

EL PROYECTO MULTICÉNTRICO DILEMA: UNA INVESTIGACIÓN DEL PAPEL DE LOS CONFLICTOS COGNITIVOS EN LA SALUD¹

*Traducción del artículo publicado en
The Spanish Journal of Psychology 2004, Vol. 7, No. 1, 69-78*

Guillem Feixas (Universidad de Barcelona)
Luis Ángel Saúl (UNED)

Resumen

El Proyecto Multicéntrico Dilema aúna los esfuerzos de distintos centros de investigación en el propósito de determinar el papel de los dilemas personales en una amplia gama de problemas de salud. Estos dilemas, identificados mediante una adaptación de la Técnica de Rejilla de Kelly, aparecen en un tercio de una muestra de población normal ($n = 321$) y en la mitad de la muestra clínica ($n = 286$). Comparando los sujetos que presentan dilemas, los de la muestra clínica doblan a los de la normal en proporción de dilemas. También revisamos dos estudios independientes con una muestra de pacientes diagnosticados por fobia social ($n = 13$) y otra por síndrome del intestino irritable ($n = 13$), ambas en comparación con muestras de población normal. En ambos casos se encuentran diferencias que apuntan a favor de la relevancia de los dilemas. Tomando en conjunto los datos disponibles, todo parece augurar unas buenas perspectivas con respecto al papel relevante (aunque hasta el momento no explorado) de los conflictos cognitivos a la hora de comprender algunos problemas clínicos. También sugieren el interés de incluir en su tratamiento el trabajo con dilemas, al menos para los sujetos que los presenten.

Palabras clave:

conflicto cognitivo, dilema implicativo, técnica de rejilla, teoría de los constructos personales, constructivismo, fobia social, síndrome del intestino irritable, psicoterapia.

¹ Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología a través de la beca de investigación BSO2000-0661. Estamos agradecidos al Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics de la Universitat de Barcelona por su apoyo. La correspondencia en relación a este artículo debe ser dirigida a Guillem Feixas, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona. Passeig vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona (Spain). Fax: 00 34 934 021 362. E-Mail: gfeixas@ub.edu

El Proyecto Multi-Céntrico Dilema (PMD) se inició como un proyecto de investigación en 1999 para investigar el papel de los dilemas en diversos problemas de salud físicos y mentales, y para concebir y aplicar métodos terapéuticos centrados en la resolución de estos dilemas (más información en Feixas, Saúl, Ávila-Espada, & Sánchez, 2001; Feixas, Saúl, & Sánchez, 2000; y en la web www.usual.es/tcp). Actualmente, varias Universidades y centros clínicos, principalmente de España, pero también del Reino Unido, Portugal, Italia y Sudamérica están implicados, a distintos niveles, en este proyecto.

A pesar de su relevancia en multitud de problemas relacionados con la toma de decisiones, las nociones de conflicto cognitivo y dilemas apenas se han investigado. Las teorías psicoanalíticas emplean la noción de conflicto para referirse a las dinámicas internas de la psique. Piaget (p. ej., 1975) utiliza el término "conflicto cognitivo" para referirse a las contradicciones con las que el niño se encuentra cuando intenta explicar acontecimientos. Estos conflictos causan un desequilibrio, y el niño se ve obligado a reorganizar sus procesos intelectuales para deshacerse del conflicto causante del problema; de ahí el subsiguiente cambio intelectual. Asimismo, teóricos cognitivo-sociales como Heider (1946) y Festinger (1957), con sus teorías del equilibrio y la disonancia cognitiva respectivamente, abordaron el tema de la escasa consistencia interna. Estas teorías postulaban una tendencia a eludir cogniciones contradictorias sobre la realidad social. Sin embargo, la tensión surgida por el desequilibrio, creencias disonantes o incongruentes se interpretaba como una fuerza motivacional en el comportamiento humano. Se ha demostrado que el equilibrio cognitivo o la congruencia están relacionados con una variedad de teorías sociales de toma de decisiones. Así, aunque estas disonancias o conflictos se reconozcan como experiencias desagradables, no se han relacionado con estados enfermizos o psicopatología. Al contrario, los conflictos cognitivos se han visto como un aspecto central de la motivación humana y el crecimiento (Feixas, 2002).

Uno de los principales problemas de estas teorías sobre conflictos cognitivos es encontrar un modo de definir las en términos operacionales. Esto es, ciertamente, un aspecto crucial para el desarrollo de programas de investigación acerca de la naturaleza e influencia de los conflictos cognitivos en el comportamiento humano.

En resumen, se puede argumentar que la noción de conflicto cognitivo es central en el funcionamiento humano, tal como reconocen

varias teorías psicológicas, aunque su naturaleza interna lo hace difícil de identificar y medir. Presumiblemente, la noción de conflicto cognitivo se debería formular en el contexto de una teoría psicológica más amplia capaz de aportar términos más específicos e instrumentos para medirla.

Nuestro programa de investigación, el PMD, está basado en la Psicología de los Constructos Personales (PCP) de Kelly (1955, 2001), una teoría constructivista que entiende que el significado que se atribuye a los acontecimientos es la base del funcionamiento humano (Botella & Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 2000). El interés de una orientación constructivista en la psicología clínica y de la salud reside en su énfasis en el significado subjetivo que una persona se da a sí misma, a los otros y a los acontecimientos que encuentra (esto incluye tanto sus problemas como las intervenciones proporcionadas por los profesionales). De esta idea se desprende que, puesto que la gente no reacciona a los estímulos, sino que los interpreta de alguna forma, encontrar métodos que conduzcan a un sistemático y cuidadoso estudio de las interpretaciones del sujeto parece claramente relevante tanto para la investigación como para la práctica clínica (Feixas, 2003). Efectivamente, las intervenciones ideadas para una situación particular serán también elaboradas por el propio sujeto, dependiendo de cómo asimilen las intervenciones dentro de sus sistemas de construcción (p. ej., actuando de acuerdo con ellas o resistiéndose, ver Feixas, Sánchez, Laso, y Gómez-Jarabo, 2002).

Al igual que otras teorías constructivistas, en la PCP el individuo es visto como interpretando continuamente los acontecimientos de acuerdo con su sistema cognitivo, y revisándolos como haría un científico con sus hipótesis. Este sistema está formado por un conjunto de constructos personales bipolares con múltiples interrelaciones. Los conflictos cognitivos, en este contexto, se identifican como configuraciones particulares de constructos que conducen a acciones o disposiciones contradictorias.

Hemos ideado un método para identificar estos conflictos utilizando la Técnica de Rejilla. Tal como se resume en los apéndices 1 y 2, la Técnica de Rejilla es uno de los instrumentos más utilizados para la investigación del sistema de construcción personal de un individuo (también se podría utilizar con familias y grupos). Nuestro interés es explorar el papel de estos conflictos en diferentes condiciones clínicas o relacionadas con la salud. Hemos realizado algunos estudios preliminares en las áreas de la fobia social (Díaz, Feixas,

Pellungrini, & Saúl, 2001), el síndrome del intestino irritable (Benasayag, Feixas, & Mearín, 2002; Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl, & Laso, 2004), y la menopausia (Lucero, Feixas, & Saúl, 2003). También estamos recogiendo datos en las áreas de depresión y agorafobia.

Constructos Personales, Conflictos Cognitivos y Síntomas

Como es característico de los enfoques constructivistas (Feixas & Villegas, 2000), la PCP ve la actividad humana como un proceso creador de significados (véase Botella y Feixas, 1998; Nelly, 1955; 2001). El comportamiento de los seres humanos depende de la forma que tienen de construir los acontecimientos, de los significados que se asignan a los eventos. Para Kelly, los humanos son como científicos que construyen teorías sobre sí mismos y el mundo. De la misma forma que las teorías formales están hechas de constructos teóricos, cada persona crea su sistema de constructos personales para interpretar y anticipar eventos.

Los constructos personales son distinciones extraídas de la experiencia que se incorporan dentro del sistema de construcción para anticipar futuros acontecimientos. Cada constructo supone una diferencia, y se puede representar como una dimensión bipolar de significado, por ejemplo: “bonito-feo”. Muchas distinciones, sin embargo, son pre-verbales y permanecen sin etiqueta en el sistema de construcción personal. Los constructos no son unidades aisladas, sino que están conectados con otros mediante líneas de implicación, formando así complejos sistemas de significados. Por ejemplo, para un sujeto el constructo “extravertido-introvertido”¹ puede estar conectado con el constructo “competente-incompetente” de forma que, para él, ser “extravertido” implica ser también “competente”. Sin embargo, para otro sujeto, ser extravertido puede no implicar competencia, sino principalmente “ser el protagonista” en contra de “pasar desapercibido”.

El sistema de construcción personal se organiza como una red jerárquica de constructos. Algunos de estos constructos son muy concretos y funcionan como una especie de

definiciones operacionales de constructos de orden más elevado. Por ejemplo, el constructo “ser capaz de hablar ante una audiencia-incapaz de hablar en público” podría ser, para un sujeto concreto, una definición operacional del constructo supraordenado “seguro-inseguro”. Algunos de estos constructos de mayor valor jerárquico forman el núcleo del sistema, es decir, su sentido personal de identidad. Al cambiar estos constructos se produciría una resistencia porque implicaría alteraciones en el sistema completo y una amenaza a la identidad personal del sujeto.

Puesto que los sistemas de construcción personal son idiosincrásicos, tanto en su contenido como en su estructura (líneas de implicación entre constructos), la PCP ha ideado métodos para estudiarlos para cada individuo. Comprender el sistema de construcción de un individuo es necesario para predecir qué cambios se pueden realizar y cuáles pueden ofrecer resistencia: los que impliquen alguna alteración en el sentido de identidad necesitarán, inevitablemente, más tiempo. Asimismo, otros constructos deben ser incorporados dentro del sistema para facilitar el proceso y enriquecer el sistema.

Los síntomas (ansiedad, depresión, miedo, comportamientos evitativos, etc.) son una parte dolorosa, pero esencial de la actividad humana. Desafían nuestra comprensión del comportamiento humano. Sin embargo, desde la perspectiva de la PCP, los síntomas no son una excepción a las leyes del comportamiento, ni un error de la naturaleza, sino que forman parte del proceso de interpretación de la experiencia. Cuando los constructos son invalidados durante el flujo de la experiencia, pueden aparecer emociones y el sujeto puede revisar su sistema de construcción personal.

La PCP ha elaborado varias hipótesis para la comprensión de los síntomas con relación al proceso de construcción. Por ejemplo, Fransella (1970), en su estudio con individuos con tartamudez, sugería que los síntomas podrían acabar siendo una forma de vida para el cliente convirtiéndose en una estructura central en su sistema de construcción o identidad. En esta situación, abandonar los síntomas implicaría abandonar una estructura nuclear de significado. Esto podría dejar un vacío esencial a la hora de dar sentido al sí mismo y al mundo. La falta de predictibilidad dentro del sistema de construcción sería experimentada como ansiedad por la persona. De acuerdo con Kelly (1955), “incluso una parte evidentemente inadecuada de un sistema de construcción puede ser preferible al vacío de la ansiedad, causada por su completa eliminación” (p. 831).

¹ Téngase en cuenta que aquí “extravertido-introvertido” es un constructo personal, no un constructo teórico. Mientras que el segundo se define dentro del contexto de una teoría de personalidad ya dada (p.ej: Eysenck), cuando lo consideremos como constructo personal deberá ser interpretado de acuerdo al significado que el propio sujeto da al término en cada caso. Ese significado personal puede ser mejor comprendido explorando las líneas de implicación que el constructo “extravertido-introvertido” tiene con los otros constructos de su sistema de construcción personal

Otra hipótesis derivada de la PCP con respecto a la comprensión de los síntomas como relacionados con el significado, se centra en la idea de conflicto. Podemos diferenciar dos tipos de conflictos cognitivos: los dilemas implicativos y los constructos dilemáticos.

Dilemas Implicativos

Para algunos clientes, la pérdida del síntoma, aún siendo deseable, puede acarrear implicaciones negativas. Es decir, construir el self en un polo sintomático de un constructo es una forma de mantener su actual posición en polos positivos de otros constructos más nucleares. Esto es así porque el constructo sintomático por el que se desea cambiar está unido, en la red que constituye su sistema de construcción, a otros constructos para los cuales el cambio no sólo no es deseable, sino que implicaría una amenaza considerable. Por ejemplo, Winter (1988, 1989) estudió a clientes con problemas de ansiedad social para los cuales la competencia social conllevaba implicaciones negativas, y cuanto más pronunciadas eran estas implicaciones, peores resultados obtenían en grupos de entrenamiento de habilidades sociales. Sugiere que la mejoría o reducción sintomática puede hacer surgir la culpa (Winter, 1989), una emoción que Kelly (1955) describe como la experiencia de hallarse fuera del propio rol (lo que configura nuestro estilo de relación con los demás).

Hemos descrito (Feixas, Saúl, Ávila-Espada, & Sánchez, 2001; Feixas, Saúl, & Sánchez, 2000; Feixas & Saúl, 2002) una forma de identificar los dilemas implicativos mediante la Técnica de Rejilla (TR), informatizada en el programa RECORD (ver nota 5 en Apéndice 2) versión 4.0 (Feixas & Cornejo, 2002). En este sentido, se distinguen dos tipos de constructos; los discrepantes y los congruentes. Los primeros se refieren a aquellos constructos en los cuales el sujeto sitúa el “yo actual” en el otro polo del constructo donde sitúa al “yo ideal”. Por ejemplo, en una escala Likert de 7 puntos, la diferencia debería ser mayor de tres puntos para cumplir los requisitos para un **constructo discrepante**. Una diferencia de menos de 2 se consideraría como un **constructo congruente**, esto es, el sujeto considera el “yo actual” y al “yo ideal” como elementos similares.

Los constructos discrepantes (p. ej. tímido vs. sociable) indican áreas de insatisfacción para el individuo, áreas en las cuales al sujeto le gustaría experimentar un cambio sustancial. A menudo, representan aspectos sintomáticos de la persona. A la inversa, los constructos congruentes (p. ej., “modesto vs. arrogante”) revelan áreas de satisfacción para el sujeto. Se refieren a

cualidades personales (por ej., “modestia”) que no se pretenden cambiar, de hecho, el sujeto puede estar, incluso, orgulloso de ellas. El dilema aparece cuando el cambio deseado en un constructo discrepante (por ej., convertirse en “sociable”) implica un cambio no deseado en un constructo congruente (por ej., convertirse en “arrogante”). Esta asociación se aprecia por una correlación entre las puntuaciones de estos dos constructos, estableciendo un nivel mínimo de 0.20, para la práctica clínica, o un nivel de 0.35 en nuestros estudios de investigación. En la PCP, el término **dilema implicativo** se utiliza para referirse a este tipo de conflicto, ya que el dilema se provoca por las líneas de implicación entre constructos, es decir, por la forma en que los constructos se conectan en el sistema de construcción (ver Figura 2 para una representación gráfica). En el ejemplo anterior, “sociable” implica “arrogante” y “tímido” implica “modesto”.

Para este concepto con un caso ilustrativo, analizamos la rejilla de Teresa (ver Apéndice 1 y Figura 1) e identificamos dos dilemas implicativos relacionados con sus síntomas depresivos (ver Figura 3).

La paciente asocia el polo del constructo “no se deprime fácilmente” con dos polos de constructos que ella considera opuestos a como se define a sí misma y a su ideal:

- Ser “egoísta” (vs. “preocupada por los demás”)
- Ser la clase de persona que “aparenta ser más fuerte” de lo que es (vs. ser “natural”).

El objetivo de la terapia (como se describe en Feixas & Saúl, en prensa) es disolver estas particulares asociaciones entre constructos, ya que están impidiendo que el cliente adopte definiciones alternativas de sí misma, como, por ej., ser una persona que no se deprime fácilmente. Como consecuencia de la resolución del dilema implicativo, Teresa se vería aliviada de sus síntomas depresivos.

De acuerdo con nuestras hipótesis terapéuticas, deberíamos ayudar a la paciente a elaborar, mediante itinerarios alternativos, las implicaciones de sus constructos y a facilitar una perspectiva más amplia en la que verse a sí misma. Flexibilizar las implicaciones de sus constructos, ayudaría a Teresa a verse a sí misma como una persona natural, preocupada por los demás, (opuesto a persona “egoísta” y que pretende “ser más fuerte de lo que es”) mientras que, al mismo tiempo, “no se deprime fácilmente”.

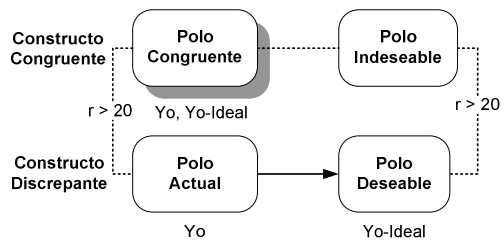


Figura 2. Estructura básica de un dilema implicativo identificado mediante la Técnica de Rejilla.

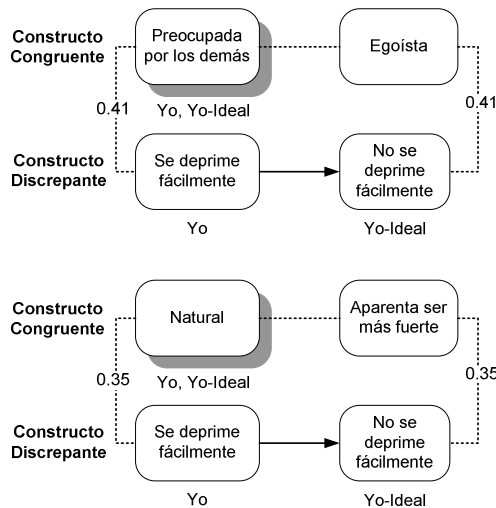


Figura 3. Dilemas implicativos identificados en la rejilla inicial de Teresa.

El periodo de tiempo entre la primera y la última rejilla fue sólo de 4 meses. La terapia debía acabar justo antes de las vacaciones académicas, así que no dispusimos de mucho tiempo para trabajar. Sin embargo, la paciente comenzó a mostrar signos de elaboración (expansión) en alguno de sus constructos. Empezó a comprender que “preocuparse por los demás” también implica preocuparse por uno mismo. Así, el constructo se volvió tan permeable como para incluir el yo entre el rango de sus elementos. Probablemente, como consecuencia de esta reconstrucción, se aumentó su buen funcionamiento psicológico, y consecuentemente se redujo su depresión, como se observó en la evaluación al final de la terapia.

Las mejoras en el nivel sintomático fueron acompañadas por cambios en la construcción de Teresa. Las correlaciones entre los constructos de los dos dilemas implicativos anteriormente descritos, decrecieron a 0.22 y 0.16 respectivamente, indicando un cambio en la dirección de la resolución o desaparición del dilema.

Constructos Dilemáticos

Un constructo dilemático es aquel que no ofrece un curso claro de acción. Los constructos son estructuras bipolares de significado, y, de

acuerdo con el corolario de elección de Kelly (1995, 2001), la persona elige para sí misma el polo del constructo que permite una mayor elaboración del sistema, es decir, el que incrementa su poder predictivo (o, al menos, disminuye la incapacidad para predecir los acontecimientos). Para algunos constructos, ambos polos se consideran indeseables, o puede que el sujeto se sienta ambivalente, de forma que cada polo tenga ventajas y desventajas. Por ello, la persona puede no ser capaz de elegir entre las alternativas representadas por cada polo del constructo.

En el contexto de la Técnica de Rejilla, identificamos un constructo dilemático a través de una puntuación media en la escala del elemento yo-ideal. Es decir, la persona no desea estar en ninguno de los polos del constructo. Por ejemplo, en el constructo “hablador vs. reservado” la persona puntúa un 4 para su yo-ideal. Esta puntuación significa que la persona no desea ser habladora ni reservada. Ambas opciones pueden implicar ventajas y desventajas. Ser hablador puede ser útil a la hora de facilitar la naturalidad en las relaciones sociales, pero también puede acarrear ser superficial o aburrido. La persona puede no percibir ninguna de las alternativas como deseable y, por ello, puede permanecer en la puntuación media de la escala.

Si aparecen muchos constructos dilemáticos en la rejilla de un sujeto, podemos hipotetizar que no ha desarrollado construcciones significativas que sean viables o útiles para él. Esta condición puede manifestarse en sentimientos de inseguridad, duda o falta de acción. La persona puede no saber en qué dirección ir, o, más bien, no tener claro hacia dónde no quiere ir, y, consecuentemente, adoptar una potencial incertidumbre o una actitud reacia hacia acciones que impliquen estos constructos.

Algunos Datos Preliminares

A continuación exponemos una revisión de algunos de los estudios que hemos realizado recientemente. Varios centros investigadores participantes en el PMD han contribuido a elaborar una base de datos que ha sido empleada en diferentes estudios. Puesto que todavía son proyectos en curso, los estudios necesitan ser depurados, (estamos trabajando en ello).

Datos descriptivos comparando los grupos clínico y no-clínico

Nuestro primer informe (Feixas & Saúl, 2003) del estatus general de la base de datos del PMD muestra que se pueden identificar dilemas implicativos en un tercio de las rejillas (34%) de

un grupo no clínico de 321 sujetos evaluados por estudiantes de psicología después de ser entrenados en administración y análisis de la TR. En un grupo clínico compuesto por 286 clientes de psicoterapia con una amplia variedad de problemas clínicos (excluyendo psicosis o problemas que impliquen un severo daño cerebral o minusvalía), aparecían dilemas en más de la mitad (52,4%) del grupo. Esta diferencia resultó ser significativa utilizando una prueba chi-cuadrado.

Para investigar más a fondo el número de dilemas que aparecen en cada grupo (entre aquellos sujetos que mostraban al menos uno), utilizamos el índice de Porcentaje de Dilemas Implicativos². El grupo clínico (4,37%) tenía el doble de dilemas que el grupo no-clínico (2,11%), siendo esta diferencia significativa.

A pesar de las diferencias encontradas con respecto a los dilemas implicativos, no encontramos diferencias a destacar con respecto a los constructos dilemáticos.

En resumen, estos resultados exploratorios nos indican que:

a) La presencia de dilemas, al menos en el modo en que los detectamos en las rejillas, es una situación común y natural en los humanos, al menos en un cierto grado.

b) Los sujetos que consultan por problemas clínicos tienen más probabilidad de presentar dilemas que los han sido evaluados sin noticias de presentar un problema.

c) Las rejillas de los sujetos con síntomas psicológicos presentan un mayor número de dilemas.

Los puntos (b) y (c) sugieren que los dilemas se relacionan con malestar psicológico, pero el punto (a) nos previene de considerar los dilemas como un signo inequívoco de patología. Así pues, nuestra investigación parece sugerir que los dilemas forman parte de la vida pero, cuando no se trabajan, o cuando son excesivos en número (y quizá en intensidad), se pueden asociar a patología. Esto puede ser visto como un argumento a favor de la idea de que no hay

una línea de separación que distinga entre los sujetos “normales” y los “patológicos”. Quizá nosotros, como humanos, desarrollamos síntomas cuando, entre otras muchas razones, los dilemas a los que nos enfrentamos son excesivos, o cuando sentimos que estamos “desbordados” (Kegan, 1994).

Algunos datos en fobia social

Como se mencionaba anteriormente, el área de ansiedad social fue una de las primeras áreas donde se investigó la presencia de dilemas. Sin embargo, nunca antes se habían empleado unos criterios sistemáticos y bien definidos para identificar los dilemas. Realizamos un estudio (Díaz et al, 2001) con un pequeño número de participantes (n = 13, 9 varones, 4 mujeres) los cuales habían sido diagnosticados con fobia social, y fueron comparados con un grupo no clínico de 224 sujetos.

Los resultados de la comparación se pueden observar en la Tabla 1. Se establecieron 3 niveles de conflicto. Las rejillas para los sujetos en el nivel “no conflicto” (8% del grupo clínico y 20% del grupo no clínico) no mostraban dilemas implicativos ni constructos dilemáticos. Las rejillas del nivel “conflicto moderado” muestran o bien dilemas implicativos (23% grupo clínico, 17% grupo no clínico), o bien constructos dilemáticos (23% grupo clínico, 43% grupo no clínico). Aquellas que poseen ambos tipos de conflictos (46% grupo clínico, 20% del grupo no clínico) se consideraron como de “conflicto elevado”. Centrándonos en el grupo clínico, sólo el 8% (un sujeto) se sitúa en el nivel de “no conflicto” mientras que un 46% entran dentro de la categoría de “conflicto elevado”. En general, los dilemas implicativos ayudan a discriminar mejor entre el grupo clínico (69%) y el no clínico (37%) que los constructos dilemáticos. Cuando nos fijamos en el número de dilemas implicativos, la media para los que presentan este tipo de conflicto fue mucho más alta para el grupo clínico (9,92; dt = 14.9) que para el grupo no clínico (1,65; dt = 3.4). Aunque no se calculó la significación estadística para estos datos debido a su escaso tamaño, algunas tendencias parecen claramente prometedoras, estimulando así investigaciones futuras con mayor número de sujetos.

Este estudio descriptivo sugiere que los conflictos cognitivos, aunque no se puedan establecer como factores causales, pueden jugar un papel importante en los problemas de ansiedad social, al menos para algunos sujetos. Asimismo, para quienes se puedan identificar conflictos en sus rejillas, su grado de relevancia puede ser diferente. Consecuentemente, parece

² Aunque el número de dilemas en una rejilla dada parecería un índice obvio, hemos encontrado, en un estudio piloto, que la cantidad de dilemas puede incrementarse con el tamaño de la rejilla. Así, como el tamaño de la rejilla no está estandarizado, las rejillas no pueden ser fiablemente comparadas.

$$d = \frac{d}{n \cdot 2 \cdot (n - 2)} \cdot 100$$

d = número de dilemas
n = número de constructos en la rejilla

Se ha ideado un método para compensar este problema por el cual se tiene en cuenta el número de constructos en la rejilla. El número de posibles pares de constructos fue calculado y utilizado como denominador en la fórmula. El resultado de esta ecuación está multiplicado por 100 con el objetivo de establecer el porcentaje.

razonable recomendar la evaluación de conflictos cognitivos mediante la TR con el objetivo de identificar a aquellos sujetos para quienes éstos juegan un papel en su problema. Para éstos la terapia debería orientarse a tratar sus dilemas personales con el fin de resolverlos o disolverlos. Los procedimientos terapéuticos acordados con este objetivo ya han sido desarrollados (Feixas, Saúl, Ávila, & Sánchez, 2001; Feixas & Saúl, en prensa), aunque precisan de mayor elaboración.

Algunos Datos con el Síndrome del Intestino Irritable (SII)

No existen estudios previos acerca del contenido o estructura de los constructos personales en personas con este diagnóstico. El SII es un trastorno funcional digestivo con múltiples manifestaciones (p. ej., dolor abdominal y malestar) para el cual no se encuentra una causa orgánica definida. Hasta la fecha, la investigación muestra que estos sujetos tienden a un mayor malestar psicológico que otros pacientes médicos: presentan un alto grado de comorbilidad con diagnósticos psiquiátricos, elevados niveles de eventos estresantes, y una mayor frecuencia de haber experimentado alguna clase de abuso (véase Amigó, Fernández, & Pérez, 1998; Benasayag, Feixas, & Mearin, 2002; Fernández, 2003).

Nuestro estudio (Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl, & Laso, 2004) comparó un grupo no clínico (63 sujetos, sin diagnóstico psiquiátrico o digestivo conocido) con un pequeño grupo de sujetos diagnosticados con SII ($n = 13$; 12 mujeres, 1 varón). Doce de los trece sujetos del grupo de SII cumplían con los requisitos para un diagnóstico psiquiátrico según criterios de DSM-IV (Eje I); 7 para un diagnóstico dentro del grupo de ansiedad, y 5 dentro del grupo de trastornos de somatización.

Los resultados, resumidos en la Tabla 2, sugieren que los sujetos con SII presentan muchos más dilemas implicativos y constructos dilemáticos que los sujetos del grupo no clínico. Entre los sujetos de SII, aquellos con diagnóstico de somatización fueron los que obtuvieron un mayor número de conflictos. Aunque no se pudo llevar a cabo un razonable análisis estadístico a causa del pequeño número de casos, la magnitud de las diferencias anima claramente a realizar más investigaciones con mayor número de casos, algo en lo que estamos actualmente trabajando.

Con respecto a los otros índices de la rejilla, podemos apreciar las impresionantes diferencias mostradas en la Tabla 2 (insistimos en que necesitan ser replicadas con una mayor muestra y comprobada su significación estadística). La media del grupo no clínico en el índice de autoestima es casi idéntica a la de los sujetos con SII diagnosticados al mismo tiempo con trastornos de somatización, pero es mucho más elevada que la de aquellos diagnosticados con trastornos de ansiedad. Los sujetos diagnosticados por SII y somatización muestran niveles más bajos de diferenciación (mayores puntuaciones en el PVEPF [Porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor], véase Apéndice 2) y mayores niveles de polarización (puntuaciones extremas) que los sujetos no clínicos y, de forma más pronunciada, que aquellos diagnosticados también por trastorno de ansiedad.

Estos resultados sugieren que los sujetos con SII presentan más conflictos en su sistema de construcción que los del grupo no clínico. Incluso comparándolos con el grupo clínico mencionado en el apartado anterior, parecen ser particularmente propensos a estos conflictos (especialmente aquellos diagnosticados además por somatización).

Tabla 1. *Presencia de Dilemas Implicativos y Constructos Dilemáticos en la muestra de fobia social ($n = 13$) y normal ($n = 224$) del estudio de Díaz, Feixas, Pellungrini, & Saúl (2001).*

Presencia de Constructos Dilemáticos	Presencia de Dilemas Implicativos		
	No DI	Sí DI	Total
No CD	CONFLICTO NULO 8% Clínica 20% No Clínica	CONFLICTO MODERADO 23% Clínica 17% No Clínica	31% Clínica 37% No Clínica
Sí CD	CONFLICTO MODERADO 23% Clínica 43% No Clínica	CONFLICTO PLENO 46% Clínica 20% No Clínica	69% Clínica 63% No Clínica
Total	31 % Clínica 63% No Clínica	69% Clínica 37% No Clínica	

Tabla 2. Resultados del estudio de Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl, y Laso (2004) comparando una muestra de población general con una diagnosticada por Síndrome del Intestino Irritable (SII), subdividida en función de su diagnóstico concurrente por somatización o ansiedad.

	No Clínica N = 63	SII N = 13	Somatización N = 7	Ansiedad N = 5
Número de dilemas	3,22 (5,21)	12,62 (14,74)	17,57 (16,50)	8,20 (11,67)
Constructos dilemáticos	1,95 (2,38)	3,77 (3,60)	5,71 (3,86)	1,60 (1,52)
Autoestima (correlación yo actual-yo ideal)	0,4198 (0,33)	0,3060 (0,38)	0,40 (,24)	0,11 (,52)
Diferenciación (PVEPF)	42,30 (11,06)	44,60 (14,05)	48,78 (16,69)	39,28 (10,31)
Polarización	23,47 (13,88)	28,83 (20,04)	35,87 (18,38)	19,86 (22,49)

El Proceso de Terapia y su Influencia en la Resolución de Dilemas: Algunos Datos Descriptivos

El informe preliminar de Feixas y Saúl (2003) menciona otro estudio con 87 pacientes clínicos, incluyendo un re-análisis de 46 clientes neuróticos que formaron parte de la muestra empleada por Watson (1998). Examinamos la presencia o ausencia de dilemas implicativos antes y después de la terapia. A partir de los datos, se puede observar que los sujetos que no presentan dilemas implicativos al comienzo de la terapia es improbable que los muestren al acabarla (esto ocurre así en más de dos tercios de los casos, 69.4%); y sólo el 7,9% de los pacientes que no mostraban dilemas implicativos al comienzo de la terapia los mostró al final. Finalmente, menos de un tercio (30.6%) que presentaban dilemas implicativos al comienzo de la terapia, los presentaron también al finalizarla. Estos datos sugieren que la terapia psicológica, incluso cuando no va dirigida específicamente a trabajar con dilemas previamente identificados, produce una reducción estadísticamente significativa en cuanto al número de dilemas implicativos en los pacientes ($p < 0,001$, utilizando una prueba chi-cuadrado, como se informa en Feixas & Saúl, 2003).

En total, encontramos que el porcentaje de pacientes que presentan dilemas implicativos después del proceso terapéutico es de un 20.7%. En comparación con el 34% encontrado en el grupo no clínico mencionado más arriba, aparece un perfil de dilemas más bajo para los clientes que completaron un proceso psicoterapéutico.

Estos datos sugieren que la psicoterapia disminuye el número de dilemas implicativos a un nivel más bajo que el de la población general. Así pues, la psicoterapia no devuelve simplemente los sujetos a un nivel normal de conflictos dentro de su sistema de construcción, sino que sirve para aumentar o facilitar sus construcciones hacia un nivel más resolutivo y

les ayuda a estar más liberados de los dilemas que la media de la población.

Obviamente, se necesita más investigación para explorar las diferencias entre distintos enfoques y formatos terapéuticos y su efecto en la disolución de los dilemas que experimenta el sujeto. Más importante, la investigación se necesitaría para apreciar si un protocolo de terapia breve centrado en la resolución de dilemas previamente identificados produce buenos resultados, tanto en términos de reducción sintomática como en la resolución de conflictos cognitivos.

Conclusiones

Conceptualizar los problemas humanos en términos de conflictos cognitivos o dilemas personales es una forma de comprenderlos desde una perspectiva constructivista. De esta manera, viviendo desde el polo sintomático, el sujeto está validando otro conjunto de constructos sobre su identidad asociados a este polo. Un cambio al polo contrario, el polo deseado, implicaría abandonar parte de su identidad, lo que conllevaría un cambio central en el sistema de construcción del cliente.

Los dilemas implicativos se pueden identificar empleando la TR, y cada rejilla los mide en términos de su presencia (o ausencia), así como en función de la proporción de dilemas encontrados. Los resultados obtenidos hasta ahora dentro del Proyecto Multi-Céntrico Dilema indican que un tercio de un grupo no clínico presenta dilemas implicativos, lo cual sugiere que los dilemas (al menos los detectados mediante la TR) son parte del estrés de la vida habitual o "normal". Sin embargo, son más comunes (y más numerosos) en sujetos que piden ayuda en servicios psicoterapéuticos. Esto fue especialmente evidente para dos condiciones clínicas investigadas: la fobia social y el SII. Los datos con clientes en terapia muestran que la terapia psicológica, incluso cuando no va dirigida específicamente hacia la resolución de dilemas implicativos, produce una

reducción estadísticamente significativa en el número de estos conflictos cognitivos.

Estos resultados sugieren que se debería prestar más atención hacia los dilemas implicativos, tanto como característica personal como en el proceso de terapia. La presencia de conflictos cognitivos parece ser común a través de muchas condiciones clínicas y categorías diagnósticas. Que nosotros sepamos, no se puede considerar la causa ni la consecuencia de ninguna de ellas. Pero cuando los conflictos se detectan, nuestros estudios sugieren que sería conveniente tratarlos en el proceso de la terapia. Por ello, parece ser una recomendación razonable para la investigación y la práctica clínica que se exploren de forma sistemática los conflictos cognitivos.

Referencias

- Amigó I., Fernández C. y Pérez M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Benasayag, R., Feixas, G., y Mearín, F. (2002). Aspectos psicológicos en el Síndrome del Intestino Irritable. *Gastroenterología Práctica*, 11, 14-17.
- Benasayag, R.; Feixas, G.; Mearin, F.; Saúl, L. A. y Laso, E. (2004) Conflictos Cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): Un estudio Exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 105-119.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Díaz, F., Feixas, G., Pellungrini, I., y Saúl, L. A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la identidad: la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.
- Eiser, J. R. (1980). *Cognitive social psychology*. Londres: McGraw-Hill.
- Feixas, G. (2002). *El conflicto cognitivo*. Manuscrito no publicado. Universitat de Barcelona.
- Feixas, G. (2003). Subjective methods. En R. Fernandez-Ballesteros (ed.), *The Encyclopedia of Psychological Assessment* (Vol. II, pp. 937-943). London: Sage.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD ver. 2.0*. (Segunda edición revisada). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (2002). *The GRIDCOR version 4.0 programme for the analysis of repertory grid data*. Computer program, available from Internet: www.terapiacognitiva.net/record.
- Feixas, G., Sánchez, V., Laso, E., y Gómez-Jarabo, G. (2002). La resistencia al cambio en psicoterapia: El papel de la reactancia, la construcción del sí mismo y el tipo de demanda. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(118), 235-286.
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2002). Detection and analysis of cognitive conflicts: Implications for case formulation and therapy process. En T. Scrimali y L. Grimaldi (eds.), *Cognitive psychotherapy toward a new millennium* (págs. 173-176). Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Feixas, G. & Saúl, L. A. (2003). Dilemma project internal report (Database, April, 2003). Documento no publicado.
- Feixas, G., & Saúl, L. A. (en prensa). Resolution of dilemmas by personal construct psychotherapy. En D. Winter y L. Viney (eds.), *Advances in Personal Construct Psychotherapy*. London: Whurr.
- Feixas, G., Saúl, L. A., Avila-Espada, A. y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, X(1), 5-13.
- Feixas, G., Saúl, L. A., y Sánchez, V. (2000). Detection and analysis of implicative dilemmas: Implications for the therapy process. En Joern W. Scheer (ed.), *The Person in Society - Challenges to a Constructivist Theory* (págs. 391-399). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3ª ed. revisada)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, C. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el síndrome del intestino irritable. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez, y I. Amigó-Vázquez (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fransella, F., Bell, R., & Bannister, D. (2004). *A Manual for Repertory Grid Technique (2ª ed.)*. Chichester, England: Wiley.
- Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *Journal of Psychology*, 21, 107-112.
- Lopez-Moliner, J., Navarro-Montes, J., Tudela-Mari, M., Feixas, G., & Neimeyer, R. A. (1989, Agosto). *A comparison of methods*

- of analysis of grid data.* Trabajo presentado en el Eighth International Congress on Personal Construct Psychology, Asís, Italia.
- Kegan, R. (1994). *In over our heads: The mental demands of modern life.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs (2 vols.)*. Nueva York: Norton (reimpreso por Routledge, Londres, 1991).
- Kelly, G.A. (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.
- Lucero, C., Feixas, G, y Saúl, L. A. (2003). Constructos personales y perfil sintomático en la etapa de climaterio: Un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 34, 371-383.
- Piaget, J. (1975). *The development of thought.* Londres: Routledge.
- Rivas, F., y Marco, R. (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de rejilla.* Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Winter, D. A. (1988). Constructions in social skills training. En F. Fransella, y L. Thomas (Eds.), *Experimenting with Personal Construct Psychology* (pp. 342-356). Londres Routledge & Kagan Paul.
- Winter, D. A. (1989). Resistance to therapy: Stubborn opposition or constructive choice? Trabajo presentado en el 3rd European Conference on Psychotherapy Research, Bern.

Apéndice 1

Una descripción resumida de la Técnica de Rejilla (TR) para la exploración del sistema de construcción interpersonal.

Antecedentes

Kelly (1955) creó el “Role Construct Repertory Test” o “Reptest”, y también su formato de rejilla dentro del contexto de su Teoría de los Constructos Personales. Desde entonces, se ha desarrollado como una metodología compleja y flexible conocida como la Técnica de Rejilla (TR)² con una gran variedad de formatos y aplicaciones. La TR está concebida para medir las dimensiones y estructura del significado personal, normalmente en los propios términos del sujeto. De esta manera, apunta hacia la comprensión de la forma en que un individuo (también grupos y organizaciones) se da sentido a sí mismo y a los demás. La TR explora la estructura y el contenido de los sistemas de construcción, teorías implícitas o estructuras de significado con las cuales la gente construye su experiencia, percibe y actúa.

Administración y procedimiento

La administración de la TR diseñada para estudiar el sistema de construcción interpersonal en individuos se compone de 4 fases (Feixas & Cornejo, 1996) en el contexto de una entrevista estructurada. Este proceso se ilustrará mediante el caso de Teresa².

Selección de elementos. Normalmente, se selecciona un conjunto de 10-20 elementos del mundo del sujeto. A menudo, estos elementos representan varios “títulos de roles” de otros significativos (encabezamientos de las columnas en el ejemplo mostrado en la Figura 1) quienes forman parte de la vida de la persona (p. ej., miembros de la familia, jefe, amigos, figura “non-grata”) incluyendo su “yo actual” y su “yo ideal” (“cómo me gustaría ser”).

Elicitación de constructos. Se pide al sujeto que se concentre en agrupaciones preseleccionadas de 2 o 3 elementos y que los construya en función de sus similitudes y/o sus diferencias, lo cual requiere que el sujeto proporcione las dimensiones de significado que hacen a estos elementos similares o distintos. En el ejemplo, a Teresa se le pregunta en qué se parecen sus padres, a lo que ella responde que ellos “se toman las cosas con calma”. Seguidamente, se le pregunta

qué sería lo opuesto de tomarse las cosas con calma, y ella responde que son “autoexigentes”. Es así como el primer constructo es elicitado y escrito en las filas del formulario de la rejilla (tal como aparece en la Figura 1). Con la misma díada de elementos (padre y madre), se le pregunta por más similitudes y, después, por diferencias entre ellos, a lo cual responde que su madre es “pesimista” y su padre es más bien “optimista”, siendo éste otro constructo a añadir a la lista. Se le pregunta por más diferencias (o similitudes) hasta que no puede encontrar ninguna más. Entonces, se selecciona una nueva díada de elementos (p. ej., yo actual y madre) y el proceso se repite hasta que todos los elementos aparecen al menos una vez en las comparaciones. El proceso de elicitación de constructos acaba cuando el entrevistador y el sujeto, de forma consensuada sienten que no aparecerán nuevos constructos (lo que se conoce como el “punto de saturación”) ya sea por cansancio o porque el sujeto no se ve capaz de encontrar nuevos constructos.

Puntuar los elementos en función de los constructos. El formato de rejilla implica que cada constructo (fila) se aplique a cada elemento (columna), empleando generalmente un sistema de puntuación (usualmente una escala tipo Likert de 7 puntos). Así, aplicando (puntuando) todos los constructos a todos los elementos, se crea la matriz de datos de la rejilla (ver Figura 1).

Análisis e interpretación

La matriz de datos se puede analizar de varias formas, desde apreciaciones cualitativas de la naturaleza y calidad de los constructos empleados, hasta análisis estadísticos de los datos empleando análisis de conglomerados (“cluster análisis”) o métodos analítico-factoriales. Finalmente, se pueden extraer un conjunto de índices cognitivos (p. ej., diferenciación, complejidad cognitiva, autoestima, puntuaciones extremas³) que pueden servir tanto para generar hipótesis clínicas, como para buscar diferencias individuales. Una selección de estos índices se puede encontrar en el Apéndice 2.

² Existen varios manuales para esta técnica, véase por ejemplo, Feixas y Cornejo, 1996; Fransella, Bell, y Bannister, 2004; Rivas y Marco, 1985.

² Cuando Teresa, de 22 años, fue atendida por el segundo autor (LAS) en el servicio psicológico de la Universidad de Salamanca, se encontraba en el último año de sus estudios de ciencias químicas. Aunque Teresa había demostrado ser una excelente estudiante, mantiene serias dudas sobre su valía. Lloro frecuentemente, y tiene grandes dificultades para conocer a otras personas, aunque tiene un novio que le apoya mucho. Teresa duda ansiosamente sobre la posibilidad de aceptar un trabajo que implicaría mudarse a otra ciudad a 600 kms. de su casa.

³ Hemos dirigido varios estudios metodológicos sobre la validez y fiabilidad de estas medidas (Feixas, Bach & Laso, en imprenta; Feixas, López-Moliner, Navarro-Montes, Tudela-Marí, & Neimeyer, 1992)

CONSTRUCTOS		ELEMENTOS												
		Yo actual	Madre	Padre	Hermano	Novio	Amiga 1	Amiga 2	Nongrata	Amigo 1	Prima	Madrina	Amiga 3	Yo-Ideal
1. <i>Pesimista</i>	1. <i>optimista</i>	1	1	5	2	7	3	6	2	6	4	3	2	7
2. <i>Se exige</i>	2. <i>Se lo permite todo</i>	1	6	6	2	2	5	6	3	5	6	4	5	4
3. <i>Con miedo a enfrentarse</i>	3. <i>Echada para adelante</i>	2	2	6	2	4	5	6	5	2	3	4	5	5
4. <i>Vive para trabajar</i>	4. <i>Trabaja para vivir</i>	5	1	2	2	6	6	6	1	6	7	6	6	7
5. <i>Impone su criterio/exigente</i>	5. <i>Tolerante con los demás</i>	6	2	1	1	4	3	6	1	7	3	4	2	7
6. <i>Bromista / vacilón</i>	6. <i>Quisquillosa/ susceptible</i>	2	7	1	6	4	3	4	6	3	3	5	6	3
7. <i>Valora situación otra persn</i>	7. <i>Cortante, que no valora</i>	2	6	6	6	1	5	4	7	4	2	2	5	1
8. <i>Agresiva</i>	8. <i>Tranquila</i>	6	4	2	2	7	4	6	2	6	6	6	3	7
9. <i>Preocupada por los demás</i>	9. <i>Egoísta</i>	2	2	6	7	2	3	5	7	3	3	2	2	2
10. <i>Avara</i>	10. <i>Dadivosa</i>	6	1	1	1	7	5	5	1	6	3	3	6	7
11. <i>Sensible</i>	11. <i>Materialista, superficial</i>	1	5	7	7	1	4	5	7	1	4	3	4	1
12. <i>Pisotea / cara dura</i>	12. <i>Educada / respetuosa</i>	6	6	5	4	6	6	6	1	6	5	6	5	7
13. <i>Hipócrita</i>	13. <i>sincera</i>	5	4	4	2	6	5	5	1	6	6	5	4	7
14. <i>Chantajista</i>	14. <i>No coacciona</i>	3	2	2	1	5	6	6	1	6	6	6	3	7
15. <i>Aparenta ser más fuerte</i>	15. <i>Natural</i>	6	3	1	2	5	2	4	2	7	6	6	5	6
16. <i>Descuida la amistad</i>	16. <i>Cuida la amistad</i>	6	3	3	3	6	2	1	2	4	4	6	4	7
17. <i>Marca distancia</i>	17. <i>Accesible</i>	5	2	2	1	4	2	4	1	6	3	5	2	7
18. <i>Introvertida</i>	18. <i>Extrovertida</i>	1	2	6	2	4	5	7	5	2	6	6	5	5
19. <i>Se deprime fácilmente</i>	19. <i>No se deprime fácilmente</i>	1	2	6	3	6	3	7	6	1	3	3	3	6
20. <i>Busca lo bueno a todo</i>	20. <i>Se amarga x las circunstancias</i>	6	6	4	6	1	5	2	7	6	3	3	5	1

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

Figura 1. Rejilla pre-terapia de Teresa.

Apéndice 2

A continuación se presenta una selección de índices derivados de la Técnica de Rejilla utilizando el programa RECORD/GRIDCOR⁴ versión 4.0

El **Porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor (PVEPF)** es un índice basado en el análisis factorial. Lo consideramos el mejor índice de complejidad cognitiva (diferenciación).

El índice de **Intensidad** de Bannister (1962) se calcula a partir de la suma de los valores de las correlaciones al cuadrado entre cada constructo con el resto de constructos, dividida por el número total de constructos menos uno. Este proceso se repite con cada elemento, y la Intensidad media se calcula promediando las puntuaciones de intensidad de constructos y elementos.

El índice de **Polarización** es el porcentaje de puntuaciones extremas (p. ej., 1 o 7 en una escala de 7 puntos) de la matriz de la rejilla. El uso de puntuaciones extremas en rejillas con constructos elicitados puede reflejar el significado subjetivo de constructos específicos y elementos. Cuando se toma como medida general (tomando el porcentaje de puntuaciones extremas del total de la rejilla), puede ser un indicador del grado de rigidez o patología del sistema (Neimeyer & Feixas, 1992).

La **diferenciación “yo actual” – “yo ideal”** se calcula en base a la correlación entre estos elementos. Se puede considerar una medida de la autoestima

La **diferenciación o identificación con los otros** se obtiene calculando la correlación entre el “yo actual” y un elemento artificial llamado “otros”, resultado de promediar las puntuaciones de todos los elementos menos el “yo actual” y el “yo ideal”. Las bajas puntuaciones positivas se han etiquetado como “identificación” por algunos autores y consideramos que las negativas o muy bajas se pueden considerar como indicativo de “aislamiento social autopercebido”.

La **diferenciación “ideal-otros”**, menos usada en la literatura psicológica, se basa en la correlación entre el “yo ideal” y el elemento “otros” mencionado anteriormente. Se toma como un índice de adecuación percibida a los

demás. Por ejemplo, mientras que una elevada correlación baja o negativa puede indicar que el sujeto se siente insatisfecho con la gente que le rodea, una correlación positiva sugiere una percepción del tipo “los que me rodean son estupendos”.

⁴ RECORD es el nombre español del programa para el que fue publicado un Manual, en español, de la versión 2.0 (Feixas & Cornejo, 1996). GRIDCOR es el nombre de la versión inglesa de este programa. La versión 4.0 de ambos programas e instrucciones operativas para su uso se puede encontrar en Internet: www.terapiacognitiva.net/record