresión de un modo de construir la realidad, según el cual comportarse de modo socialmente competente amenaza la identidad. Lo hallado en el presente estudio exploratorio sugiere que el papel explicativo de este “conflicto cognitivo” pudiera no ser relevante en todos los casos de fobia social, y que de constituir un indicador significativo de la problemática del paciente socialmente ansioso, pudiera serlo en muy diferente grado según el sujeto concreto. Sin embargo, esto quizá no deba sorprendernos en absoluto. En el estudio de Winter (1988) que tomábamos como referencia en el presente trabajo se identifica un tipo específico de sujeto socialmente ansioso que parece presentar este conflicto cognitivo; el sujeto resistente al entrenamiento en habilidades sociales. A este respecto, probablemente hemos echado en falta tanto medidas de cuestionario que dieran cuenta del índice de gravedad de la fobia social en cada paciente, como el contraste entre sujetos con fobia social sometidos a tratamiento que ofrecen o no resistencia a la intervención terapéutica.

Así mismo, en el apartado introductorio del presente estudio comentábamos brevemente el alto nivel de comorbilidad que presenta habitualmente el fóbico social. En este sentido, un objetivo a cubrir en posteriores trabajos sobre el posible papel del “conflicto cognitivo” en la ansiedad social, debería ser sin duda la comparación del sistema de construcción del fóbico social con el de pacientes que presentan otros trastornos de ansiedad (particularmente agorafobia) y los trastornos depresivos, y en general, la influencia de la comorbilidad en todo ello.

Finalmente, para el enfoque constructivista (Feixas y Villegas, 2000) que ha inspirado el presente trabajo, la detección de “conflictos cognitivos” y el trabajo terapéutico con los mismos, proporciona un valioso “foco” para la terapia, el entendimiento del cliente en su contexto de coherencia, un aumento consecuente de la calidad de la alianza terapéutica, la

minimización de la oposición al cambio, y como resultado, una alternativa de tratamiento potencialmente más eficaz (Feixas, Saúl, Ávila-Espada y Sánchez, 2001). Como consecuencia, el contraste citado entre fóbicos sociales sometidos a intervención que ofrecen o no resistencia al cambio, sería oportuno que incorporara además una especificación del tipo de tratamiento empleado. De este modo, se asumiría como objetivo explícito en futuros trabajos sobre el tema, el estudio de la posible relación entre la resolución del conflicto cognitivo y la mejora de la sintomatología en fóbicos sociales con algún “conflicto cognitivo relativo a la competencia social”; a partir, tanto, de tratamientos psicológicos (cognitivo-conductuales o de otra índole) no centrados en el conflicto, como de un enfoque terapéutico focalizado en dicho conflicto cognitivo (Feixas y Saúl, 2001).

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (3^a ed). Washington. Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4^a ed). Washington. Autor.
- Bados, A. (2001). *Fobia Social*. Madrid: Síntesis.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Clark D. M. y Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope y F. R. Schneier (Eds.), *Social Fobia: Diagnosis, assesment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford.
- Dunnett, G. (1988). Phobias: a journey beyond neurosis. En F. Fransella y L. Thomas (Eds.), *Experimenting with personal construct psychology* (pp. 342-352). Londres: Routdelge.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M., y Garzón, B. (2001). *Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales*. Manuscrito sometido a publicación.

- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2001). *Proyecto Multicéntrico Dilema*. En Internet: www.usal.es/tcp
- Feixas, G., Saúl, L. A., Ávila-Espada, A. y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10, 5-13.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. R. (Eds.) (1995). *Social Fobia: Diagnosis, assesment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Hudson, J. L. y Rapee, R. M. (2000). The origins of social fobia. *Behavior Modification*, 24, 102-129.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 vols.). Nueva York: Norton (reimpresa por Routdelge y Kegan Paul, Londres, en 1991).
- Magee, W. J., Eaton, W.W. Wittchen, H-U., McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple fobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York: Basic Books, Inc.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastorno Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. y Weisman, M. W. (1992). Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Winter, D. (1988). Constructions in social skills training. En F. Fransella y L. Thomas (Eds.), *Experimenting with*

personal construct psychology (pp. 342-352).
 Londres: Routdelge.

Figura 1. Ejemplo de dilema implicativo extraído de un sujeto de la muestra clínica.

	YO / IDEAL		
	“Sabe escuchar”	----- “No entiende”	<i>Constructo</i> (Diferencia
	Polo Congruente	Polo Discrepante	<i>Congruente</i> Yo Ideal
			< ó = 1)
Corr.	YO	IDEAL	
0.26	“Cortado”	-----“Atrevido”	<i>Constructo</i> (Diferencia
	Polo Actual	Polo Deseable	<i>Discrepante</i> Yo Ideal
			> ó = 4)

Tabla 1. Existencia de Dilemas Implicativos y Constructos Dilemáticos en población clínica (n=13) y normal (n=224)

		Existencia de Dilemas Implicativos		
		NO DI	SI DI	
Existencia de Constructos Dilemáticos	NO CD	8% Clínica 20% Normal	23% Clínica 17% Normal	31% Clínica 37% Normal
		"Conflicto Nulo" "Confl. Moder."		
	SI CD	23% Clínica 43% Normal	46% Clínica 20% Normal	69% Clínica 63% Normal
		"Confl. Moder." "Confl. Pleno"		
	Total	31% Clínica 63% Normal	69% Clínica 37% Normal	

Tabla 2. Número de Dilemas Implicativos y Constructos Dilemáticos en base al grado de conflicto, en muestra clínica (n=13) y normal (n=224).

	Núm. de DI		Núm. de CD		
	<i>Medias/Medianas (D.T)</i>		<i>Medias (D.T)</i>		<i>n</i>
Conflicto	2,00/ 0,0 (2,6)	Clínica	0,71 (1,1)	Clínica	7 Clínica
Moder.-Nulo	0,96/ 0,0 (2,7)	Normal	1,45 (2,0)	Normal	179 Normal
	(Sin DI y/o sin CD)				
Conflicto	19,17/ 15,5 (18,2)	Clínica	1,50 (0,5)	Clínica	6 Clínica
Pleno	4,40/ 3,0 (4,3)	Normal	2,31 (1,5)	Normal	45 Normal
	(Con DI y CD)				
Total	9,92/ 5,0 (14,9)	Clínica	1,08 (0,9)	Clínica	13 Clínica
	1,65/ 0,0 (3,4)	Normal	1,63 (1,9)	Normal	224 Normal

Tabla 3. Distribución en la muestra clínica (n=13) de conflictos cognitivos relativos a la competencia social.

	Sujetos												
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
CCo./CDi.	3/4	4/5	1/9	9/10	4/6	11/4	7/4	5/13	8/3	5/0	5/12	0/6	2/7
CDi.CS/CDi.	2/4	2/5	6/9	6/18	3/6	2/4	2/4	5/12	2/3	0/0	3/12	4/6	5/7
DICS/DI tot.	0/2	3/3	0/0	35/53	1/6	4/5	7/17	10/23	2/6	0/0	9/14	0/0	0/0
CDCS/CD t.	0/1	0/0	0/1	0/1	0/0	0/0	0/1	0/2	2/2	1/1	1/2	0/3	0/0

"CCo./CDi."= Relación entre Constructos Congruentes y Discrepantes en los diferentes sujetos de la muestra clínica

"CDi.CS/CDi."= Relación entre "Constructos Discrepantes relativos a la Competencia Social" y Constructos Discrepantes totales

"DICS/DI tot."= Relación entre "Dilemas Implicativos relativos a la Competencia Social" y Dilemas Implicativos totales

"CDCS/CD t."= Relación entre "Constructos Dilemáticos relativos a la Competencia Social" y Constructos Dilemáticos totales