

Análisis de contenido de constructos personales en la depresión

Adrián Montesano,¹ Guillem Feixas¹ Nicolás Varlotta¹

Artículo original

SUMMARY

Kelly's Personal Construct Psychology (PCP) proposes that attributing meaning to experience is the most fundamental process of human psychological functioning. He describes psychological activity as a continuous process of creating, testing and revising personal theories (usually implicit) that allow people to understand and anticipate events. Personal constructs are the basic units of these personal theories. Constructs are bipolar contrasts of meaning that form an evolving network through which psychological processes are canalized. This system provides with a limited number of alternative views for explaining, anticipating and participating in life.

One of the most significant contributions to psychological research made by PCP concerns the possibility to develop tools for the study of subjective construing. The Role Construct Repertory Grid (RepGrid) has been extensively used to explore the view subjects have of themselves, others and their problems. This technique elicits a sample of verbal descriptions of contrasting alternatives, his or her personal constructs; and provides several measures of self construing (e.g., self-esteem) and systems organization (e.g., complexity).

Several authors point out the utility and pertinence of exploring the construct system in the evaluation of depressive disorders. They show the interest of studying the construct systems of depressive patients in order to measure some aspects that symptom and standard cognitive measures of cognitive distortions do not take into account. Depressive mood is highly influenced by the subject's view of him or herself and others, and by the organization of his or her constructs. However, the content of these personal constructs has received far less attention from researchers. The main goal of this article is to complement the PCP model of depression through the content analysis of personal constructs.

In contrast with traditional content analysis, we do not evaluate the valency of the content but the principal meaning dimensions through which depressive people describe their interpersonal experience.

According to PCP and other cognitive approaches, we hypothesize that the contents of the construct systems in the depressive sample are different from those of the control group. Specifically, we believe that the depressive group will show a higher number of constructs related to emotions and morality.

The present study was carried out with 53 patients seeking psychological treatment in various private clinics in Barcelona who met DSM-IV criteria for depressive unipolar disorders. The non-clinical

comparison group ($n= 53$), paired by sex and age with the clinical one, included volunteers recruited by graduate and undergraduate students from the University of Barcelona as part of their practical experience with the RepGrid, after receiving specific training in its administration. To compare the pattern of the construct system of both groups, we categorized the content of the personal constructs elicited with the RepGrid using the Classification System for Personal Constructs (SCCP) developed by Feixas et al. The SCCP is composed of six thematic areas (moral, emotional, relational, personal, intellectual, and values/interests) broken down into 45 different categories.

Inter-rater agreement was used to determine the reliability of the SCCP. The results were very satisfactory regarding the percentage of agreement between judges. Cohen's Kappa coefficient confirmed the high level of reliability of the SCCP, which was higher than that obtained in previous studies.

Data provides evidence of the differences in content frequency distributions between the clinical and non-clinical groups. People from the depressive sample tend to use more constructs related to emotions and less to intellectual issues. The depressive group showed more constructs within certain specific categories such as «tolerant-authoritarian», «thoughtful-shallow» and «strong-weak», and less constructs referring to sexuality.

The results indicate that content patterns of depressed people show various specific thematic emphases. Indeed, from the wide range of stimuli coming from interpersonal experience, the emotional aspects acquire a special saliency. Although the exploratory nature of the present study does not allow us to establish causal inference, it seems evident that the tendency of depressive people to focus on the emotional dimension could play an important role in the maintenance of the depressive symptoms.

Likewise, the lack of constructs concerning intellectual and personal issues reinforces the idea that depressed people tend to focus on the emotional aspects of the interpersonal experience.

The results from the content analysis of specific categories show some contrasting features in the construing systems of both groups. The low self-esteem frequently reported for depressive subjects, a self-demanding attitude, and a negative image of the self are aspects potentially related to the «strong-weak» dimension of meaning, which emerged as the most diverging dimension among the 45 categories within the six areas.

On the other hand, constructs within the category «tolerant-authoritarian» allude to the focus on certain specific interpersonal

¹ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Correspondencia: Dr. Adrián Montesano. Departamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Passeig Vall d'hebron 171, 08035 Barcelona, España. Fax 934021362. adrianmontesano@gmail.com

Recibido primera versión: 5 de febrero de 2008. Segunda versión: 13 de marzo de 2009. Aceptado: 14 de abril de 2009.

aspects of experience. The concern about respect and power in relationships turns out to be an important meaning dimension, which is in line with the special interpersonal sensitivity displayed by depressive people when facing judgement and disapproval on the part of significant others.

When we hypothesized that depressive people would present a greater number of moral constructs, we were considering that this higher frequency would be reflecting symptomatic aspects about perfectionism and self-demands. The explorative content analysis of this study has not shown enough sensitivity to this important feature of depressive people. Doubtlessly, a more refined research strategy is necessary in order to achieve a better understanding of the role played by morality in the construing systems.

Finally, from the limitations of the present study, some issues are proposed for future lines of research. The combination of content and structural aspects, such as implicative dilemmas, seems to be the best alternative for the evaluation of the construct systems of depressive people. Thus, the advantages of studying the organization and the thematic emphases of individual systems of meaning can be combined.

In any case, these results provide evidence for the clinical and theoretical advantages of the SCCP in studying the content of personal meaning systems. Therefore, it seems to be a fruitful and useful assessment instrument which allows the clinician to understand the patient's problem in his or her own way of construing.

Key words: Depression, RepGrid, personal construct, content analysis.

RESUMEN

Desde el marco de la Psicología de los Constructos Personales (PCP) de Kelly, es posible estudiar de forma sistemática la construcción subjetiva que las personas hacen de sí mismas y de sus problemas. Feixas et al. destacan la pertinencia del estudio de los sistemas de construcción en la evaluación del trastorno depresivo puesto que miden aspectos que no son suficientemente valorados por las medidas cognitivas estándar sobre los síntomas y las distorsiones cognitivas. La mayoría de los trabajos sobre la depresión basados en la PCP se han centrado en las características estructurales, en cambio los aspectos del contenido han recibido menor interés.

El propósito de este estudio es realizar un análisis de contenido de los constructos personales en la depresión. Actualmente no existe ningún estudio que haya explorado de forma sistemática las dimensiones de contenido más significativas para esta población.

En concordancia con la PCP y otros enfoques cognitivos, hipotetizamos que el contenido de los sistemas de construcción de la muestra depresiva es distinto al de la población normal. En concreto, creemos que la población clínica presenta mayor frecuencia de constructos de tipo moral y emocional en comparación con la muestra no clínica.

Para poder poner a prueba estas hipótesis se analizaron los constructos de 106 sujetos, con edades comprendidas entre los 19 y los 57 años, divididos en dos grupos, un grupo clínico ($n=53$) de personas diagnosticadas con alguna modalidad depresiva unipolar y otro grupo no clínico ($n=53$). Categorizamos el contenido de los constructos elicidos con la técnica de rejilla por medio del Sistema de Categorías de Constructos Personales (SCCP) desarrollado por Feixas et al. El SCCP es un sistema de clasificación compuesto por un total de seis áreas temáticas (moral, emocional, relacional, personal, intelectual y valores e intereses) que se desglosan en 45 categorías para codificar el contenido de los constructos personales. Los principales resultados muestran que existen diferencias significativas entre las distribuciones de frecuencias del contenido de ambas poblaciones. Las personas con depresión (PD) utilizan significativamente más constructos de tipo emocional, y menos de tipo intelectual. Además, en comparación a la muestra normal, los depresivos muestran mayor número de constructos en las categorías «reflexiva-superficial», «tolerante-autoritaria» y, de forma más destacada, en la dimensión «fuerte-débil».

Los resultados indican que el patrón prototípico del contenido de los sistemas de constructos de las PD difiere en el énfasis temático predominante. En efecto, de la variedad de acontecimientos de la experiencia, los aspectos conativos resultan especialmente notorios para las personas con depresión. Por otro lado, la carencia de constructos intelectuales y personales refuerza la idea de que las personas con depresión emplean gran parte de su actividad mental en el procesamiento de los aspectos emocionales de la experiencia. Aunque la naturaleza exploratoria de este estudio no permite establecer líneas causales, parece evidente que la focalización de la actividad psicológica de las PD en la dimensión afectiva de la experiencia puede estar desempeñando un papel importante en el mantenimiento de la problemática depresiva.

Por último, a partir de las limitaciones de este estudio se proponen algunos diseños para la investigación futura acerca de la relación entre el contenido y la estructura de los sistemas de construcción de las personas con depresión.

Palabras clave: Depresión, técnica de rejilla, constructos personales, análisis de contenido.

INTRODUCCIÓN

Este estudio se enmarca dentro del trabajo que llevan realizando varios investigadores¹⁻⁷ en la línea de la PCP propuesta por Kelly.^{8,9} Desde esta perspectiva constructivista se entiende que el significado que se atribuye a los acontecimientos es la base del funcionamiento de los seres humanos (Feixas y Villegas).¹⁰ El ser humano es un «científico» que pone a prueba sus «hipótesis» en tanto que trata de organizar, interpretar y anticipar su experiencia a partir de sus propias teorías informales, es decir, sus sistemas de construcción. El eje vertebral del funcionamiento psi-

cológico es la proactividad del ser humano como constructor de los significados de sus vivencias. El proceso básico de la proactividad constructiva, de acuerdo con la PCP, es la captación de diferencias y similitudes de la experiencia. En este proceso el individuo desarrolla un sistema de construcción dinámico formado por un número finito de constructos bipolares. Los constructos, que son dimensiones de significado, conforman la unidad básica de la experiencia y por medio de ellos constituimos nuestra concepción idiosincrásica del mundo, de manera que cumplen una doble función: no sólo procesamos los acontecimientos mediante los constructos de nuestro sistema

sino que también anticipamos nuestra experiencia en función de los mismos.

Una de las formas más utilizadas para estudiar los constructos personales es la Técnica de la Rejilla (TR). Neimeyer y Feixas¹¹ 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. Parece obvio, pues, que la PCP y los instrumentos derivados de su énfasis teórico en el punto de vista del sujeto contribuyen a ampliar los modelos de evaluación y tratamiento de los trastornos depresivos.

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. Winter¹² señala que Kelly,⁸ en su descripción de los diferentes tipos de trastornos psicológicos, dedicó únicamente una página (de un total de 1197) a los aspectos de contenido, aunque por otra parte señaló que «con bastante frecuencia la dificultad del paciente surge del significado intrínseco de sus constructos personales más que de la forma general que han asumido».

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 del contenido de los constructos personales. El más antiguo es el de Landfield¹³ que, sin embargo, cuenta con una calidad metodológica insuficiente. En respuesta a estas carencias, Feixas et al.¹⁴ han presentado recientemente el Sistema de Categorías para Constructos Personales (SCCP), el cual ha mostrado una notable fiabilidad, con categorías exhaustivas y exclusivas.¹⁵

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. Winter¹² 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 et al.¹⁶ 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,¹⁷ 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 Hall¹⁸ 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 et al.¹⁹ compararon el contenido de constructos de mujeres universitarias que tenían una historia de abuso sexual con otras universitarias que no habían sufrido tal 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. Fransella²⁰ encontró que las personas con problemas de tartamudez usaban mayor número de constructos sobre problemas relationales que el grupo control. Landfield²¹ exploró el contenido de constructos de personas que habían cometido algún intento de suicidio grave, y encontró que éstas 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 constrictión de acuerdo con la visión de Kelly⁹ sobre el suicidio.

En nuestro estudio nos proponemos investigar los contenidos cognitivos, entendidos como constructos personales, de sujetos con diagnóstico de depresión puesto que actualmente no existe ningún estudio que haya explorado de forma sistemática los patrones de contenido de esta población. En concordancia con la PCP y otros enfoques cognitivos, hipotetizamos que el contenido de los sistemas de construcción de la muestra depresiva es distinto al de la población no clínica. Particularmente, pensamos que la población con depresión presentará mayor frecuencia de constructos de tipo moral y emocional en comparación con la muestra no clínica.

MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio consta de 106 personas, divididas en dos grupos: grupo control y muestra clínica. La muestra clínica consta de 53 personas que acudieron en busca de psicoterapia en consulta privada, diagnosticadas en la categoría del DSM de distimia (n=23), depresión mayor (n=10), trastorno depresivo no especificado (n=9), trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (n=8) o tras-

torno adaptativo mixto ($n=3$). 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, presentar algún tipo de diagnóstico en el eje de los trastornos de la personalidad, o ser analfabeto. El grupo control se escogió de la base de datos comparando en pares por edad y sexo, y está 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 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.⁸ Existen varias modalidades y diseños posibles de aplicación (Feixas y Cornejo).^{22,23} En nuestro estudio se llevó a cabo una «rejilla interpersonal». 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 se pregunta por las similitudes y diferencias entre ellas 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 siete puntos dando lugar a una matriz numérica susceptible de ser analizada tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

El SCCP, desarrollado por Feixas et al.,¹⁴ es un sistema de clasificación para codificar el contenido de los constructos personales derivados de los procedimientos de evaluación constructivista.²⁴ 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 seis áreas temáticas que se desglosan en 45 categorías exclusivas y exhaustivas. 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.

Procedimiento

Las 106 rejillas del estudio proceden de la base de datos del Proyecto Multicéntrico Dilema²⁵ (véase www.usal.es/tcp). Dos jueces codificaron los constructos de las rejillas de la muestra clínica y otros dos las del grupo control utilizan-

do 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. 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

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 el cuadro 1 se resume la descripción de los resultados.

El valor del índice Kappa es excelente y supera la fiabilidad obtenida por el sistema en estudios anteriores.

Cuadro 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 depresión; NC: Muestra no clínica.

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

		Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual	Val. e inter.	Total
PD	Fr.	176.0	238.0	208.0	190.0	16.0	50.0	878.0
	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.	0.3	3.8	-1.4	-1.6	-2.7	.0	
NC	Fr.	202.0	205.0	275.0	256.0	41.0	59.0	1038.0
	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	0.0	
Total	Total	378.0	443.0	483.0	446.0	57.0	109.0	1916.0

RC: Residuos tipificados corregidos; Fr.: Frecuencia; Fr. esp.: Frecuencia esperada.

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 (DCC) en las áreas del SCCP, se realiza un análisis de cuadros de contingencia, prueba Chi-cuadrada, entre los dos grupos. En el cuadro 2 se resumen los análisis llevados a cabo.

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. Atenemos al valor de los residuos corregidos (RC) identificando los que superan 1.96 ($\alpha=0.05$), para conocer las áreas concretas a las que se debe tal diferencia. Del examen de estos valores se pueden obtener las siguientes consideraciones: a. Como se esperaba, la máxima diferencia en la DCC se encuentra en el área emocional, siendo la muestra clínica la que presenta un porcentaje mayor de constructos en esta área. b. 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. 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 el cuadro 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.

Teniendo en cuenta que la muestra clínica está formada por distintos tipos de trastornos depresivos, hemos observado la DCC de cada uno de estos subtipos con el objetivo de explorar si existen diferencias entre ellas.

Si observamos los resultados descriptivos del cuadro 3, las DCC de los distintos tipos diagnósticos muestran un patrón bastante uniforme, por lo que parece que ninguno de los subtipos contribuye de manera más significativa a las diferencias halladas en la comparación entre la muestra clínica y la no clínica.

Con la finalidad de realizar un examen más detallado de las diferencias entre las DCC, 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-cuadrada entre las DCC que ambos grupos mostraron en las categorías intra-área.

De los resultados se desprende que fueron tres las áreas en las que las DCC 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 (cuadro 4) señala como significativas las siguientes categorías: los constructos referidos a la sexualidad del área emocional, la categoría «tolerante-autoritaria» del área relacional

Cuadro 3. Porcentaje de constructos de los subtipos del grupo clínico en las distintas áreas

Diagnóstico	Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual	Val. e inter.
Distimia	19.29	26.14	24.37	21.57	2.28	6.35
Tr. adaptativo	20.13	29.56	22.01	24.53	0.00	3.77
Depresión mayor	23.48	24.24	25.76	22.73	0.76	3.03
Tr. depresivo no especificado	16.08	29.37	24.48	20.28	3.50	6.29

y las categorías «reflexiva-superficial» y «fuerte-débil» del área personal. Siendo esta última la que mayor diferencia exhibe entre las dos muestras.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos describen una geografía particular del espacio psicológico de las personas con depresión (PD). Confirman que, en general, el patrón de contenido del sistema de construcción de los pacientes con depresión se diferencia de las distribuciones encontradas en la población no clínica. En este sentido no hemos observado en este trabajo diferencias entre los distintos subtipos diagnósticos incluidos en el estudio a pesar de que son alteraciones muy distintas desde el punto de vista neurobiológico. Sería de interés comparar este patrón con el de otros grupos clínicos como por ejemplo con personas diagnosticadas con ansiedad o trastorno psicosomático.

Las PD 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.²⁶ La predominancia de constructos emocionales en las rejillas evaluadas indica que las PD, en comparación a la muestra no clínica, anticipan y construyen su realidad atendiendo principalmente a los aspectos emocionales. Así, de la variedad de acontecimientos de la experiencia, los aspectos conativos resultan especialmente notorios para las PD.

Otra de las características generales 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 PD presentan un porcentaje alto de constructos, la dife-

rencia en el área personal entre las muestras resulta mucho más clara. La escasez de constructos en estas áreas refuerza la idea de que las PD emplean gran parte de su actividad mental en el procesamiento de los aspectos emocionales de la experiencia.

A pesar de constatar el predominio de constructos emocionales en las PD, no se puede concluir, sin embargo, que la abundancia de contenidos emocionales en sus sistemas de construcción constituya un factor en la génesis o el mantenimiento del trastorno depresivo dada la naturaleza no longitudinal del estudio. Podría considerarse, en cambio, la hipótesis contraria, a saber, que la gran disponibilidad de constructos afectivos facilita la diferenciación de experiencias emocionales y que, por tanto, este subsistema resulta un instrumento útil para protegerse de estados emocionales depresivos. No obstante, el que las PD muestren un gran número de constructos emocionales no implica que este subsistema esté elaborado de forma óptima. Por el contrario, es posible que, tal como afirma Silverman,²⁷ si este subsistema carece de una estructura flexible la construcción predominante de la experiencia en términos emocionales rígidos pueda considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales. Sería conveniente profundizar en investigaciones futuras en el análisis de las características estructurales del subsistema afectivo de las PD para clarificar la relevancia del subsistema emocional como un factor significativo en la depresión.

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 PD. La baja autoestima típicamente encontrada en sujetos depresivos,²⁸ la imagen negativa sobre el sí mismo,²⁹ y la autoexigencia³⁰ son aspectos relacionados con esta dimensión.

Cuadro 4. 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
1A	24	30	-1.4	1.4	2O	0	4	-1.9	1.9	4E	12	15	-1.4	1.4
1B	60	48	0.5	-0.5	3A	106	79	0.1	-0.1	4F	20	11	0.8	-0.8
1C	19	13	0.7	-0.7	3B	31	15	1.5	-1.5	4G	4	10	-2.2	2.2
1D	6	11	-1.5	1.5	3C	17	3	1.6	-1.6	4H	33	17	1.3	-0.1
1E	13	11	0.1	-0.1	3D	28	35	-2.1	2.1	4O	32	16	1.4	-1.4
1F	41	25	1.6	-1.6	3E	23	10	1.5	-1.5	5A	2	2	-1.0	1.0
1G	2	5	-1.3	1.3	3F	20	18	-0.6	0.6	5B	9	7	-1.6	1.6
1H	29	20	0.9	-0.9	3G	3	5	-1.1	1.1	5C	4	1	0.4	-0.4
1O	8	13	1.5	-1.5	3H	20	19	0.7	-0.7	5D	5	3	-0.6	0.6
2A	37	28	1.8	-1.8	3I	12	9	0.0	0.0	5E	12	1	1.9	-1.9
2B	55	66	-0.2	0.2	3O	15	15	-0.8	0.8	5F	9	2	0.8	-0.8
2C	27	35	-0.5	0.5	4A	26	51	-4.6	4.6	5O	0	0	0.0	0.0
2D	60	79	-0.9	0.9	4B	37	29	-0.2	0.2	6A	24	21	-0.2	0.2
2E	17	24	-0.6	0.6	4C	37	23	0.7	-0.7	6B	35	29	0.2	-0.2
2F	9	2	2.4	-2.4	4D	55	18	1.4	-1.4	6O	0	0	0.0	0.0

C: Categoría; FC.: Frecuencia constructos; RC: Residuos corregidos; PD:Personas con depresión; NC: Muestra no clínica.

Por otro lado, la categoría «tolerante-autoritaria» contiene aspectos temáticos que han mostrado ser relevantes para los pacientes depresivos. En efecto, la preocupación por el respeto y el poder en las relaciones resulta una dimensión de significado importante si tenemos en cuenta la especial sensibilidad interpersonal de las PD a la desaprobación y al juicio de las personas significativas de su entorno.

Por último, la carencia de constructos relativos a la sexualidad puede estar reflejando la falta de interés de muchos de estos pacientes por esta actividad.³¹ 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 PD 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. Los análisis exploratorios de nuestro estudio no han confirmado esta característica fundamental de las PD. Es evidente que resulta necesario otro tipo de aproximación más refinada para observar el papel que desempeña la moralidad en la construcción de la realidad de las PD. Una forma de profundizar en el estudio del contenido moral consiste en examinar la función de este tipo de constructos en configuraciones específicas del sistema de construcción relacionadas con la sintomatología y la salud psicológica. Tal es el caso de los dilemas implicativos. Feixas et al.^{25,32,33} han señalado la relevancia del papel de los dilemas implicativos en distintos trastornos de la población clínica. El análisis de contenido de estas configuraciones en una investigación posterior puede clarificar la función que cumple el contenido moral en el modo de construir la experiencia de las PD.

Otro aspecto de gran interés sería evaluar el cambio en los patrones de contenido de constructos personales en función de distintas variables. Una aproximación longitudinal nos permitiría explorar en qué medida los constructos se modifican, por ejemplo, en función del tiempo de evolución de la enfermedad o como resultado de un tratamiento. Cuestiones éstas que quedan abiertas para futuros estudios.

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 la persona da sentido a su experiencia y construir así mapas elaborados de su vida psicológica en sus propios términos. El SCCP, a pesar de ser un sistema general de categorías, ha mostrado, además de una notable fiabilidad, cierta sensibilidad en la evaluación de las especificidades de las PD. En el aspecto clínico,

tanto la TR como el SCCP proporcionan una información muy valiosa para la comprensión del paciente en su contexto de coherencia y de las dimensiones de significado de su narrativa empobrecida que mantiene el problema.

REFERENCIAS

1. Botella L, Feixas G. La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona: Laertes; 1998.
2. Fransella F (ed). International handbook of personal construct psychology. UK, Chichester: Wiley; 2003.
3. Walker BM, Winter DA. The elaboration of personal construct psychology. Annu Rev Psychol 2007;58:453-477.
4. Bannister D, Fransella F. Inquiring man: the psychology of personal constructs. Tercera edición. Londres: Routledge; 1986.
5. Feixas G, Erazo MI, Harter S, Bach L. Construction of self and others in unipolar depressive disorders: A study using repertory grid technique. Cogn Ther Res 2008;32:386-400.
6. Feixas G. Subjective methods. En: Fernández-Ballesteros R (ed). The encyclopedia of psychological assessment. Londres: Sage; 2003; Vol. II.
7. Fransella F, Bell R, Bannister D. A manual for repertory grid technique. Segunda edición. Chichester, England: Willey; 2004.
8. Kelly GA. The psychology of personal constructs. New York: WW Norton; 1955.
9. Kelly GA. Psicología de los constructos personales: Textos escogidos. Maher B (comp.). Feixas G (ed). Barcelona: Paidós; 2001.
10. Feixas G, Villegas M. Constructivismo y psicoterapia. Tercera edición. Bilbao: Bilbao DDB; 2000.
11. Neimeyer RA, Feixas G. Cognitive assessment in depression: A comparison of some existing measures. European J Psychological Assessment 1992;8(1):47-56.
12. Winter D. Personal construct theory in clinical practice. London: Routledge; 1992.
13. Landfield A. Personal construct systems in psychotherapy. Lincoln: University of Nebraska; 1971.
14. Feixas G, Geldschläger H, Carmona M, Garzón B. Sistema de categorías de contenido para codificar constructos personales. Revista Psicología General Aplicada 2002;55(3):337-348.
15. Green B. Personal construct psychology and content analysis. Personal Construct Theory & Practice 2004;1:82-91.
16. McKain TL, Glass CR, Arnkoff DB, Sydnor-greenbeg JM, Shea CA. Personal constructs and Shyness symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, Toronto; 1988.
17. Howells K. Some meanings of children for pedophiles. En: Cook M, Wilson G (eds). Love and attraction. Oxford: Pergamon Press; 1979.
18. Neimeyer G, Hall A. Personal identity in disturbed marital relationships. En: Fransella F, Thomas L (eds.) Experimenting with personal construct psychology. London: Routledge & Kegan Paul; 1988.
19. Harter SL, Erbes CR, Hart CC. Content analysis of the personal constructs of female sexual abuse survivors elicited through Repertory Grid technique. J Constructivist Psychology 2004;17:27-43.
20. Fransella F. Personal change and reconstruction. Research on a treatment of stuttering. London: Academic Press; 1972.
21. Landfield AW. A personal construct approach to suicidal behaviour. En: Slater P (ed). The measurement of intrapersonal space by grid technique. Londres: Wiley; 1976.
22. Feixas G, Cornejo JM. GRIDCOR v. 4.0: Correspondence analysis of personal constructs. Barcelona: Psimedia (En Internet: <http://www.terapiaconcígita.net/record>); 2002.
23. Feixas G, Cornejo JM. Manual de la técnica de la rejilla mediante el programa RECORD ver.2.0. Segunda edición revisada. Barcelona: Paidos; 1996.
24. Neimeyer GJ (ed). Constructivist assessment: A casebook. Newbury Park: Sage; 1993.

25. Feixas G, Saúl LA. The multi-center dilemma project: An investigation on the role of cognitive conflicts in health. *Span J Psychol* 2004;7(1):69-78.
26. Dowd ET. Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International J Clinical Health Psychology* 2004;4:413-423.
27. Silverman G. Aspects of intensity of affective constructs in depressed patients. *Br J Psychiatry* 1977;130:174-176.
28. Ashworth CM, Blackburn IM, McPherson FM. The performance of depressed and maniac patients on some repertory grid measures: A cross-sectional study. *Br J Med Psychol* 1982;55:247-255.
29. Neimeyer R. Toward a personal construct conceptualization of depression and suicide. En: Epting FR, Neimeyer RA (eds). Personal meanings of death: applications of personal construct theory to clinical practice. New York: Hemisphere / McGraw-hill; 1984.
30. Arana FG, Lago A, Keegen E. Perfeccionismo y depresión: Revisión conceptual y aplicaciones en terapia cognitiva. CDROM Secretaría de Extensión UNMDP, 2004.
31. Steele TE, Finkelstein SH, Finkelstein FO. Marital discord, sexual problems and depression. *J Ner Ment Dis* 1976;4:225-237.
32. Feixas G, Saúl LA, Ávila-Espada A, Sánchez V. Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina Clínica Psicológica* 2001;X:5-13.
33. Feixas G, Saúl LA. Resolution of dilemmas by personal construct psychotherapy. En: Winter D, Viney LL (eds). Personal construct psychotherapy: Advances in theory, practice and research. Londres: Wiley; 2005.

Artículo sin conflicto de intereses

Análisis de contenido de constructos personales en la depresión

ANEXO 1. Sistema de categorías para codificar constructos personales

Área moral		
Se trata de una valoración que hace el sujeto con respecto al valor moral de la persona descrita o el elemento		
1A	Buena	Mala
1B	Altruista	Egoísta
1C	Humilde	Orgullosa
1D	Respetuosa	Juiciosa
1E	Fiel	Infiel
1F	Sincera	Falsa
1G	Justa	Injusta
1H	Responsable	Irresponsable
1O	Otros	
Área emocional		
Consiste en algún tipo de discriminación con respecto al grado de emocionalidad o sexualidad de la persona descrita, o a su actitud emocional ante la vida o bien con respecto a emociones específicas		
2A	Visceral	Racional
2B	Cálida	Fria
2C	Optimista	Pesimista
2D	Equilibrada	Desequilibrada
2E	Emociones concretas	
2F	Sexualidad	
2O	Otros	
Área relacional		
Se trata de todos aquellos aspectos que describen la modalidad de relación con los demás		
3A	Extrovertida	Introvertida
3B	Agradable	Desagradable
3C	Directa	Retorcida
3D	Tolerante	Autoritaria
3E	Conformista	Rebelde
3F	Dependiente	Independiente
3G	Pacífica	Agresiva
3H	Comprensiva	No comprensiva
3I	Confiada	Suspicaz
3O	Otros	
Área personal		
Se refiere a las características tradicionalmente adscritas al área de la personalidad o forma de ser		
4A	Fuerte	Débil
4B	Activa	Pasiva
4C	Trabajadora	Vaga
4D	Ordenada	Caótica
4E	Decidida	Indecisa
4F	Flexible	Rígida
4G	Reflexiva	Superficial
4H	Madura	Inmadura
4O	Otros	
Área intelectual		
Concierne a los aspectos relacionados con toda una variedad de capacidades, habilidades y conocimientos, tanto en el orden intelectual como en el operativo		
5A	Capaz	Incapaz
5B	Inteligente	Tonta
5C	Culta	Inculto
5D	Concentrada	Dispersa
5E	Creativa	No creativa
5F	Habilidades específicas	
5O	Otros	
Valores/intereses		
Se incluyen los constructos que hacen referencia a los valores ideológicos, religiosos, o específicos, así como intereses diversos		
6A	Valores ideológicos, políticos, religiosos, sociales, morales y de género	
6B	Valores e intereses específicos	
6O	Otros	