

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

# **Identidad y narrativa en la distimia**

**Análisis de contenido de constructos personales**



Adrián Montesano del Campo

Tutores: Guillem Feixas y Anna Vilaregut

Master en Terapia Familiar Sistémica

Promoción 2007-2009

U.A.B

## **RESUMEN**

En este trabajo exploramos la narrativa, operativizada como constructos personales, de personas con distimia. Primero se examina, mediante el sistema de categorías de constructos personales, el contenido general del sistema de construcción de los distímicos (n = 53) y se compara con una muestra no clínica (n = 53). A continuación, se analizan las dimensiones de significado más relevantes de la muestra clínica en comparación al grupo control. Finalmente, analizamos la presencia y el contenido de los dilemas implicativos identificados con la técnica de la rejilla de Kelly. Los resultados indican que las personas con distimia utilizan significativamente más constructos de tipo emocional, y menos de tipo intelectual. Las dimensiones de significado “fuerte-débil” y “tolerante-autoritaria” resultan de especial relevancia en la narrativa de los distímicos. Por otro lado, el contenido de los constructos congruentes de los dilemas implicativos, que reflejan aspectos relacionados con la identidad y los valores, pertenecen en su mayoría al ámbito de la moralidad y la calidez emocional. Mientras que los constructos discrepantes presentan contenido vinculado al ámbito de la afectividad y especialmente a la dimensión de significado “fuerte-débil”. Se dibuja un mapa de la narrativa en la distimia y se relaciona con los modelos explicativos existentes. Se concluye el trabajo proponiendo nuevas aproximaciones de investigación.

## **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo explora el papel del contenido de los constructos personales en los trastornos distímicos esbozando un mapa de la narrativa diferencial de este grupo diagnóstico. Nuestro estudio se fundamenta en la encrucijada entre dos enfoques en psicología y psicoterapia, la Psicología de Constructos Personales (PCP) y el modelo relacional sistémico, que aunque parten de tradiciones diferentes guardan entre sí muchos puntos de convergencia (Feixas 1990).

De un lado, la PCP propuesta por Kelly (véase Kelly, 1955; Kelly 2001; Fransella, 2003) ha desarrollado un extenso cuerpo teórico y una amplia gama de instrumentos para el estudio de los procesos subjetivos de construcción del significado. Desde esta perspectiva se propone que el significado que se le atribuye a los acontecimientos es la base del funcionamiento de los seres humanos (véase Botella y Feixas, 1988; Feixas y Villegas 2000; para una revisión). Kelly (1955) describe la

actividad psicológica como un proceso continuo de formación, validación y revisión de teorías personales que permite a las personas anticipar los acontecimientos. Denomina constructos personales a las unidades básicas en que se componen estas teorías subjetivas. Los constructos son contrastes bipolares de significado que forman un sistema dinámico a través del cual se canalizan los procesos psicológicos. Así, los constructos proporcionan a las personas alternativas bipolares a través de las cuales anticipar, interpretar y actuar en la vida. Este enfoque mantiene no obstante una postura individualista puesto que enfatiza los procesos de construcción del individuo sin tener en cuenta los procesos derivados de las dinámicas relacionales y su papel insoslayable en la vida psíquica. Por el contrario, el modelo sistémico, desde los comienzos del enfoque comunicacionalista liderado por Bateson, ha conceptualizado la mente y los problemas incluyendo el contexto familiar en el que se sitúan.

En las últimas décadas sin embargo se ha incrementado los puentes conceptuales entre la PCP y el modelo sistémico. Existen varios autores de la tradición de la PCP que han incorporado las concepciones de ambas tradiciones tratando de articular una visión integradora (véase Procter, 1978; Procter y Brennan, 1985; Procter y Walter, 1987; Feixas, Cunillera y Villegas, 1987; Feixas y Villegas, 2000).

Uno de los principales aspectos de convergencia entre ambas tradiciones es que tanto la PCP como el modelo sistémico, incluyendo la mayoría de sus diferentes enfoques, comparten la postura epistemológica según la cual el conocimiento (de uno mismo, de los demás y del mundo) es el resultado de un proceso de construcción y no una representación directa de la realidad (Feixas, 2005). Tanto Kelly (1955) como Bateson (1979), conciben la creación del conocimiento como un proceso marcado por la actividad del observador en la captación de diferencias. De este modo, el ser humano construye activamente el conocimiento de sí mismo y del mundo externo en base a “la diferencia que hace la diferencia” en un contexto social dado.

La PCP y otros modelos cognitivistas han contribuido de manera decisiva a la comprensión de la personalidad y la psicopatología en términos de significado. En cambio, desde el modelo sistémico son menos las aportaciones teóricas realizadas acerca del individuo, la mente y la personalidad debido en parte a que surgió como un enfoque alternativo basado básicamente, por contraposición, en la relación y la pragmática de la comunicación. Aunque son muchos los autores que han señalado ya la importancia de rectificar este movimiento reactivo calificado, en ocasiones, como reduccionismo pragmático, abriendo la “caja negra” y ampliando el foco de la reflexión

teórica más allá de los patrones relacionales para conjugarlos, desde la óptica sistémica, con reflexiones sobre el individuo. Desarrollos teóricos que resultan del todo necesarios para vehicular una práctica clínica enriquecida que tenga en consideración ambas partes de la intersección: el individuo en relación. Una contribución cardinal y rica a este respecto es la aportación del propio Bateson cuando presenta en sus publicaciones de los años 70 la noción de la “ecología de la mente” (Feixas, 1995). Según esta concepción, la mente no se circunscribe al ámbito individual sino que las ideas están interconectadas con las del tejido socio-afectivo de pertenencia del individuo y con el sistema más amplio socio-cultural.

Linares ha desarrollado esta concepción de la ecología de las ideas en su modelo sobre la identidad, la narrativa y la personalidad. Según este modelo la personalidad es *“la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un substrato biológico y por un contexto cultural”* (Linares, 2009, p. 2). La narrativa individual que conforma la personalidad se genera a partir de la experiencia relacional del individuo tributaria de la nutrición emocional experimentada en los contextos de pertenencia, especialmente de la familia de origen, puesto que es el sistema más directo de pertenencia y el cual filtra, a su vez, la influencia de los sistemas más amplios (Carreras y Linares, 2006; Linares, 1996; Linares, 2009).

Identidad y narrativa son pues productos con una dimensión histórica cuyas raíces se asientan sobre la conjugación óptica de dos lentes primigenias, una forjada por la propia historia familiar y otra que alberga la esencia de las distintas ideologías sociales del contexto concurrente. Son estas las gafas a través de las cuales el individuo funciona frente a las diferentes vicisitudes de la vida. La narrativa individual esta interconectada con la mitología familiar de modo que las distintas individualidades se moldean en la estructura y la organización del grupo familiar, pero no son las familias las que narran sino los individuos (Linares, 1996). La combinación de ambos vidrios da lugar a la posición que el individuo adopta frente al mundo filtrando la manera de sentir, pensar y hacer.

Podemos diferenciar la identidad y la narrativa en tanto que entrañan constructos con distinto grado de nuclearidad. Mientras que la identidad conforma el principio rector o núcleo de la mente y muestra una permeabilidad reducida, la narrativa se establece entorno a ella de manera más diversificada y con mayor margen de fluctuación (Linares, 1996). Ambas mantienen no obstante una relación dialéctica. Así

la identidad y en torno a ella, la narrativa, se genera a partir de la experiencia relacional y organizan la presente y futura experiencia interpersonal del individuo. La configuración identitaria y narrativa tiene su momento crítico en las primeras etapas del ciclo vital pero se encuentra sometida a una continua e inevitable transformación en la transacción con el ecosistema.

La identidad y narrativa de cada persona es por definición de naturaleza idiosincrásica. No es cuestionable que el contenido del sistema de construcción de cualquier persona es único y que diferencia al individuo de los demás a través de su peculiar manera de construir la realidad. Como señalan los autores, la narrativa individual *“es única, irreplicable y, como las huellas dactilares, diferencia al sujeto de cualquier otro través de su singularísima manera de construir el universo y de inscribirse a sí mismo en él.”* (Linares y Campo, 2000, p.37). Pero por otra parte, puede mostrar redundancias notables como resultado de la vivencia de experiencias similares. Es así como cabe esperar configuraciones narrativas más o menos específicas en la construcción que las personas con una misma sintomatología hacen sobre su experiencia relacional.

En este sentido una de las aportaciones más importantes viene de la mano de Ugazio (1988) que trata de dar algunas respuestas a la cuestión de la construcción de la intersubjetividad en el seno de la familia. Aborda el problema del significado en las relaciones familiares en relación a la psicopatología neurótica. La autora desarrolla el concepto de polaridades semánticas según el cual *“cada organización psicopatológica se desarrolla dentro de un contexto familiar caracterizado por una polaridad semántica específica [...] el desarrollo de cada psicopatología depende de la posición particular que el individuo y las personas significativas para él adopten respecto a la polaridad crítica”* (Ugazio, 2001, p. 33).

En su obra, la autora analiza las polaridades semántica de tres categorías diagnósticas distintas destacando para cada una de ellas las dimensiones de significado cruciales para la génesis y el mantenimiento del trastorno (véase tabla 1).

Tabla 1.- Semántica según el tipo de diagnóstico

<b>Psicopatología</b>	<b>Semántica</b>
Fóbica	Semántica de la libertad
Obsesivo compulsiva	Semántica del sacrificio, el dilema del bien y el mal
Anorexia y bulimia	Semántica del poder: victorioso/ perdedor

Pese a la dedicación y rigurosidad con respecto a estas tres categorías, la autora no presta atención a los trastornos distímicos en su conceptualización de la psicopatología neurótica. No obstante, Linares y Campo (2000) han desarrollado una amplia contextualización de los trastornos depresivos. En su obra dedican un apartado exclusivo al trastorno distímico donde dibujan un paisaje particular de la identidad y narrativa en la distimia que sirve de base para nuestro estudio.

Estos autores sitúan la distimia dentro del universo de las neurosis. Así los orígenes familiares de los distímicos se circunscriben en el área de las triangulaciones manipulatorias, donde las funciones parentales básicas se ven bien conservadas mientras que la esfera conyugal se caracteriza por albergar discrepancias que derivan en recurrentes e intensos conflictos entre la pareja con dificultades para resolverlos. Es en base a esta dinámica que el hijo se ve frecuentemente interpelado por uno de sus padres con el que crea una relación privilegiada aunque trianguladora.

Según los autores, en este marco relacional la nutrición emocional esta asegurada al menos por uno de los conyugues, cuando no los dos. Sin embargo, es en las funciones sociabilizantes donde el niño triangulado pueden encontrar mayores dificultades, induciendo una construcción sesgada de las relaciones de proximidad donde se establece frecuentemente una fuerza centrípeta, que menoscaba la vida extrafamiliar.

Si bien la triangulación manipulatoria basada en un sistema de doble parentalidad constituye la base sobre la cual se construyen los distintos trastornos neuróticos, las pérdidas relacionales, familiares o extrafamiliares, suponen el contexto a partir del cual eclosionan con frecuencia los síntomas distímicos.

Es en el ámbito de la pareja en el que el distímico despliega un juego relacional marcado por la simetría inestable en la que la sintomatología sirve como mecanismo para restaurar la igualdad frente a los avatares de la vida que amenazan la posición de poder.

Bajo este contexto evolutivo, la semántica familiar distímica se define por una alta polarización, donde las dimensiones de competitividad/ lealtad y castigo/ recompensa adquieren especial relevancia teniendo en cuenta el juego de coaliciones antes descrito. La identidad se encuentra bien estructurada puesto que la nutrición emocional no se ve afectada y en este sentido los constructos identitarios no difieren notablemente de la normalidad, si bien la inestabilidad emocional subsume al conjunto de constructos identitarios.

Así, en consideración de que “la mitología familiar influye poderosamente sobre la narrativa individual y viceversa” (Linares y Campo, 2000, p. 106) algunos de los constructos más frecuentes en la narrativa del distímico se articulan en torno a la exigencia/ permisividad, la descalificación/ autoestima, la sociabilidad y el aislamiento, así como, el éxito y el fracaso (véase figura 1).

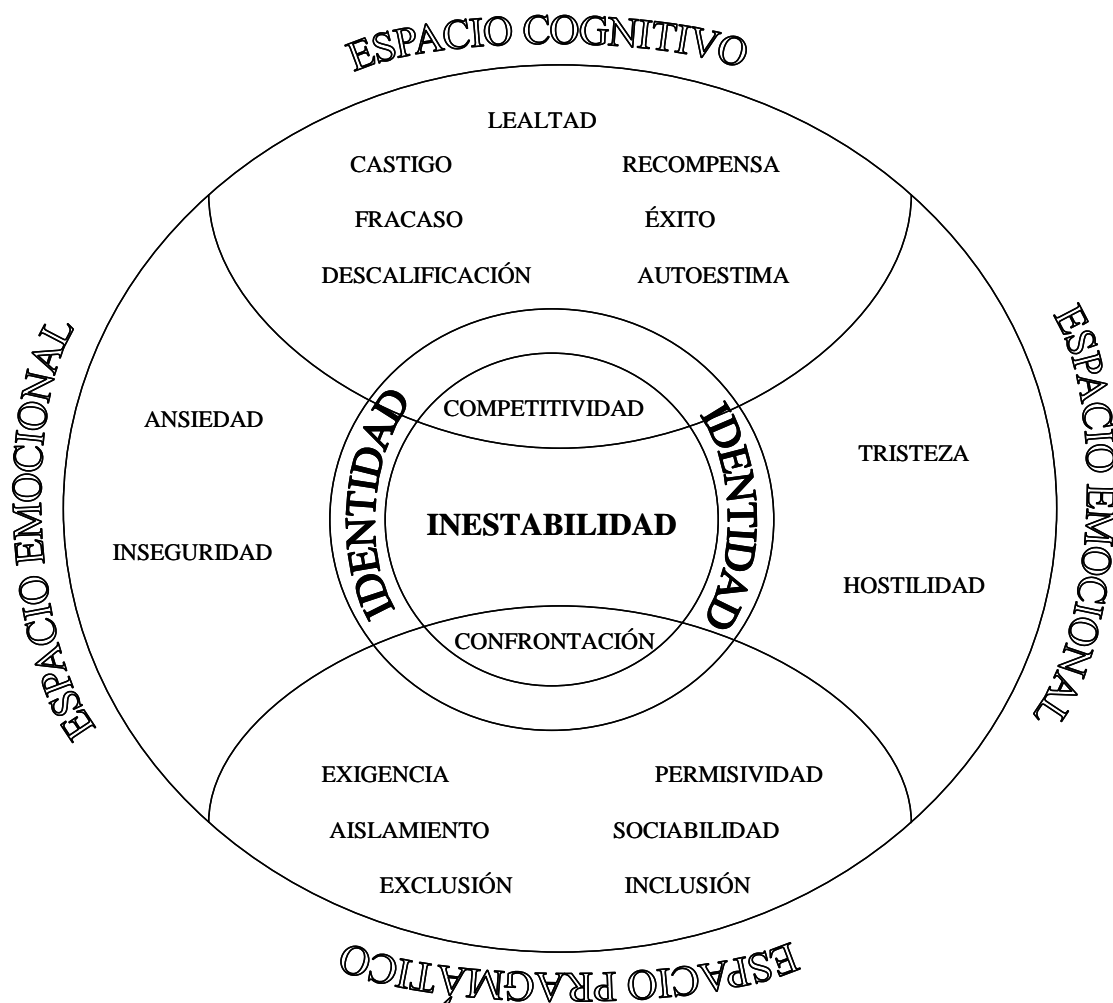


Figura 1.- Narrativa del distímico. Adaptado de Linares y Campo (2000).

Aparte de estas valiosas contribuciones teóricas, no hemos encontrado estudios sistemáticos sobre las dimensiones de significado de las personas con distimia desde el punto de vista relacional sistémico debido en gran medida a la falta de instrumentos adecuados para la evaluación de la semántica.

Desde el marco de la PCP, en cambio, es posible estudiar de forma sistemática la construcción subjetiva que las personas hacen de sí mismas y de sus problemas. Una de las formas más utilizadas para estudiar los constructos personales es la Técnica de la

Rejilla (TR). Neimeyer y Feixas (1992) han mostrado que las medidas derivadas de la TR relativas a la estructura de los sistemas de construcción de personas con depresión miden aspectos importantes sobre el sí mismo y el modo de construir la problemática depresiva que no son suficientemente valoradas por las medidas cognitivas estándar que evalúan típicamente las distorsiones cognitivas y los síntomas depresivos.

Desde esta perspectiva se ha hallado evidencia sobre la importancia de ciertas líneas de implicación entre constructos de la narrativa de las personas con depresión. Esta línea de investigación basada en la PCP tiene su punto de partida en los trabajos de Hinkle (1965) quien se interesa por el significado clínico de las implicaciones conflictivas ente constructos. En 1999 se inició en España un proyecto multi-céntrico para investigar el papel de los dilemas implicativos (DI) en diversos problemas de salud (física y mental)<sup>1</sup>.

Un DI esta formado por dos tipos de constructos, los constructos discrepantes (CD) y los constructos congruentes (CC). Los primeros indican áreas de insatisfacción para el individuo a menudo vinculadas con los aspectos sintomáticos. Los CC, al contrario que los discrepantes, indican áreas de bienestar. Revelan cualidades personales que no se pretenden cambiar, es decir, conforman constructos narrativos vinculados al núcleo de la narrativa, la identidad. El DI surge cuando el cambio deseado de un polo al otro del CD implica un cambio al polo no deseado del CC. Esto es, el DI aparece por las líneas de implicación entre los CC y CD del sistema de construcción.

Las investigaciones de Feixas y Saúl (2003, 2004, 2005) ponen de manifiesto la relevancia del papel de los DI en distintos problemas de salud. Recientemente, Feixas y cols. (2008) han aportado evidencia sobre la importancia de los DI en las personas con depresión, señalando la alta frecuencia de estas líneas de implicación entre constructos de la narrativa sintomática del depresivo.

Sin embargo estos autores no analizan el contenido de los constructos que conforman los DI. Algunos estudios anteriores sobre las implicaciones dilemáticas en terapia con personas con depresión han indicado que el cambio terapéutico efectivo requiere la resolución de tales DI (Rowe, 1971, 1983; Winter, 1985). Estos autores, sugieren que los dilemas generalmente implican la asociación del síntoma con cualidades de calidez emocional o moralidad. Por ejemplo, muchas personas depresivas se construyen a sí mismas como “muy afectivas” y entienden que esta afectividad

---

<sup>1</sup> El Proyecto Multi-céntrico Dilema, (véase Feixas, Saúl, Ávila Espada, y Sánchez, 2001; Feixas , Saúl y Sánchez, 2000, Feixas y Saúl 2004 y en Internet [www.usal.es/tcp](http://www.usal.es/tcp))

supone una predisposición a la vulnerabilidad emocional. Sin embargo, para ellas también contiene un significado positivo en tanto que “ser afectivo” implica preocuparse por los demás.

Una constante en la investigación sobre los constructos es que en comparación con la atención prestada a las características estructurales de la construcción, ha sido relativamente poca la atención que los investigadores de la PCP han dedicado a los aspectos de contenido de los trastornos.

Uno de los problemas que presenta la investigación en relación a los contenidos de los constructos personales es la falta de instrumentos adecuados. En la actualidad, existen dos sistemas de categorías generales para el análisis de contenido de constructos personales. El más antiguo es el de Landfield (1971) que, sin embargo, cuenta con una calidad metodológica insuficiente. En respuesta a estas carencias, Feixas y cols. (2002) han presentado recientemente el Sistema de Categorías para Constructos Personales (SCCP), el cual ha mostrado una notable fiabilidad, con categorías exhaustivas y exclusivas (Green, 2004).

A pesar de la escasez de investigaciones y de instrumentos adecuados existen algunos datos relevantes en la investigación sobre el contenido de los constructos personales. Winter (1992) ha revisado los estudios que, utilizando el sistema de categorías de Landfield, han arrojado algunas evidencias acerca de las relaciones entre patrones particulares del contenido de los constructos y los distintos tipos diagnósticos. Mckain y cols. (1988) encontraron una relación entre la timidez y la tendencia a describir a los otros en términos conductuales más que con constructos relacionados con aspectos psicológicos. Howells (1979), en sus investigaciones con presidiarios, exploró el contenido de los constructos de personas que habían cometido abuso sexual a menores. Sus resultados mostraron que estas personas manifestaban tener un número mayor de constructos relativos a la dimensión “dominancia- sumisión”, en comparación con otros presos. Su interpretación de los resultados fue que los pedófilos experimentan problemas en la relación interpersonal con adultos, y que preferían la compañía de los niños que eran percibidos como menos dominantes.

Neimeyer y Hall (1988) estudiaron el contenido de los constructos personales en mujeres que habían sufrido abuso. Señalaron que frecuentemente estas mujeres, en comparación con un grupo control, tendían a ver a los otros en términos de “Alta Fortaleza” (*High forcefulness*). Harter y col. (2004) compararon el contenido de constructos de mujeres universitarias que tenían una historia de abuso sexual con otras

universitarias que no habían sufrido abuso. Las mujeres que habían sido víctimas de abuso sexual utilizaron menos constructos referidos a la activación emocional, experiencias de calma, tranquilidad y relajación. Harter halló una correlación negativa entre el uso de constructos referidos a activación emocional y el grado de sintomatología. Así, la falta de expresividad emocional de las mujeres que habían sufrido abuso puede relacionarse con la dificultad para reconstruir la experiencia traumática. Fransella (1972) encontró que las personas con problemas de tartamudez usaban mayor número de constructos sobre problemas relacionales que el grupo control. Landfield (1976) exploró el contenido de constructos de personas que habían cometido algún intento de suicidio grave, encontrando que éstos tendían a utilizar predominantemente constructos muy concretos, referidos a hechos. Según Landfield, esta falta de abstracción es indicativa de que el sistema de construcción de estas personas opera con un grado alto de constricción de acuerdo con la visión de Kelly (2001) sobre el suicidio.

A pesar de que los investigadores de la PCP han estudiado la semántica de varios grupos psicopatológicos tampoco hemos encontrado en la literatura referencias acerca de las dimensiones de significado más relevantes para las personas con depresión.

La finalidad de este trabajo es mejorar el conocimiento sobre una serie de procesos cognitivos complejos relativos a la construcción de la identidad y de las dimensiones de significado que sirven de guía para articular la experiencia relacional. Para ello nos proponemos examinar las dimensiones de significado, entendidas como constructos personales, de personas con diagnóstico de distimia y compararlas con las de una muestra no clínica. Teniendo en cuenta, además, el análisis del contenido los de los DI puesto que resultan ser configuraciones de relaciones entre constructos relevantes para las personas con depresión.

No sin cierto deslizamiento, estamos equiparando los conceptos de identidad y narrativa de Linares (1996) con los constructos personales de la PCP. Siendo conscientes de las diferencias entre ambas conceptualizaciones, nos parece adecuado utilizar el bagaje teórico e instrumental de la PCP, a falta de otros procedimientos, como instrumento sistemático para aproximarnos a la evaluación de los conceptos de identidad y narrativa.

En cierto modo, y para explicarlo con una analogía podríamos decir que en este trabajo los conceptos de identidad y narrativa suponen la parte abstracta de la

matemática, la metateoría, los axiomas sobre los que se asientan las reglas subsiguientes mientras que los constructos personales representan los números, los signos y las operaciones a través de las cuales expresar de forma ejecutiva tales aforismos.

Puesto que nuestro trabajo se trata de un estudio exploratorio no disponemos de una hipótesis que queramos poner a prueba. Sin embargo teniendo en cuenta la conceptualización de Linares y Campo (2000) antes descrita y en concordancia con la PCP podemos manejar algunas hipótesis de trabajo.

#### Hipótesis de trabajo

- El contenido de los sistemas de construcción y por tanto las dimensiones de significado de la muestra del grupo clínico será distinto al de la población no clínica. En concreto consideramos que la muestra clínica presentará mayor frecuencia de constructos de tipo emocional y de tipo moral en comparación con la muestra no clínica. Por otra parte, el grupo clínico mostrará mayor frecuencia de las dimensiones de significado específicas relativas a la competitividad/ lealtad, exigencia/ permisividad, descalificación/ autoestima, sociabilidad/ aislamiento y éxito/ fracaso.
- Con respecto al contenido de los dilemas, consideramos que los CC y los CD de las personas con depresión se distinguirán entre sí por el tipo de contenido predominante que presentan. Concretamente, los CC pertenecerán en su mayoría al área moral puesto que reflejan los aspectos de la narrativa relacionados con la identidad y los valores de la persona. Por otra parte, los CD presentarán predominantemente contenido de tipo emocional en tanto que reflejan áreas narrativas vinculadas a la sintomatología y el malestar psicológico.

# MÉTODO

## Participantes

La muestra del estudio consta de 106 personas, divididas en 2 grupos: grupo control y muestra clínica. La muestra clínica consta de 53 personas que acudieron en busca de psicoterapia en consultas privadas diagnosticados en la categoría del DSM de distimia (n = 53). Esta muestra está formada por 39 mujeres (73,6%) y 14 varones (26,4%), entre los 19 y los 57 años con una media de 31 años de edad y una desviación típica de 10. Los criterios de exclusión fueron ser menor de 18 años o mayor de 60 o ser analfabeto. El grupo control se escogió de la base de datos apareando a los participantes por edad y sexo, y esta compuesto por 36 mujeres (68%) y 17 varones (32%) cuya edad varía entre los 19 y los 57 años. Tienen una media de 29 años y una desviación típica de 9,7. Estas personas son voluntarios entrevistados por estudiantes de psicología o de postgrado especialmente entrenados para administrar la TR.

## Instrumentos y medidas

La Técnica de Rejilla (TR) es un procedimiento de evaluación constructivista que surge de la PCP de Kelly (1955). Existen varias modalidades y diseños posibles de aplicación de la TR (véase Feixas y Cornejo, 1996). En nuestro estudio se llevó a cabo una “rejilla interpersonal” (Véase anexo 1). Esta técnica consiste en una entrevista semi-estructurada en la que a partir de un cierto número de figuras significativas del mundo interpersonal del entrevistado (incluidos entre ellos la familia de origen y la pareja si la hubiere) se pregunta por las similitudes y diferencias entre ellos para extraer sus constructos personales más relevantes. Una vez obtenidos los constructos, se aplican, uno a uno, a cada elemento mediante una escala tipo Likert de 7 puntos dando lugar a una matriz numérica susceptible de ser analizada tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

Feixas y Saúl (2004) y Feixas y cols. (2000, 2001) han desarrollado una forma de identificar los DI mediante una versión de la TR y el programa RECORD v. 4.0 (Feixas y Cornejo, 1996). De forma operativa, los CC son aquellos en los que no hay diferencias mayores a un punto entre el “yo actual” y el “yo ideal”, que son dos elementos incluidos en la TR que hemos utilizado en el estudio. Los CD, por el contrario, son aquellos en los que existe una diferencia mínima de 4 puntos entre el “yo

actual” y el “yo ideal”. El DI viene dado por una correlación mínima de 0,35 entre un CC y un CD (véase Figura 2).

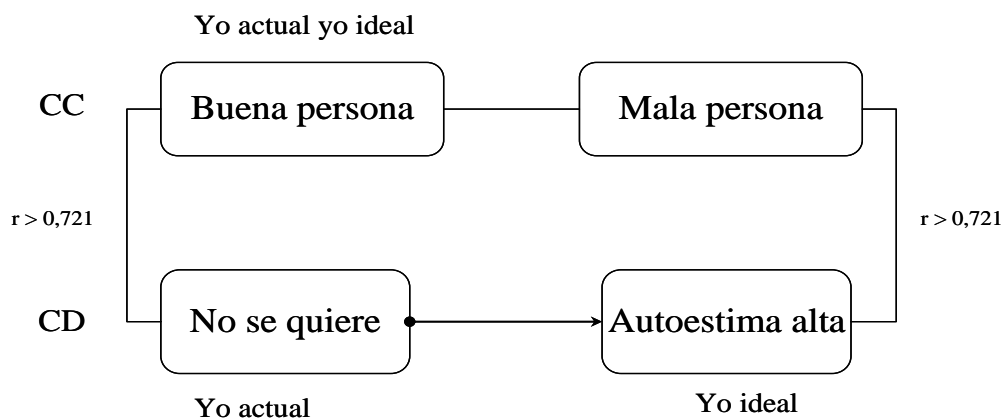


Figura 2.- Ejemplo de dilema implicativo

El SCCP, desarrollado por Feixas y cols. (2002), es un sistema de clasificación para codificar el contenido de los constructos personales derivados de los procedimientos de evaluación constructivista (Neimeyer, 1993). El análisis cualitativo y categorial de constructos personales permite complementar el estudio de la estructura y la organización del sistema de construcción explorando la presencia o ausencia de los aspectos de contenido en los sistemas de significado individual.

El SCCP está compuesto por un total de 6 áreas temáticas que se desglosan en 45 categorías exclusivas y exhaustivas (Véase anexo 2). Las áreas están organizadas jerárquicamente para incrementar la fiabilidad del sistema y evitar posibles solapamientos entre las mismas. Si un constructo puede ser codificado en dos o más áreas se clasifica en el área de rango superior de acuerdo con el siguiente orden: 1.- moral, 2.- emocional, 3.- relacional. 4.- personal, 5.- intelectual/ operacional y 6.- valores e intereses. Dentro de cada área no hay establecido ningún orden jerárquico para las categorías. Dada su reciente creación han sido pocas las investigaciones que han hecho uso del SCCP. Sin embargo, es un instrumento con gran proyección puesto que su calidad metodológica y su versatilidad garantizan desarrollos prometedores de su aplicabilidad (Green, 2004).

## **Procedimiento**

Las 106 rejillas del estudio proceden tanto de entrevistas realizadas para la administración de la TR por parte del equipo de investigación como de la base de datos del Proyecto Multicéntrico Dilema (Feixas y Saúl, 2004). Nuestra tarea fundamental se centró en el análisis de contenido de los constructos de las rejillas. Dos jueces codificaron los constructos de las rejillas de la muestra clínica y otros dos las del grupo control utilizando el SCCP. Para evitar sesgos en sus respuestas, no se informó a ninguno de los jueces sobre las hipótesis del estudio, ni tampoco a qué grupo pertenecían las rejillas que codificaron.

Los cuatro jueces que intervinieron en la codificación eran estudiantes de postgrado o del último curso de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Barcelona. Todos recibieron un entrenamiento, que se sumaba al recibido en clase sobre la TR, de aproximadamente tres horas en el que se les instruyó sobre el funcionamiento del SCCP. La segunda fase de la instrucción consistió en una codificación piloto de 150 constructos aproximadamente. En base a ello se les proporcionó retroalimentación sobre sus codificaciones y se atendieron las dudas suscitadas. A continuación, cada pareja de jueces clasificó independientemente una muestra de constructos. Los dos estudiantes que codificaron las rejillas del grupo control analizaron 1042 constructos, extraídos de las rejillas de las 53 personas que forman la muestra. Los otros dos estudiantes codificaron los 889 constructos procedentes de las rejillas de las 53 personas del grupo clínico. Una vez realizada la codificación de forma individual, cada par de jueces se reunió para poner en común los acuerdos y desacuerdos. Dadas sus ventajas metodológicas, se dedicó especial atención a la concordancia consensuada para lograr la coincidencia entre los observadores antes del registro.

Los CC y los CD que forman los DI fueron identificados con el programa RECORD v. 4.0. Se creó otra base de datos para registrar la clasificación (asignación de categorías) de estos constructos.

Una vez consensuada la clasificación, se registraron los acuerdos y los desacuerdos de cada pareja en una base de datos. Por último, los datos fueron sometidos a análisis utilizando el programa estadístico SPSS v. 11.5.

## RESULTADOS

El análisis de los resultados en este estudio se divide en dos partes. En la primera, analizamos el contenido general de los constructos personales de una muestra de personas con distimia con el objetivo de explorar las áreas temáticas predominantes en que estas personas construyen su experiencia interpersonal en comparación a un grupo control. En la segunda, dada la relevancia clínica que tienen los DI, analizamos el contenido de los CC y los CD que componen la estructura básica de estas configuraciones de constructos en la muestra clínica.

### 1.-Análisis del contenido general de constructos personales

Como paso previo a los análisis estadísticos del contenido de los constructos, se llevó a cabo un análisis de la concordancia de las codificaciones asignadas por los estudiantes a los constructos con el fin de comprobar si eran suficientemente fiables. Para ello utilizamos el método de acuerdo entre jueces, coeficiente Kappa de Cohen ( $K = 0,992$ ;  $p < 0,001$ ). Además, se realizó un contraste de medias mediante la prueba  $t$  para muestras independientes para comparar el número de constructos producidos por ambas muestras. En la tabla 1 se resume la descripción de los resultados.

Tabla 1.- Descripción y comparación del número de constructos en las muestras.

	N	Media	Desv. Tip.	Mín	Máx	Suma
PD	53	16,77*	4,754	10	34	889
NC	53	19,66*	6,254	11	35	1042

\* $p < 0,05$       PD: Personas con distimia      NC: Muestra no clínica

El valor del índice Kappa es excelente y supera la fiabilidad obtenida por el sistema en estudios anteriores. Presumiblemente, el entrenamiento en la codificación y la especial atención prestada a la concordancia consensuada influyen en el valor tan alto de dicho índice. Por otro lado, el grupo control presenta un número significativamente mayor de constructos que el de la muestra clínica ( $t = 2,675$ ;  $p = 0,009$ ) por lo que ponderamos los datos en cuanto al número de casos para los análisis posteriores.

Con la finalidad de contrastar si los distintos grupos se diferencian entre sí con respecto a la distribución del contenido de los constructos en las áreas del SCCP se

realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba Chi-cuadrado, entre los dos grupos. En la tabla 2 se resumen los análisis llevados a cabo.

Tabla 2.- Frecuencias de constructos, porcentaje por área y residuos corregidos.

		Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual	Val. e inter.	Total
PD	Fr.	176	238	208	190	16	50	878
	Fr. Esp.	173,2	203,0	221,3	204,4	26,1	49,9	
	%	46,6	53,7	43,1	42,6	28,1	45,9	45,8
	R. C.	,3	3,8	-1,4	-1,6	-2,7	,0	
NC	Fr.	202	205	275	256	41	59	1038
	Fr. esp.	204,8	240,0	261,7	241,6	30,9	59,1	
	%	53,4	46,3	56,9	57,4	71,9	54,1	54,2
	R. C.	-,3	-3,8	1,4	1,6	2,7	,0	
Total	Total	378	443	483	446	57	109	1916

RC: Residuos tipificados corregidos Fr.: Frecuencia Fr. Esp: Frecuencia Esperada PD: personas con distimia NC: no clínica

Los resultados indican que existen diferencias significativas ( $\chi^2 = 21,80$ ;  $p = 0,001$ ) entre ambas distribuciones de frecuencias. Por lo que los dos grupos difieren en el énfasis temático presente en sus sistemas de construcción. Atendemos al valor de los residuos corregidos identificando los que superan 1,96 ( $\alpha = 0,05$ ), para conocer las áreas concretas a las que se debe tal diferencia. Del examen de estos valores se pueden advertir las siguientes consideraciones:

a) Como se esperaba, la máxima diferencia en la distribución del contenido de los constructos se encuentra en el área emocional, siendo la muestra clínica la que presenta un porcentaje mayor de constructos en esta área. En cambio, el grupo control presenta un número mayor de constructos de tipo intelectual en comparación a los sistemas de construcción de la muestra clínica.

b) En contra de las hipótesis iniciales, no se encontraron diferencias en el uso de constructos de tipo moral entre la muestra clínica y la no clínica. Tal y como se advierte en la tabla 2, ambas muestras presentan porcentajes muy similares en este área.

c) Tampoco se encuentran diferencias significativas en el área personal; sin embargo se puede observar cierta tendencia de la muestra no clínica a elaborar sus sistemas de construcción con un mayor número de constructos pertenecientes al área personal.

Con la finalidad de realizar un examen más detallado de las diferencias entre las distribuciones del contenido de los constructos, se efectuó un segundo grupo de análisis en el que se contrastan las categorías de contenido dentro de cada área temática. En este sentido, se realizaron pruebas Chi-cuadrado entre las distribuciones del contenido de los constructos que ambos grupos mostraron en las categorías intra-área.

De los resultados se desprende que fueron tres las áreas en las que las distribuciones a lo largo de sus categorías obtuvieron patrones diferenciales significativos: el área emocional ( $\chi^2 = 13,14$ ;  $p = .041$ ), el área relacional ( $\chi^2 = 17,30$ ;  $p = .044$ ) y el área personal ( $\chi^2 = 38,14$ ;  $p < .000$ ). En contra de lo previsto, tampoco en este segundo análisis se encontraron diferencias en la distribución de constructos en las categorías del área moral.

El análisis de los valores residuales corregidos (véase tabla 3) señala como significativas las siguientes categorías ( $\alpha = 0,05$ ): los constructos referidos a la sexualidad del área emocional, la categoría “tolerante-autoritaria” del área relacional y las categorías “reflexiva-superficial” y “fuerte-débil” del área personal. Siendo esta última en la que mayor diferencia exhibe entre las dos muestras.

Tabla 3 Frecuencia de constructos y valor de los residuos corregidos de las tablas de contingencia de las categorías.

C	FC		RC		C	FC		RC		C	FC		RC	
	NC	PD	NC	PD		NC	PD	NC	PD		NC	PD	NC	PD
<b>1A</b>	24	30	-1,4	1,4	<b>2O</b>	0	4	-1,9	1,9	<b>4E</b>	12	15	-1,4	1,4
<b>1B</b>	60	48	0,5	-0,5	<b>3A</b>	106	79	0,1	-0,1	<b>4F</b>	20	11	0,8	-0,8
<b>1C</b>	19	13	0,7	-0,7	<b>3B</b>	31	15	1,5	-1,5	<b>4G</b>	4	10	-2,2	2,2
<b>1D</b>	6	11	-1,5	1,5	<b>3C</b>	17	3	1,6	-1,6	<b>4H</b>	33	17	1,3	-0,1
<b>1E</b>	13	11	0,1	-0,1	<b>3D</b>	28	35	-2,1	2,1	<b>4O</b>	32	16	1,4	-1,4
<b>1F</b>	41	25	1,6	-1,6	<b>3E</b>	23	10	1,5	-1,5	<b>5A</b>	2	2	-1,0	1,0
<b>1G</b>	2	5	-1,3	1,3	<b>3F</b>	20	18	-0,6	0,6	<b>5B</b>	9	7	-1,6	1,6
<b>1H</b>	29	20	0,9	-0,9	<b>3G</b>	3	5	-1,1	1,1	<b>5C</b>	4	1	0,4	-0,4
<b>1O</b>	8	13	1,5	-1,5	<b>3H</b>	20	19	0,7	-0,7	<b>5D</b>	5	3	-0,6	0,6
<b>2A</b>	37	28	1,8	-1,8	<b>3I</b>	12	9	0,0	0,0	<b>5E</b>	12	1	1,9	-1,9
<b>2B</b>	55	66	-0,2	0,2	<b>3O</b>	15	15	-0,8	0,8	<b>5F</b>	9	2	0,8	-0,8
<b>2C</b>	27	35	-0,5	0,5	<b>4A</b>	26	51	-4,6	4,6	<b>5O</b>	0	0	0,0	0,0
<b>2D</b>	60	79	-0,9	0,9	<b>4B</b>	37	29	-0,2	0,2	<b>6A</b>	24	21	-0,2	0,2
<b>2E</b>	17	24	-0,6	0,6	<b>4C</b>	37	23	0,7	-0,7	<b>6B</b>	35	29	0,2	-0,2
<b>2F</b>	9	2	2,4	-2,4	<b>4D</b>	55	18	1,4	-1,4	<b>6O</b>	0	0	0,0	0,0

FC.: Frecuencia Constructos RC: Residuos corregidos C: categoría PD: Personas con distimia NC: no clínica

## 2.- Análisis del contenido de los constructos de los DI

### *Comparación de la presencia de DI en las muestras.*

Antes de analizar el contenido de los constructos que forman los DI, realizamos una comparación de la presencia y cantidad de dilemas existentes en las dos muestras. De los resultados cabe destacar que la muestra clínica presenta un número significativamente mayor de DI ( $n = 175$ ) que la muestra no clínica ( $n = 87$ ) ( $t = -6,41$ ;  $p < 0,001$ ). Mientras que la mayoría de las personas con distimia (92,5%) presentan entre 0 y 12 DI, el 92,5 % de la muestra no clínica presenta entre 0 y 6. Asimismo, más de la mitad de personas de la muestra clínica presentan DI. En cambio, no existen DI en casi dos tercios del grupo control (véase tabla 4). Esta diferencia resulta ser significativa utilizando el estadístico Chi-cuadrado ( $\chi^2 = 4,57$ ;  $p = 0,032$ ).

Tabla 4.- Presencia de dilemas en ambas muestras

		Tipo de muestra		
			clínica	no clínica
Presencia de dilemas	NO	n	22	33
		%	41,50	62,30
	SI	n	31	20
		%	58,50	37,70
TOTAL	n	53	53	

### *Análisis de contenido de los DI de la muestra clínica.*

En la tabla 5 se presentan los datos del análisis de contenido de los CC y los CD que forman los DI. En relación a los resultados obtenidos observamos que los CD y los CC son significativamente diferentes en cuanto al tipo de contenido que presentan ( $\chi^2 = 104,5$ ;  $p < 0,05$ ). En comparación, aparece un mayor número de CC en las áreas moral y valores e intereses, mientras que existen más CD relativos al área emocional y personal.

Tabla 5.- Frecuencias de constructos congruentes y discrepantes, porcentajes por área y residuos corregidos.

		Área						
		Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual	Val. e Int.	
Tipo de constructo	Congruente	Fr.	76	30	33	14	0	18
		%	44,4	17,5	19,3	8,2	0,0	10,5
		RC	8,1*	-4,0*	-0,4	-5,8*	-1,4	4,0*
	Discrepante	Fr.	11	63	36	58	2	1
		%	6,4	36,8	21,1	33,9	1,2	0,6
		RC	-8,1	4,0	0,4	5,8	1,4	-4,0

\* $p < 0,05$  RC: Residuos tipificados corregidos

Una vez establecida la diferencia entre el contenido de los CC y los CD, observamos cuál es el que predomina en cada uno. Para ello, estimamos, por separado, los intervalos de confianza (IC) de la proporción de CC y CD en cada área del SCCP (Véase tabla 6). De los IC obtenidos destacan dos resultados relevantes:

Tabla 6.- Intervalos de confianza de la proporción de constructos congruentes y discrepantes en cada área.

Áreas	tipo de constructo							
	Constructos Congruentes				Constructos Discrepantes			
	Pr	I C	LS	LI	Pr	I C	LS	LI
Moral	0,44*	0,07	0,52	0,37	0,06	0,04	0,10	0,03
Emocional	0,18	0,06	0,23	0,12	0,37*	0,07	0,44	0,30
Relacional	0,19	0,06	0,25	0,13	0,21	0,06	0,27	0,15
Personal	0,08	0,04	0,12	0,04	0,34*	0,07	0,41	0,27
Intelectual	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,03	0,00
Valores e intereses	0,11	0,05	0,15	0,06	0,01	0,01	0,02	-0,01

\*p< 0,05      Pr: Proporción      IC: Intervalo de confianza      LS: Límite superior      LI: Límite inferior

a) La proporción de CC que pertenecen al área moral difiere significativamente de la proporción de CC en el resto de las áreas.

b) La mayoría de los CD son de tipo emocional, sin embargo se observa también que el IC descrito por este área se solapa con el IC de la proporción de CD relativos al área personal.

Para investigar más en detalle el contenido de los DI, observamos la frecuencia general de CC y CD en cada categoría del SCCP. A continuación estimamos los IC de la proporción de CC y CD sólo en las categorías de las áreas que resultaron significativas en la tabla 6 puesto que son las áreas que muestran mayor variabilidad de constructos en sus categorías.

Con respecto a los CC, en el área moral las categorías “buena-mala” y “altruista-egoísta” son las más frecuentes. Sin embargo esta diferencia sólo es significativa (no hay solapamiento de los IC) con respecto a las categorías 1e, 1g, 1h y 1o. Por otro lado, aunque el área emocional no resultó significativa en el análisis anterior para este tipo de constructos, observamos que una de las categorías de este área, la categoría “cálida-fría”, muestra la mayor frecuencia de CC (n = 23).

En relación a los CD, observamos que en el área emocional la categoría “equilibrada-desequilibrada” resultó ser la más frecuente y se diferencia significativamente del resto excepto de la categoría “emociones concretas”. Asimismo, en el área personal la

categoría “fuerte-débil” es la más común de los CD. No sólo se diferencia significativamente del resto de categorías del área personal, sino que es la que presenta mayor proporción de todas las categorías del SCCP. En la tabla 7 presentamos las IC de los CC en las distintas categorías del área moral, y por otro lado, de los CD en las categorías de las áreas emocional y personal.

Tabla 7.- Intervalos de confianza de la proporción de CC en las categorías del área moral y de los CD en las categorías de las áreas emocional y personal.

CC área moral					CD área emocional					CD área personal				
Cat	Pr	IC	LS	LI	Cat	Pr	IC	LS	LI	Cat	Pr	IC	LS	LI
1a	0,25*	0,10	0,35	0,15	2a	0	-	-	-	4a	0,72*	0,12	0,84	0,61
1b	0,21*	0,09	0,30	0,12	2b	0,16	0,09	0,25	0,07	4b	0,07	0,07	0,13	0,00
1c	0,12	0,07	0,19	0,05	2c	0,14	0,09	0,23	0,06	4c	0	-	-	-
1d	0,09	0,07	0,16	0,03	2d	0,37*	0,12	0,48	0,25	4d	0,10	0,08	0,18	0,03
1e	0,04	0,04	0,08	0,00	2e	0,22*	0,10	0,32	0,12	4e	0,02	0,03	0,05	-0,02
1f	0,13	0,08	0,21	0,06	2f	0,05	0,05	0,10	0,00	4f	0,07	0,07	0,13	0,00
1g	0,01	0,03	0,04	-0,01	2o	0,06	0,06	0,12	0,00	4g	0	-	-	-
1h	0,09	0,07	0,16	0,03						4h	0	-	-	-
1o	0,05	0,05	0,10	0,00						4o	0,02	0,03	0,05	-0,02

\*p < 0,05 Pr: Proporción IC: Intervalo de confianza LS: Límite superior LI: Límite inferior

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos describen una geografía particular de los constructos narrativos de las personas con distimia. Confirman que, en general, el patrón de contenido del sistema de constructos de los pacientes con distimia se diferencia de las distribuciones encontradas en la población no clínica.

Los pacientes distímicos se caracterizan principalmente porque presentan una mayoría de constructos relativos al ámbito de la afectividad. Ciertamente, el componente afectivo se ha constatado como la vertiente sintomatológica que discrimina diferencialmente el trastorno depresivo de otros trastornos. La predominancia de constructos emocionales en las rejillas evaluadas de las personas con distimia indica que, en comparación a la muestra no clínica, gran parte de la actividad psicológica está focalizada principalmente a los aspectos emocionales. Así, de la variedad de acontecimientos de la experiencia, los aspectos conativos resultan especialmente salientes para los distímicos. Estos resultados confirman la apreciación de Linares y Campo (2000) acerca de que en la identidad del distímico la notable presencia de la inestabilidad emocional colorea afectivamente el conjunto de constructos. No resulta

extraña esta configuración predominantemente emocional teniendo en cuenta el clima emocional familiar que, a diferencia de los depresivos mayores, se caracteriza por mantener una intensidad elevada y sólo aminorada o interrumpida por la presencia de los propios síntomas.

Otra de las características generales observadas del sistema de construcción del grupo clínico es que apenas poseen constructos relativos al área personal y, en menor medida, al área intelectual. Si obviamos la categoría “fuerte-débil”, en la que las personas con distimia presentan un porcentaje alto de constructos, la diferencia en el área personal entre las muestras resulta mucho más clara. La escasez de constructos en estas áreas refuerza la idea de que los distímicos emplean gran parte de su actividad mental en el procesamiento de los aspectos emocionales de la experiencia, como reflejo de una narrativa identitaria en que, aunque bien estructurada, la inestabilidad emocional subsume al resto de constructos.

Los resultados del análisis de contenido de las categorías específicas del SCCP señalan la importancia para el grupo clínico de algunas dimensiones específicas. No es sorprendente que la dimensión de significado “fuerte-débil” resulte especialmente importante para las personas con distimia. En nuestro estudio de hecho ha resultado ser la categoría con mayor proporción de constructos. Desde nuestro punto de vista este resultado está reflejando varias características fundamentales de la identidad y narrativa del distímico y por tanto de su experiencia relacional acumulada y su forma de relacionarse con los demás. Por un lado, esta dimensión de significado puede estar reflejando, más allá de la baja autoestima y la imagen negativa sobre el sí mismo, la importancia de los constructos de competitividad/ lealtad y castigo/recompensa del espacio cognitivo de la familia de origen. Pero además, y de gran importancia clínica, la preeminencia de la dimensión de significado “fuerte-débil” entraña la importancia de los aspectos de poder en las relaciones, como posible reflejo de la socialización bajo el signo de las triangulaciones manipulatorias.

Esta consideración se complementa teniendo en cuenta el resultado obtenido de la importancia de la categoría “tolerante-autoritaria” la cual contiene también aspectos temáticos relacionados con la preocupación por el respeto y el poder en las relaciones. En efecto, resulta una dimensión de significado importante si tenemos en cuenta la especial sensibilidad interpersonal del distímico a la desaprobación y al juicio de las

personas significativas de su entorno, producto a su vez de las vivencias trianguladoras experimentadas en el seno de la familia de origen.

En cierta manera podríamos hipotetizar en términos de las polaridades semánticas de Ugazio (1998) que en la distimia se encuentra con frecuencia una semántica de la competitividad y la fortaleza.

Por último, la carencia de constructos relativos a la sexualidad puede estar reflejando la falta de interés de muchos de estos pacientes por la sexualidad. Indudablemente, sería necesario tener en cuenta la evaluación de otros factores cruciales fisiológicos (p.ej., efectos de la medicación) y psicológicos (p.ej., nivel de satisfacción sexual) para poder extraer conclusiones con respecto a la dimensión sexual.

Cuando hipotetizamos que las muestra clínica presentarían un número mayor de constructos relativos al área moral, considerábamos que los aspectos sintomatológicos relacionados con el deber, el perfeccionismo y la autoexigencia quedarían reflejados en la abundancia de este tipo de constructos.

Observando el contenido de la totalidad de los constructos, no hemos confirmado la notabilidad de los aspectos morales en el contenido narrativo del distímico. Quizás esto tenga que ver con el hecho de que el estudio se centra en la distimia y no en la depresión mayor, donde los aspectos relacionados con el deber y la moralidad tienen mayor peso. Sin embargo, los resultados del análisis de contenido de los DI de la muestra clínica ofrecen una visión mucho más precisa no sólo de la naturaleza de estos conflictos, sino también de la función que cumplen la moralidad y la afectividad en la construcción de la experiencia interpersonal de las personas con distimia.

Los CC, que reflejan aspectos de la narrativa relacionados con la identidad y los valores, pertenecen en su mayoría al ámbito de la moralidad y la calidez emocional. Frecuentemente están asociados con aspectos relativos a la bondad, la preocupación por los demás y la calidez emocional. Por otra parte, los CD presentan habitualmente contenido relacionado con el ámbito de la afectividad, sobre todo con el grado de equilibrio emocional y otras emociones concretas como la ansiedad, la inseguridad y la tristeza, así como con la dimensión de significado “fuerte-débil”.

Parece que la construcción del síntoma de algunos pacientes distímicos de nuestro estudio involucra la proposición que plantean Rowe (1983) y Winter (1985) acerca de las implicaciones dilemáticas de los depresivos. Tener confianza en uno mismo, sentirse seguro, ser fuerte o ser feliz implica dejar de ser tan bueno, tan cálido y cercano o dejar de ser atento con los demás. Ante tal dilema no es extraño que una persona decida seguir manteniendo las características positivas de lo que ya considera que es, puesto que esto le permite vivir de manera que no se vea invalidado su sentido de identidad personal. Creemos que es importante tener en cuenta en la clínica no sólo la función que cumplen los síntomas en la esfera conyugal sino también el marco de coherencia que ocupa la construcción sintomática dentro de la narrativa individual. En este sentido observamos que el contenido de los constructos del distímico, dentro del contexto de las configuraciones dilemáticas específicas, de palpables vinculaciones con la identidad, constituyen obstáculos importantes para el cambio terapéutico.

Podemos hipotetizar además que la pareja del distímico tiende a reforzar esta construcción dilemática en la medida en que un cambio en alguna de las proposiciones del dilema pueda implicar también la pérdida de algún beneficio o amenazar a la definición de la relación.

No sabemos todavía si esta composición temática de los DI es específica de las personas con distimia. Resulta necesario analizar en investigaciones posteriores el contenido de los CC y los CD presentes en personas con depresión mayor y con otros trastornos psicológicos para poder establecer los aspectos comunes y las características diferenciales de los DI en los distintos problemas de salud. Sin embargo, esta construcción parece realmente pertinente para entender la disyuntiva que alberga el depresivo. Según Linares y Campo (2000) la identidad del depresivo se construye sobre la ineluctable necesidad de hacer “*lo que esta bien*”, “*lo que se debe hacer*”, “*ser*” lo que los otros significativos esperan que sea, como producto de una parentalidad hipersociabilizante donde el exceso de exigencia y de normatividad conforman los valores y creencias del espacio cognitivo familiar.

El esfuerzo por mantener estas exigencias puede, sin duda, dar lugar a situaciones dilemáticas en las que el bienestar emocional se vea hipotecado por la necesidad de seguir cumpliendo con los valores inherentes a la personalidad. Desde esta perspectiva, estamos de acuerdo con Linares y Campo (2000) en que no son sólo los

aspectos emocionales sintomáticos los que abaten al depresivo, sino que, por encima de la tristeza, de la melancolía, de la apatía e incluso de la debilidad, gravita el peso insalvable del deber ser y el deber hacer moral.

Según la conceptualización de Linares y Campo (2000) estas características del “*deber ser*” y “*el deber hacer*” son propias de las personas con depresión mayor y no tanto del distímico, sin embargo como los mismos autores afirman, no existen fenómenos relacionales puros y es difícil encontrar en la clínica pacientes que reúnan las características relacionales de una categoría diagnóstica sin solaparse con otras. Es habitual en la práctica “*una continuidad entre la distimia y la depresión mayor, con infinidad de casos en los que se superponen y entretajan elementos de ambas series, tanto a nivel de síntomas como de relaciones familiares subyacentes y de significados sociales atribuidos.*” (Linares y Campo, 2000, p. 26).

En cualquier caso, no queremos decir que el malestar del distímico sea tributario de una hipermoralidad insoportable, aunque ésta pueda sabidamente proporcionar a la persona dificultades psicológicas. Indudablemente las cualidades morales, son valoradas por las personas con distimia y representan aspectos saludables de su identidad. El conflicto deviene precisamente cuando en la transacción con la experiencia relacional una persona asimila una construcción donde dejar de ser depresivo lo convierte en una persona desdeñable, desposeída de sus virtudes. Por ejemplo, Rowe (1983) al describir a una paciente con distimia, relata que esta paciente se enfrenta a la penosa elección entre ser una persona depresiva y humana o ser una persona destructiva y desagradable.

La resistencia al cambio y la alta tasa de recaídas en la población depresiva puede estar en parte influenciada por la conjugación dilemática entre constructos en la construcción de la experiencia interpersonal. Aunque esta es una cuestión todavía por explorar, suponemos que el uso repetido y perseverante de esta construcción dilemática, mantenida a su vez por la dinámica relacional, puede constituir un índice claro de la evolución del paciente que contenga estas construcciones en su narrativa. Indagar en esta cuestión supone un desafío espinoso pero atractivo para próximas investigaciones, puesto que actualmente son pocos los métodos de evaluación que predicen el curso de la sintomatología distímica y menos las herramientas terapéuticas que previenen eficazmente las recaídas.

## CONCLUSIONES

En este estudio hemos explorado a través de la evaluación subjetiva de los constructos personales la narrativa particular de una muestra de pacientes con distimia. Hemos obtenido algunas características diferenciales con respecto a una muestra no clínica describiendo así una constelación singular de constructos. Las pacientes distímicas muestran una narrativa fundamentalmente forjada por constructos de tipo emocional. Así mismo, tanto las cuestiones relativas a la preocupación por el respeto y el poder como la preocupación por el juicio de los demás fruto de las experiencias trianguladoras en el seno de la familia de origen tienen su reflejo en el contenido de los sistemas de constructos de las personas evaluadas destacando, entre otras, las dimensiones fuerte- débil, y tolerante-autoritaria en sus sistemas de construcción. Por otra parte, hemos visto como la moralidad también juega un papel importante en constructos relativos a la narrativa identitaria. Frecuentemente, estos constructos están asociados a los síntomas conformando configuraciones dilemáticas que conllevan implicaciones tanto en la coherencia de la narrativa sintomática, con las implicaciones para el cambio terapéutico que suponen, como, ostensiblemente, repercusiones en la esfera relacional.

Sin embargo, el análisis realizado en nuestro estudio no ha sido lo suficientemente sensible para hallar resultados que nos permitiesen caracterizar por completo la conceptualización de Linares y Campo acerca de la narrativa del distímico. Esta dificultad es debida en parte a que el sistema de categorías utilizado no está diseñado específicamente para la exploración que nos planteamos realizar sino que es un instrumento de evaluación general que proviene además de un modelo teórico distinto. Pese a ello, hemos apreciado la utilidad de este tipo de procedimientos puesto que el SCCP, aun siendo un sistema general de categorías, ha mostrado, además de una notable fiabilidad, cierta sensibilidad en la evaluación de las especificidades de las personas con distimia.

A pesar de haber constatado diferencias entre el grupo clínico y el control, no se puede concluir, sin embargo, que estas particularidades de sus constructos narrativos constituyan un factor en la génesis o el mantenimiento del trastorno dada la naturaleza no longitudinal del estudio.

En este sentido, resultaría interesante en investigaciones futuras poder evaluar el cambio y la permanencia de los patrones de contenido de los constructos personales en función de distintas variables. Una aproximación longitudinal nos permitiría explorar en qué medida y de qué manera la narrativa es modificada por ejemplo en función del momento del ciclo vital, del tiempo de evolución de los síntomas o como resultado de un tratamiento.

Más importante sería poder estudiar el contenido de los constructos personales observando no sólo al paciente identificado sino también a las personas significativas de su entorno, ya sea la familia creada, la familia de origen o ambas. Este enfoque nos permitiría poner a prueba hipótesis más refinadas sobre la construcción de la identidad y la narrativa y sus vinculaciones con los sistemas de pertenencia. La falta de esta información ha sido una de las limitaciones que más ha restringido el desarrollo de nuestro trabajo puesto que toda relación que hemos formulado entre los constructos observados y la dinámica familiar se han basado en reflexiones teóricas y no en datos objetivables. Las aportaciones de Procter citadas más arriba acerca del sistema de Constructos Familiares suponen un marco idóneo para enmarcar esta aproximación.

A pesar de las limitaciones de nuestro trabajo, resulta claro que la evaluación subjetiva del contenido de los constructos resulta relevante tanto para la investigación como para la clínica. La posibilidad de disponer de herramientas como la TR y el SCCP permite evaluar las dimensiones de significado con que las personas y las familias dan sentido a su experiencia y elaborar así mapas sofisticados de su narrativa particular, generando preguntas relevantes para poder entender tanto el proceso como la coherencia del contenido temático que presenta cada paciente y/o familia. Entender esta coherencia de la narrativa que mantiene el problema es una herramienta fundamental para poder promover cambios saludables y duraderos en el contexto clínico fomentando la vertiente heurística de los procesos narrativos

En efecto, integrar los aspectos individuales y los relacionales dota de un gran potencial al punto de vista clínico puesto que permite conocer con mayor profundidad los constructos narrativos que alimentan las angulosas irregularidades de los constructos identitarios que alojan parasitariamente a los síntomas.

Engarzar todos estos aspectos en la intervención clínica con pacientes distímicos permite dotar de nuevos y liberadores significados a la narrativa sintomática, entendiendo a su vez la coherencia histórica y contextual. Ingredientes estos necesarios para generar una dinámica relacional donde la simetría inestable deje de tener sentido y quepan, sin necesidad de provocar malestar, diferentes estilos de expresión emocional. Fruto de una nueva dinámica relacional de distancia óptima para satisfacer las necesidades de cada implicado en la relación, sobreviene la posibilidad de desarrollar nuevas narraciones, flexibilizando y renovando constructos, que se verán validados por el nuevo posicionamiento. Dando lugar y espacio a los procesos que, a la postre, promoverán suavizar las fragosidades identitarias y enriquecerán la narrativa procurando el desarrollo de una mayor salud relacional y salud mental.

## REFERENCIAS

- Bateson, Gregory (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente: colección de ensayos en antropología, psiquiatría, evolución y epistemología*. Ballantine Books.
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza: una unidad necesaria (avances en teoría de sistemas, complejidad y ciencias humanas)*. Bantam Books.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Carreras, A. y Linares, J.L: (2006). Diálogos sobre personalidad, identidad y narrativa. *Redes*, 16, 83-95.
- Feixas, G., Cunillera, C., y Villegas, M. (1987). Un modelo de evaluación familiar constructivista. En A. Carreras (Ed.) *Libro de ponencias de las VII Jornadas de Terapia Familiar* (pp. 85-113). Zaragoza: Asociación Aragonesa de Terapia Familiar.
- Feixas, G. (1990). Personal construct theory and the systemic therapies: Parallel or convergent trends? *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 1-20.
- Feixas, G. (1995). Personal constructs in systemic practice. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 305-337). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de la rejilla mediante el programa RECORD ver.2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Saúl, L. A., y Sánchez, V. (2000). Detection and analysis of implicative dilemmas: Implications for the therapy process. In Joern W. Scheer (Ed.), *The person in society - Challenges to a constructivist theory* (pp. 391-399). Giessen: Psychosozial Verlag.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia* (3ª ed.). Bilbao: DDB
- Feixas, G., Saúl, L. A., Avila-Espada, A., y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, X, 5-13.
- Feixas, G., Geldschläger, H., Carmona, M. y Garzón, B. (2002). Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 337-348.

- Feixas, G. y Saúl, L.A. (2003). Dilema project internal report (Database, April, 2003). Documento no publicado.
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78.
- Feixas, G y Saúl, L.A. (2005) Resolution of dilemmas by personal construct psychotherapy. En Winter, D., Viney, L.L. (Eds.). *Personal Construct Psychotherapy: Advances in Theory, Practice and Research*. London: Wiley.
- Feixas, G. Erazo, MI. Harter, S. Bach, L. (2008). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy Research*, 32, 386–400.
- Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction. Research on a treatment of stuttering*. London: Academic Press.
- Fransella, F. (Ed.) (2003). *International Handbook of Personal Construct Psychology*. Chichester. UK: Wiley.
- Green, B. (2004). Personal Construct Psychology and Content Analysis. *Personal Construct Theory and Practice*, 1, 82-91.
- Harter, S. L., Erbes, C. R., & Hart, C. C. (2004). Content analysis of the personal constructs of female sexual abuse survivors elicited through Repertory Grid technique. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 27-43.
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from a view-point of a theory of construct*. Tesis Doctoral no publicada. The Ohio State University.
- Howells, K. (1979) Some meanings of children for pedophiles. En: M. Cook, G. Wilson (eds.), *Love and attraction*. Oxford: Pergamon Press
- Kelly G (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. Londres: Routledge.
- Kelly, G.A. (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos* (B. Maher, compilación en inglés; G. Feixas, editor). Barcelona: Paidós.
- Landfield, A. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. Lincoln: University of Nebraska.
- Landfield, A.W. (1976). A personal construct approach to suicidal behaviour. In P. Slater (ed.), *The measurement of intrapersonal space by grid technique*. Vol. 1. London: Wiley.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

- Linares, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós
- Linares, J.L. (2009). *Una visión relacional de los trastornos de personalidad*. Manuscrito no publicado.
- McKain, T.L., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Sydnor-greenbeg, J.M., Shea C.A. (1988). Personal Constructs and Shyness Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.
- Neimeyer, G. & Hall, A. G. (1988) Personal identity in disturbed marital relationships. In: F. Fransella & L. Thomas (eds.), *Experimenting with personal construct psychology* (pp.297-307). London: Routledge & Kegan Paul.
- Neimeyer, G.J. (1993). *Constructivist assessment: A casebook*. Newbury Park: Sage.
- Neimeyer, R.A. y Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (1), 47-56.
- Procter, H. (1978). Personal construct theory and the family: A theoretical and methodological study. Unpublished doctoral dissertation, University of Bristol.
- Procter, H.G. & Brennan, J. (1985) Kelly and Erickson: Toward a Personal Construct Hypnotherapy. Paper presented to the Sixth International Congress on PCP. Churchill College, Cambridge, UK.
- Procter, H.G. & Walker, G. (1987) Brief Therapy. In Street, E. & Dryden, W. (eds) *Family Therapy in Britain*. Open University Press, Milton Keynes.
- Rowe, D. (1971) Poor prognosis in a case of depression as predicted by the repertory grid *British Journal of Psychiatry*, 118, 231-244.
- Rowe, D. (1983) *Depression: The Way Out of the Prison*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Ugazio, V. (1998). *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona: Paidós, 2000.
- Winter, D. A. (1985) Repertory grid technique in the evaluation of therapeutic outcome. In: N. Beail (ed.), *Repertory grid technique and personal constructs - Applications in clinical and educational settings* (pp 154-172). London Sydney, Croom Helm.
- Winter, D. A. (1992). *Personal construct theory in clinical practice: Theory, research and applications*. London: Routledge.

## **ANEXO 1**

## **ANEXO 2**

# INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	- 2 -
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	- 2 -
<b>MÉTODO</b> .....	- 12 -
PARTICIPANTES .....	- 12 -
INSTRUMENTOS Y MEDIDAS .....	- 12 -
PROCEDIMIENTO .....	- 14 -
<b>RESULTADOS</b> .....	- 15 -
1.-ANÁLISIS DEL CONTENIDO GENERAL DE CONSTRUCTOS PERSONALES .....	- 15 -
2.- ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LOS CONSTRUCTOS DE LOS DI.....	- 18 -
<b>DISCUSIÓN</b> .....	- 20 -
<b>CONCLUSIONES</b> .....	- 25 -
<b>REFERENCIAS</b> .....	- 28 -
<b>ANEXO 1</b> .....	- 31 -
<b>ANEXO 2</b> .....	- 32 -
<b>INDICE</b> .....	- 33 -