

Psicoterapia de constructos personales: intervención centrada en dilemas en un caso de ansiedad generalizada¹

Psychotherapy of personal constructs: intervention focused on dilemmas in a case of generalized anxiety

Recibido: 29 de abril de 2019 / Aceptado: 19 de junio de 2019 / Publicado: 20 de agosto de 2019

Forma de citar este artículo en APA:

Castaño Agudelo, A. (2019). Psicoterapia de constructos personales: intervención centrada en dilemas en un caso de ansiedad generalizada. *Poiésis*, (37), 104-134. DOI: 10.21501/16920945.3332

Alejandro Castaño Agudelo*

Resumen

Esta presentación de caso expone una intervención de constructos personales centrada en dilemas implicativos en una adolescente de 16 años de la ciudad de Medellín diagnosticada con porfiria aguda intermitente (PAI) de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) acorde a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM 5). El proceso terapéutico se desarrolló en dieciséis sesiones, teniendo como punto de referencia los parámetros propuestos por Senra, Feixas y Fernandes (2005), quienes plantean un protocolo general para el abordaje de estructuras dilemáticas, igualmente se consideró la elaboración posterior de Feixas y Compañ (2015) para el diseño del proceso terapéutico. Se definieron los dilemas implicativos a partir de la entrevista, la técnica de rejilla y la autocaracterización (Kelly, 1955). Durante la psicoterapia se abordaron dos de las configuraciones dilemáticas, las cuales se relacionaban con competencia personal e interacción social. En la etapa de finalización del tratamiento se evidenciaron cambios significativos a nivel del sistema de construcciones personales tales como el aumento de la autoestima, mayor percepción de cercanía con las personas significativas, así como una mayor adecuación de éstos a sus construcciones valoradas, transformaciones cuantificadas gracias a la Técnica de

¹ Este artículo corresponde al trabajo de grado para optar al título de magister en Psicoterapia de la Universidad Pontificia Bolivariana sede Medellín.

* Psicólogo egresado, Universidad CES, estudiante de maestría en en Psicoterapia Universidad, Pontificia Bolivariana. Colombia-Antioquia. Contacto: alcastanoa@gmail.com, Orcid Id. 0000-0002-4770-182X

Rejilla de Kelly. Igualmente, a nivel sintomático se lograron cambios notables, partiendo de la comparación de las mediciones pre-post tratamiento obtenidas con el inventario de ansiedad y depresión de Beck (BAI, BDI II). Estos resultados aportan evidencia a la psicología de constructos personales, lo que confirma hallazgos anteriormente expuestos en la literatura científica.

Palabras clave:

Dilema implicativo; Estudio de caso; Porfiria; Psicología de constructos personales, Trastorno de ansiedad generalizada.

Abstract

This case presentation exposes an intervention of personal constructs, focused on implicative dilemmas in a 16-year-old girl from Medellin diagnosed with intermittent acute porphyria (AIP) according to the International Classification of Diseases (ICD 10) and with disorder of generalized anxiety (DGA) according to the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM 5). The therapeutic process was developed in sixteen sessions, having as reference the parameters proposed by Senra, Feixas, and Fernandes (2005), who propose a general protocol for the approach of dilemmatic structures, the subsequent elaboration of Feixas and Compañ was also considered (2015) for the design of the therapeutic process. The implicative dilemmas were defined from the interview, the grid technique and the self-characterization (Kelly, 1955). During psychotherapy, two of the dilemmatic configurations were addressed, which related to personal competence and social interaction. In the stage of completion of the treatment, significant changes were evidenced at the level of the personal construction system such as the increase of self-esteem, greater perception of closeness with significant people, as well as, a greater adaptation of these to their value constructions; quantified transformations thanks to Kelly's Grid Technique. Similarly, significant changes were achieved at the symptomatic level, based on the comparison of pre-post treatment measurements obtained with Beck's anxiety and depression inventory (BAI, BDI II). These results provide evidence to the psychology of personal constructs, which confirms findings previously exposed in the scientific literature.

Keywords:

Implicative dilemma; Case study; Porphyria; Psychology of personal constructs, Generalized anxiety disorder.

Introducción

La porfiria es un desorden metabólico heterogéneo causado por una deficiencia enzimática de carácter hereditario que generalmente se presenta en mujeres, las cuales típicamente consultan a los especialistas de la salud por síntomas tales como dolores abdominales, vómitos, constipación y alteraciones neurológicas (Montoya, Barranco y Herrera, 2017). Esta sintomatología puede asociarse a múltiples factores tales como el ayuno, la dieta restrictiva, el consumo de sustancias psicoactivas, el uso de determinados compuestos químicos presentes en medicamentos, así como las infecciones y/o comorbilidades psiquiátricas (Menegueti et al., 2011).

Al hablar de los trastornos neurológicos como síntomas de la porfiria, Hung et al. (2011), hacen alusión a la presencia de afecciones de carácter sensorio-perceptuales, motoras o psiquiátricas inespecíficas, que deben ser tenidas en cuenta por el equipo psicoterapéutico tratante al momento de realizar la evaluación diagnóstica inicial ya que dichas manifestaciones podrían remitir si se les da una atención médica pertinente.

Referente a la presentación de este trastorno metabólico, Gázquez, Lujan, Chordá y Touzón (2010) argumentan que uno de los subtipos es la porfiria aguda intermitente, en adelante PAI, caracterizada por crisis frecuentes de dolor abdominal y en extremidades, así como por la presencia de alteraciones neuropsiquiátricas las cuales pudiesen manifestarse como síntomas de ansiedad, sin embargo la ocurrencia de estos síntomas deberá ser evaluada para descartar la comorbilidad del PAI con un trastorno de ansiedad no explicado por condición médica.

La porfiria es un síndrome que puede llevar al deterioro del sistema nervioso central debido a la exposición prolongada de este tejido a las toxinas, pudiéndose presentar trastornos mentales secundarios a esta condición. Es preciso aclarar que en algunos casos ambos cuadros coexisten sin relacionarse directamente, lo que hace necesaria la evaluación interdisciplinaria para abordar los síntomas psicopatológicos de forma pertinente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) refiere que los trastornos mentales a nivel mundial se encuentran en aumento. Entre los años 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó aproximadamente en un 50%, es decir, 416 millones de personas sufrieron algún tipo de trastorno mental, bien sea de ansiedad o del estado del ánimo. Desde esta perspectiva aquellas intervenciones psicoterapéuticas que se muestren efectivas son de enorme valor dado que aportan estrategias para disminuir el impacto y la carga que este tipo de cuadros tienen sobre la población mundial, más aún si se considera que una porción de ellos cursa simultáneamente PAI.

Uno de los cuadros pertenecientes a los síndromes de ansiedad es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el cual está codificado dentro del apartado de los Trastornos de Ansiedad del DSM-5 (APA, 2013). El TAG se caracteriza por la presencia constante de preocupaciones en diferentes áreas de la experiencia cotidiana, las cuales son desproporcionadas teniendo en cuenta las implicaciones que estas situaciones han acarreado a través del tiempo.

Torres de Galvis (2012) expone que el TAG tiene una prevalencia del 5.0% dentro de la población mundial. Igualmente da a conocer cómo a nivel nacional este síndrome exhibe una prevalencia del 1,3%, lo que significa que aproximadamente 546.000 personas lo padecen en el territorio colombiano (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña y Gómez, 2004). De acuerdo con estudios efectuados en el municipio de Medellín en el año 2011-2012, se afirma que en dicha ciudad el TAG tiene una prevalencia del 2.1%. (Torres de Galvis, 2012). Las cifras anteriormente presentadas cobran relevancia si se consideran las limitaciones y comorbilidades que este diagnóstico conlleva, ya que quienes lo padecen son más propensos al desarrollo de otros trastornos de ansiedad y del estado del ánimo.

El DSM-5 (2013) detalla cuáles son las principales preocupaciones en la población infantil que presenta este diagnóstico, al respecto plantea que la inquietud en esta etapa se relaciona con la competencia escolar, actividades de ocio, la puntualidad y eventos catastróficos particulares. Indican que esta población puede ser particularmente formal o perfeccionista, lo que puede llevar a una tendencia a la repetición de actividades para lograr un estándar o la búsqueda constante de reaseguramiento por parte de figuras significativas.

Hasta este punto se ha hecho una presentación del TAG, así como de la porfiria aguda intermitente. A continuación, se expondrá uno de los modelos psicoterapéuticos que en la actualidad permite entender el Trastorno de ansiedad generalizada y proporciona directrices de intervención, concretamente se abordará el modelo denominado psicología de constructos personales (Kelly, 1955).

Esta propuesta psicológica y psicoterapéutica ha expuesto diversos modos de intervención de los trastornos de ansiedad desde la epistemología constructivista, dado las características idiográficas de cada consultante y su sistema de constructos personales. Merece mencionarse su largar trayectoria, así como la evidencia investigativa que respalda su eficacia en diferentes problemáticas dentro de las cuales se encuentran los trastornos de ansiedad (Feixas y Villegas, 2000; Kelly, 1955; Winter y Viney, 2005; Holland, Neimeyer, Currier & Berman, 2007; Metcalfe, Winter & Viney, 2007; Winter, 2007).

La psicología de constructos personales tiene como punto de referencia la perspectiva filosófica denominada alternativismo constructivo. Desde esta postura la noción de realidad se considera como determinada solo por la capacidad proactiva del individuo para generar nuevas construcciones sobre ella, es decir que el hombre está en un constante proceso de construcción, deconstrucción y reconstrucción de su realidad al crear nuevas perspectivas más o menos fructíferas que las anteriores, las cuales son implementadas para anticiparse y comprender los fenómenos que lo circundan.

Esta cosmovisión igualmente plantea que el flujo de los acontecimientos y la posibilidad de que estos encajen con los significados personales se encuentra a una distancia infinita, es decir, que la noción de verdad única es cuestionada, ya que el individuo puede elaborar múltiples construcciones de los fenómenos de igual utilidad. Coherente a esto, los diversos significados que el ser humano provisionalmente elabora están sujetos al ciclo de la experiencia y son implementados a modo de mapa para prever y dar forma a la masa indiferenciada, expresión con la cual se describe tanto al mundo exterior como interior del ser humano (Kelly, 1969).

La psicología de constructos personales se fundamenta en un postulado central y en once corolarios: corolario de construcción, de elección, de experiencia, de modulación, de dicotomía, de organización, de fragmentación, de rango, de individualidad, de sociabilidad y de comunalidad (Kelly, 1955). A modo introductorio, la piedra angular de esta teoría explícita que cualquier empresa que el ser humano emprenda estará delimitada por los constructos personales que a priori ha desarrollado, desmarcándose de esta forma de cualquier pretensión objetivista en la cual el ambiente o la verdad externa determina al ser humano.

En su obra magna, Kelly describe al ser humano como un *hombre-científico*, de tal manera hace referencia al papel activo y proactivo que este tiene en la formación de estructuras de conocimiento o hipótesis a partir de las cuales da sentido a su existencia y actúa. Esta denominación será replanteada posteriormente por sus discípulos Bannister & Fransella (1989), quienes definen al ser humano como un buscador, ya que el hombre está constantemente haciéndose preguntas e intentando responderlas.

Los significados que el individuo desarrolla y revisa constantemente, o constructos personales (Kelly, 1955), son estructuras autorreferenciales de conocimiento que cuentan con dos polaridades, las cuales se establecen a través de la abstracción de similitudes y diferencias entre sucesos y a su vez conjugan aspectos conductuales, emocionales y cognitivos, prescindiendo así de la división cartesiana tradicional en la cual el significado es concebido como lógico e independiente del acto.

Saúl et al. (2012), exaltan la importancia de los constructos personales, afirmando que cada individuo emplea su sistema de significados previamente organizado de menor a mayor nivel de jerarquía a modo de guía para establecer semejanzas/diferencias entre experiencias y darle forma a su sentido de identidad y existencia.

Por otra parte Melis et al. (2011), plantean la importancia de tener en cuenta estos significados personales y su lógica interna al momento de planificar y desarrollar una estrategia terapéutica, la cual deberá adaptarse e integrarse por el propio individuo a la estructura de sus sistemas de significados, de manera que sea una elección elaborativa de su propia epistemología, o dicho en otras palabras, que la terapia sea construida por el consultante como una alternativa que le permita elaborar su sistema de constructos, para aumentar su capacidad predictiva y de utilidad.

Basándose en el papel protagónico que juegan los constructos personales se hace necesario obtener una copia de este mapa personal antes de iniciar la aventura terapéutica. Acorde a esta pretensión se han desarrollado estrategias evaluativas, resaltando la técnica de rejilla, con las cuales se puede analizar el contenido, la estructura o el nivel abstracción/concretud de las dimensiones de significado (Applegate, 1990) de forma tal que la réplica obtenida del sistema de constructos sea lo suficientemente detallada para comprender los movimientos que la persona efectúa.

Durante el proceso exploratorio es igualmente relevante identificar la relación asociativa subyacente a las dimensiones o constructos personales, pues a partir de ella se logra identificar trampas o dilemas existenciales en los cuales el individuo se implica. Con base en este objetivo la rejilla ofrece una serie de medidas relacionadas con los dilemas implicativos o constructos dilemáticos, nombre otorgado a los conflictos en la psicología de constructos personales. A continuación, se expondrá la noción de dilema implicativo.

La noción de dilema en la psicología de constructos personales fue introducida inicialmente por su creador George A. Kelly (1955) en su obra magna, quien hace uso de este concepto para destacar que cuando un individuo persevera en una conducta generadora de dificultades y sufrimiento, más que enfrentarse a una paradoja neurótica se enfrenta a un dilema debido a la limitación de su sistema para encontrar alternativas.

Kelly (1955), en el corolario de elección expone como el individuo continuamente realiza elecciones entre aquellas alternativas disponibles dentro de su sistema de constructos personales en pro de la elaboración de este, pudiendo ser deliberaciones en extensión o de definición. Este argumento cobra relevancia al momento de comprender el concepto de dilema implicativo ya que delinea cómo el individuo elige polos dentro de los constructos nucleares que le permitan preservar su sentido de identidad y existencia.

Sumado a lo anterior, Saúl et al. (2012) postulan que cada individuo realiza en cada constructo una elección, de acuerdo con los polos que ha establecido, y prefieren aquellos que consideran más útiles para anticipar los acontecimientos coherentemente a su construcción de identidad. Basado en esto, los dilemas terminan presentándose cuando al intentar realizar una elección deseada, la persona se enfrenta a una serie de implicaciones incongruentes con su sentido de identidad, motivo por el cual elige una alternativa contraria a pesar de que esta acarree limitaciones, pero sea consistente con sus construcciones centrales.

Melis et al. (2011) establecen similitudes entre el concepto de dilema y la tradicional paradoja neurótica, la cual es definida como el mantenimiento de conductas que a priori son disfuncionales y generadoras de altos niveles de sufrimiento y malestar. Feixas, Saúl, Winter, y Watson (2008), agregan que este tipo de paradoja puede relacionarse con la resistencia al cambio, aclara que, desde una perspectiva constructivista, la conducta de resistencia se conceptualiza como un intento por mantener la coherencia interna del sistema.

Feixas et al. (2008) propusieron una definición operativa del dilema implicativo, este conflicto representa la relación entre el polo deseado de un constructo congruente y polo sintomático de un constructo discrepante. Merece ser aclarado que esta esquematización se obtiene a partir de la técnica de rejilla.

Este instrumento de evaluación, desarrollado por Kelly en 1955, permite mapear las dimensiones de significado a partir de las cuales el individuo le da sentido a su experiencia personal e interpersonal. Este proceso de deconstrucción del sistema va a facilitar la obtención de datos de interés psicológico, permitiendo a su vez la identificación de tres diferentes tipos de conflictos cognitivos dentro de los cuales se encuentran los dilemas implicativos. Referente a la identificación de dilemas a través de la rejilla merece ser aclarado que en ocasiones éstos podrán ser identificados a través de procesos de entrevista o explorando las implicaciones de un constructo suministrado por el consultante previamente (Díaz Carretero, Feixas Viaplana, Pellungrini y Saúl Guitiérrez, 2001; Feixas y Saúl, 2005).

Tomando como referente la reseña anterior de la psicología de constructos personales, se hará una breve presentación de antecedentes investigativos, los cuales se relacionan con la hipótesis de que los conflictos cognitivos (dilema implicativo, constructos dilemáticos y conflicto tríadico) están presentes en los sistemas de significados de los consultantes y juegan un papel protagónico en el mantenimiento de los síntomas y el malestar personal. Se expondrán ya que robustecen la narrativa teórica a partir de la cual se deriva la presente intervención.

En 1999 se creó el Proyecto Multicéntrico Dilema (PMD), con el objetivo de investigar la relación entre los dilemas implicativos y variadas problemáticas de salud tanto físicas como mentales. Díaz Carretero et al. (2001), presentan los resultados de uno de estos esfuerzos investigativos, específicamente con población que ha sido diagnosticada con fobia social. Retomaron el planteamiento que Winter hizo en 1988, llegando a confirmar que quienes presentan este trastorno construyen la competencia social como contraria a sus construcciones nucleares de identidad.

Por otra parte, Benasayag, Feixas, Mearin, Saúl y Laso (2004) igualmente desde el PMD, exploraron los sistemas de constructos personales de pacientes que anteriormente habían sido diagnosticados con Síndrome de Intestino Irritable (SII), comparando los resultados con los de una muestra control. En este caso se concluyó que los participantes de la muestra clínica presentaban mayor número de dilemas implicativos y constructos dilemáticos en contraste a la muestra control, resaltando que quienes presentaban SII y trastornos de somatización fueron los que exhibieron una media más alta de este tipo de construcciones la cual fue =17.57, seguidos de aquellos que cumplían criterios para algún trastorno de ansiedad y SII con una media =8.20, en contraposición a la muestra de control que presentaba un promedio =4.

Este estudio igualmente arrojó información complementaria referente a la medida de construcción del sí mismo Yo–Yo Ideal, es decir, aquellas personas que cumplían criterios para algún trastorno ansioso y simultáneamente presentaban SII, obtuvieron una correlación media entre estos dos elementos de la rejilla de $r = 0.11$, indicando una alta discrepancia entre la construcción de sí actual y la ideal.

Siguiendo con esta exposición de antecedentes investigativos, Feixas, et. al. (2008), hallaron que a partir de intervenciones psicoterapéuticas se puede llegar a disminuir el número de dilemas. Estos autores refieren que el 50% de las personas que iban a participar de la intervención, al inicio presentaban dilemas, y finalizado el proceso, el 70% de ellos dejó de exhibirlos. Igualmente exponen que el efecto del cambio fue estadísticamente significativo, pues se observaron tanto modificaciones sintomatológicas como en el sistema de construcciones personales.

Feixas, Saúl y Ávila (2009) efectuaron otra investigación que soporta el objetivo del PMD, estos autores exploraron a partir de la técnica de rejilla la presencia de dilemas en una muestra de control y una clínica. Posteriormente realizaron el análisis de los respectivos protocolos, se concluyó que el 52.1% de la muestra clínica presentaban dilemas implicativos en mayores proporciones en comparación a la muestra control mientras que la población de referencia los exhibe en una tercera parte. De esta forma se evidencia tanto la presencia de dilemas implicativos en diferentes poblaciones clínicas como su relación con las puntuaciones sintomatológicas obtenidas a partir de instrumentos estandarizados, información de vital importancia al diseñar y ejecutar el plan de intervención terapéutica.

Por otra parte, Melis et al. (2011), estudiaron una muestra española de participantes diagnosticados con trastornos de ansiedad intentando determinar la relación entre este tipo de síndromes y mayores cantidades de configuraciones dilemáticas. Lograron observar que la muestra clínica exhibía mayores cantidades de dilemas con respecto al control tal, así como una mayor distancia en la medida de construcción del sí mismo “yo actual-yo ideal” en la población clínica, corroborando lo planeado por Benasayag et. al. (2004).

El trabajo que Saúl et al. (2012), será el último antecedente investigativo por exponer. Estos autores pretendían identificar la construcción y diferenciación del sí mismo de una muestra de participantes diagnosticados con depresión mayor, comparándola con una muestra control, para esto se aplicó la técnica de rejilla, de tal manera que se clasificaron los constructos en discrepantes, congruentes y dilemáticos. Posteriormente se analizó el contenido de los constructos personales a partir de las categorías de virtudes y fortalezas del carácter diseñadas por Seligman y Peterson (2004), con el fin de identificar el contenido de los constructos personales más recurrente.

A nivel cuantitativo se obtuvo que los individuos de la muestra clínica presentaban una construcción altamente negativa del sí mismo medida a partir de la correlación “Yo- Yo ideal”, así como una autopercepción de aislamiento considerable y una visión de los demás relativamente adecuada. Estos tres índices permitieron establecer un perfil de construcción del self de Aislamiento, de acuerdo con los propuestos por Feixas y Cornejo (1996). Adicionalmente se encontró

que los individuos de la muestra clínica presentaban el doble de constructos dilemáticos, cuatro veces más constructos discrepantes y la mitad de los constructos congruentes en relación con la población de control.

En términos cualitativos, se halló que los constructos discrepantes presentados por la muestra clínica hacían referencia a temáticas como la falta de autocontrol y la baja auto moderación de los síntomas y su estado actual, así como una elevada cantidad de construcciones con contenidos asociados a la inteligencia emocional, social y personal. Estos datos verifican la hipótesis de que los individuos depresivos presentan mayor cantidad de constructos emocionales, siendo estos los principales insumos para organizar y anticipar la experiencia.

Este último estudio es retomado ya que expone de forma exhaustiva como a partir del análisis cuantitativo y cualitativo de la técnica de la rejilla, se puede llegar a establecer hipótesis clínicas sobre las características estructurales y de contenido del sistema de constructos del consultante. La posibilidad de efectuar este tipo de interpretaciones en el ejercicio psicoterapéutico es invaluable, pues facilita la comprensión de la construcción que el consultante hace sobre sí mismo y su mundo partiendo de sus propias estructuras en diferentes momentos de su vida.

Son relevantes las anteriores investigaciones ya que sustentan la trayectoria de la psicoterapia de constructos personales, así como de intervenciones focalizadas en el abordaje y resolución de dilemas implicativos.

Identificación personal

Mujer de 16 años que en adelante se llamará Claudia, originaria de la ciudad de Medellín, soltera, sin hijos. Cursa el décimo grado de educación básica secundaria en una institución educativa privada de la ciudad. Reside con sus padres, el padre actualmente empleado, es el sostén económico de la familia, la madre es ama de casa.

Al momento de la evaluación inicial Claudia verbaliza que su relación con los padres es buena, sin embargo, acota que en ocasiones se presentan discusiones, debido a que ella no actúa según los parámetros de referencia que ellos consideran apropiados para una adolescente de su edad (poco ordenada con su ropa y cuarto, la forma de expresión de afecto es tosca, se enoja si los padres no la complacen o limitan las demandas que realiza en términos de actividades lúdico-deportivas y de formación). Su madre la significa como una persona que fácilmente se frustra cuando no obtiene lo esperado en sus actividades académicas, lúdicas y sociales. Adicionalmente la describe como extrovertida, buena estudiante y alegre. Su padre la ve como alguien luchadora, fuerte, que quiere salir adelante y competitiva.

Se considera una persona con buen sentido del humor, alegre, extrovertida, muy inteligente, competitiva, buena estudiante, preocupada por su desempeño escolar, con habilidades para la exposición, argumentación oral y los idiomas, buena amiga, preocupada por el bienestar de los

demás. Adicionalmente, se describe como alguien reservada, no tímida, que le gusta seleccionar minuciosamente sus amistades o como ella misma expresa “hacer un proceso de selección de los amigos” (Claudia, comunicación personal). Siente que se le dificulta encajar con compañeros de su edad debido a sus gustos y diferencias en su forma de pensar.

Su tiempo libre lo dedica a actividades como el ballet, la danza contemporánea, el tenis, cursos de idiomas y actividades de liderazgo social. Referente al ballet, expresa su deseo de lograr un desempeño alto que le permita participar en presentaciones regionales y nacionales. Argumenta que este interés no se limita al disfrute a corto plazo, pues considera que si dedicara su vida a esta actividad implicaría un sentido de plenitud y autorrealización. Sin embargo, Claudia argumenta tener claro que este tipo de aspiraciones son poco probables, ya que este tipo de actividades artísticas en su país tienen un futuro limitado.

Tratamientos anteriores

Médicos

En el año 2014 fue diagnosticada con disautonomía, por lo que requiere la implantación de marcapasos. En el primer semestre de 2017, se retira este dispositivo, ya que por complicaciones se produjo la iatrogenia. En el segundo semestre de 2017 la consultante presentó episodios de pseudocrisis convulsivas, por el cual debió ser hospitalizada en varias ocasiones, por esta época se le efectúa el test de porfirinas, a partir del cual es diagnosticada presuntivamente con porfiria.

Al momento de la entrevista inicial la consultante se encontraba bajo régimen farmacológico, con escitalopram y clonazepam. Este esquema fue sustituido durante el desarrollo del proceso terapéutico prescribiéndosele quetiapina y escitalopram.

Psicológicos y psiquiátricos

La consultante expresa que ha recurrido a diferentes tratamientos psiquiátricos y psicológicos desde el año 2016. Argumenta haberlos abandonado debido a la falta de mejoría significativa o inconformidad con los procesos terapéuticos anteriores.

Motivo de remisión

Claudia es remitida por el médico internista, con el objetivo de lograr adherencia a su diagnóstico médico, a las pautas de manejo y autocuidado.

Motivo de consulta

La paciente refiere “constantemente me siento estresada, el estrés hace parte de mí, no soy capaz de encontrar un punto medio”. Expresa dificultades para establecer y mantener relaciones con sus compañeros de estudio: “es muy difícil hacer trabajos de equipo con mis compañeros. Los grupos se dividen entre los que no quieren hacer nada y yo, que si quiero sacar buena nota”.

Diagnóstico

Se establece el diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada (300.02; F41.1) de acuerdo con los criterios del DSM-5 y el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10). Así como problemas académicos o educativos, (Z55.9 CIE-10), problemas relacionados con el entorno social (Z60.9 CIE-10) y problemas asociados al estilo de vida (Z72.9 CIE-10).

Historia de vida y del problema

Hija única, su madre recuerda que desde temprana edad se mostraba demandante por su atención “ella nos pedía algo y si no se lo dábamos entonces empezaba a hacer pataletas, o se mostraba rencorosa”. Sus padres la describen como el centro de atención de la familia desde temprana edad, dominando desde esos momentos muchas de las decisiones cotidianas en la lógica familiar (salidas los fines de semana, lugares para comer, tipo de hobbies a los cuales la inscriben, e indirectamente con sus pataletas el rumbo de los castigos y sanciones que se le imponían).

La consultante considera a su madre como una persona bastante exigente con la limpieza y el orden, llegando al punto de “echarle hipoclorito a todo” lo cual ha sido un estándar que desde etapas tempranas se le ha inculcado. La describe como alguien que constantemente le recuerda que las personas pueden llegar a ser crueles “si no se es suficientemente adecuado en términos sociales se puede llegar a ser víctima de ridiculizaciones por parte de la sociedad”. Construye a su padre como un hombre sumamente organizado, milimétrico, estresado, que está trabajando constantemente y es incapaz de postergar los deberes laborales. Según ella, él le enseñó a ser una persona competente en el estudio, que debe lograr un alto estándar académico por el cual sea merecedora de reconocimiento.

Adicionalmente, expone como su padre es una persona determinada, “desde que estaba pequeño sabía que quería ser ingeniero, durante toda su niñez jugaba con un casco y estaba convencido de que lo iba a lograr y lo terminó logrando”. Esta característica posteriormente se identifica como parte de los guiones o construcciones familiares.

Manifiesta que sus padres fueron criados en familias conservadoras, de mente cerrada y tradicionalistas, llegando a hacer parte del sistema de significados intergeneracionales que su núcleo familiar comparte. Esto se hace evidente cuando Claudia afirma:

Ellos fueron criados en familias donde se hacía solo lo que los papás dijeran, si no estaban de acuerdo los reprendían fuertemente, llegando a utilizar los castigos físicos. En mi caso ha sido diferente, sin embargo, ellos esperan de mí que sea una mujer exitosa laboral y académicamente, que tenga una carrera tradicional como en medicina o derecho. De hecho, si llegara a decirles que quiero ser ingeniera tendría su total aprobación (comunicación personal).

Describe su ingreso a la etapa escolar como algo agradable, sin dificultades con sus compañeros. Recuerda que, si bien era una niña con pocos amigos, lograba tener un buen desempeño académico, se destacaba por sus intereses (artes escénicas, animales fantásticos y danza.) Sin embargo, aclara que desde que ingresó a la secundaria comenzó a experimentar preocupaciones referentes a su competencia académica. "Siempre me he preocupado por ser una buena estudiante, quiero lograr buenas notas. Para mí es muy importante ser inteligente".

Claudia identifica el comienzo de los síntomas actuales (preocupación por su desempeño escolar y social, tensión constante, inquietud y ansiedad, incapacidad para relajarse, dificultades del sueño, aprehensión referente a su futuro académico y estado de salud general) cuando tenía 13 años. Ella recuerda esta época como difícil, pues se presentaron episodios de desmayos y pérdida de conciencia, así como choques con sus compañeras de colegio quienes se burlaban de ella porque me desmayaba. Sus compañeras explicaban sus desmayos como formas de llamar la atención, lo cual repercutió negativamente, ya que según ella no estaba en ningún momento inventando desmayos para llamar la atención. Recuerda que su ansiedad por esa época incrementó haciéndose más fuerte su temor al bajo rendimiento y a la crítica social.

Debido a las dificultades de salud (fue diagnosticada con disautonomía) la consultante requirió que las actividades escolares durante el resto de ese año fueran desarrolladas desde casa. Este cambio temporal representó para ella un alivio ya que "podía seguir siendo una estudiante destacada por sus buenas notas, sin tener que ser juzgada por su enfermedad". Logró finalizar el grado séptimo de educación básica secundaria. Debido a las críticas percibidas por ella provenientes de sus compañeros, sus padres tomaron la decisión de transferirla de institución educativa.

Inició octavo grado de educación básica secundaria en una nueva institución educativa, esta época estuvo marcada por constantes episodios de desmayos y pseudo convulsiones que la llevaban a perder el conocimiento, terminaron por exacerbar tanto la ansiedad como la preocupación por su estado de salud su desempeño escolar. "Ese año fue intenso porque nunca había tenido dificultades para aprobar mis materias. Me sentía constantemente preocupada, no lograba controlarme".

Debido a su delicado estado de salud, fue intervenida quirúrgicamente, implantándosele un marcapasos con la expectativa de que su ritmo cardíaco se regulara. Claudia aclara que este procedimiento y su posterior periodo de incapacidad y recuperación, la expusieron a nuevas burlas por parte de sus compañeras. “Constantemente me preguntaban sobre mi salud, cuestionaban si yo efectivamente estaba enferma o solo estaba dramatizando”. Los padres rememoran esta época como un momento particularmente difícil ya que, si bien ella se ausentaba de múltiples actividades escolares esto no impedía el cumplimiento de sus deberes académicos, motivo por el cual terminaba enfrentándose con sus pares en el aula.

Al finalizar el año 2015, los padres de Claudia deciden nuevamente transferirla a una nueva institución que fuera más flexible con las inasistencias e incapacidades de salud, decisión recibida favorablemente, ya que el futuro colegio tenía una modalidad de estudio diferente. Al respecto expresa “en ese colegio no tenía que socializar, iba a clase a hacer mis módulos, presentaba mis exámenes sin pensar en nada más. No tenía que conversar con gente poco inteligente, o esperar a que entiendan”.

Cursó el noveno grado de educación básica secundaria en esta institución, sintiéndose satisfecha, sin embargo, surgieron nuevas dificultades de salud asociadas al diagnóstico de disautonomía, motivo por el cual las directivas de la institución les solicitaron a sus padres que la retiraran, pues no contaban con un servicio de enfermería que pudiera responder idóneamente en este tipo de situaciones. Como alternativa les fue sugerido que mientras se hacía el cambio uno de ellos estuviera presente mientras su hija presentaba las actividades. Esta medida fue motivo de mofa por parte de sus compañeros llegando a llamarla simuladora o dramática. “Me sentía sumamente impotente al saber que en tres colegios diferentes las personas me juzgaban o abiertamente se burlaban de mí. Sentía que por más que intentaba solucionar las dificultades no lo lograba, ellos eran los depredadores y yo la presa”. Claudia detalla que la aprehensión por su desempeño y el elevado nivel de ansiedad somática eran muy notorios por durante ese año.

Los padres de la consultante toman la decisión de trasladarla nuevamente para el año 2017, debido a las constantes quejas relacionadas con las dificultades de socialización, siendo trasladada a la institución educativa en la cual actualmente desarrolla sus estudios. Durante ese año fue intervenida quirúrgicamente nuevamente, se le explantó el marcapasos asociado a complicaciones en el tejido cardíaco, debió ser hospitalizada en diferentes ocasiones debido crisis que no lograban ser controladas. La familia resalta que, en uno de los ingresos al hospital se lanzó desde un segundo piso, hecho que no logra ser explicado por los médicos in situ. Debido a la presencia de pseudo-crisis convulsivas no explicadas por el diagnóstico de Disautonomía, así como episodios como el anteriormente descrito fue remitida al médico internista, quien confirma un nuevo diagnóstico: porfiria aguda intermitente.

Tanto la consultante como su familia manifiestan sentir ansiedad ante este nuevo diagnóstico, ya que no cuentan con el conocimiento y experiencia para hacerle frente. Adicionalmente explicitan que las rutinas y sugerencias propias para mantener el estado de salud son un reto tanto para ella como para la familia, “pone a todos a pensar de una forma completamente diferente”. Como resultado, es remitida al servicio de psicología en el mes de octubre de 2017.

A nivel interpersonal, Claudia presenta encontrones con sus pares debido a que ella los percibe como poco dispuestos para efectuar las actividades escolares. “Nadie quiere estudiar, todos están en el salón hablando, escuchando música. Yo por el contrario quiero aprender, de hecho, quisiera poder participar y recibir respuesta de los docentes a mis inquietudes, pero mi interés es visto por ellos como signos de que quiero resaltar o ser el centro de atención”. Expone sentirse constantemente ansiosa y preocupada por los posibles bajos resultados académicos. Así mismo, describe las demandas de los directivos de su colegio como eventos que le generan ansiedad, “Me sugieren que me adapte a mis compañeros, esto es una violación a mi forma de ser”.

Estrategias de evaluación

La Técnica de Rejilla (TR)

Esta estrategia desarrollada por Kelly (1955) es el medio de evaluación constructivista por excelencia para establecer una medida del sistema de significados de los individuos, lo que permite obtener información sobre los constructos utilizados en el proceso de dar sentido a la experiencia. Consiste en una entrevista que permite elicitación de constructos personales, a su vez se obtienen características estructurales y del contenido del sistema.

Esta estrategia tiene un doble propósito: inicialmente permite la obtención de una imagen global y estructurada del sistema de significados del individuo, y de forma complementaria aporta índices cognitivos útiles para establecer comparaciones intra sujetos e inter-sujetos. Este último aspecto es relevante, ya que con el mismo instrumento se puede cuantificar el cambio terapéutico (Feixas et al., 2008).

A continuación, se describe su aplicación. En primera instancia se solicita al consultante el nombre de personas significativas, las cuales recibirán la denominación de elementos. Una vez obtenidos se pasa al proceso de obtención de los constructos o dimensiones de significado. Para ello se puede hacer uso de métodos de comparación monádico, diádico o tríadico en los cuales se espera obtener cada constructo con sus respectivos polos de contraste (Feixas y Cornejo, 1996). Se espera establecer semejanzas y diferencias entre cada par o trio de elementos para poder obtener las dimensiones implicadas en el proceso de dar sentido a la experiencia. Este procedimiento respeta el propio punto de vista del individuo al obtener las polaridades idiosincráticas de cada constructo. Haciendo referencia al presente estudio se aclara que para comparar los elementos y obtener las construcciones personales se implementó la metodología diádica.

El resultado final de la elicitación es una matriz en la cual se observa la relación entre constructos y elementos. Se hace uso de esta cuadrícula y pasa la puntuación de las personas significativas en cada una de las dimensiones, además se selecciona escalas de evaluación continuas tipo Likert, directas o dicotómicas, dependiendo de la preferencia y alcance del estudio (Feixas y Cornejo, 1996).

Una vez ubicados los elementos en los constructos haciendo uso de la puntuación, se pasa a la interpretación, proceso que puede efectuarse haciendo uso de diversos medios de análisis estadísticos, para llegar a índices cuantitativos (Feixas y Cornejo, 1996; Feixas, de la Fuente & Soldevilla, 2003).

En el presente estudio se tendrán en cuenta tanto los índices de construcción del sí mismo, obtenidos a partir de las correlaciones entre los elementos “yo actual-yo ideal”, “yo actual-otros” y “yo ideal-otros” así como el número de dilemas implicativos (DI). Se aclara que el sistema de puntuación implementado en la técnica de rejilla fue ajustado, por lo que paso de una escala tipo Likert de siete puntos a una de cinco.

Referente a estos índices de construcción del sí mismo, Saúl et al. (2012), plantean que la relación entre los elementos “yo-yo ideal” puede considerarse como medida de la autoestima, es decir, que la relación entre dichos elementos permite observar la discrepancia o congruencia que el individuo percibe entre quien es actualmente y quién quisiera llegar a ser.

Por otra parte, la medida de construcción del sí mismo “yo actual-otros” sugiere cuan aislado se considera el individuo de las personas que representan su mundo relacional o dicho de otra forma es una medida del aislamiento social auto percibido.

La relación “yo ideal-otros” es un indicador de la adecuación percibida de las personas que comparten con el evaluado, tomando como referencia las expectativas que éste tiene sobre ellos. A partir de este resultado se determina cuan adecuados o inadecuados son los seres significativos del consultante de acuerdo con sus propios estándares. Finalmente, el número de dilemas implicativos (DI) es una variable dicotómica en la cual se indica la presencia o ausencia de DI.

El Sistema de Categorías para Constructos Personales (SCCP), es uno de los procedimientos a partir de los cuales se efectúa el análisis cualitativo de la rejilla. Consta de seis áreas y 45 categorías a partir de las cuales se agrupan temáticamente los constructos e identifican ausencias de contenido. Dicho sistema ha sido diseñado de forma tal que se respete la jerarquía de las áreas y sus correspondientes categorías, queriendo decir que si un constructo cumple con los requisitos para ser agrupado en un área jerárquicamente superior no debe catalogarse en una menor. De mayor a menor jerarquía las áreas se posicionan de la siguiente forma: Moral (mayor jerarquía), Emocional, Relacional, Personal, Intelectual y Valores o intereses (menor jerarquía). En estos núcleos temáticos se presentan categorías las cuales entre sí no gozan de orden jerárquico específico (Feixas, Geldschläger, Carmona & Garzón, 2002).

El SCCP cuenta con un porcentaje de fiabilidad de interpretación inter-jueces de 87.7 % y un coeficiente de acuerdo entre evaluadores que va desde 0.9 a 0.95 dependiendo del procedimiento utilizado (I de Perrault o K de Cohen), confirmando su confiabilidad y similitud con test psicológicos de puntuación estandarizada.

Inventario de Depresión de Beck segunda edición (BDI-II) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck, Steer & Brown 1996). Este instrumento evalúa la intensidad y presencia de síntomas depresivos en población clínica y general. Se compone de 21 ítems de respuesta politómica (de 0 a 3), pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 0 y máximo de 63. Se diligencia a partir de la información reportada por el individuo respecto a su estado anímico en los últimos quince días, estimando así la presencia de síntomas depresivos de acuerdo con los criterios del trastorno depresivo mayor planteados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Goza de una alta adecuación psicométrica, así como de alta consistencia interna ($\alpha = 0.91$ y 0.90) y significativa validez convergente ($p < 0.05$) tanto en su versión original en idioma inglés como en español (Beck, Steer & Brown, 1996).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Es un inventario desarrollado para evaluar la gravedad de los síntomas ansiosos de manera tal que puedan ser discriminados de los obtenidos con el BDI y se preserve la validez convergente de ambos instrumentos, Sanz y García-Vera en el 2012 obtienen una correlación entre dichos test de $r = 0.56$ corroborando los hallazgos de estudios previos. Está compuesto por 21 ítems de respuesta tipo Likert de 4 puntos (0 a 3) pudiéndose obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 63.

Resultados de evaluación

En la tabla 1 se aprecian los resultados de los instrumentos aplicados (BAI, BDI-II y Técnica de Rejilla) pretratamiento y post-tratamiento.

Tabla 1.
Resultados iniciales y finales de los instrumentos aplicados durante la psicoterapia.

Instrumento aplicado	Pretratamiento	Post-tratamiento
BAI (Inventario de Ansiedad de Beck)	47	3
BDI-II (Inventario de Depresión de Beck segunda edición)	7	2
TÉCNICA DE REJILLA		
Correlación YO-IDEAL	0.54	0.90
Correlación YO-OTROS	-0.25	0.55
Correlación IDEAL-OTROS	-0.30	0.45
Nº DILEMA IMPLICATIVOS	7	0
INDICE DE POLARIZACIÓN	70.5	65.45
PVEPF	36.6	44.31

Fuente: elaboración propia

Las puntuaciones iniciales en los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck (BAI; BDI-II) indican la presencia de sintomatología de ansiedad grave y perturbaciones leves del estado anímico, exhibiendo síntomas fisiológicos, cognitivos y motivacionales clínicamente significativos.

En el apartado de la rejilla se presentan tres correlaciones referentes a la construcción del sí mismo, adicionalmente dos medidas de las características estructurales del sistema de construcciones personales que permiten establecer hipótesis clínicas: El índice de polarización permite estimar el grado de rigidez o relaciones exactas entre constructos en el entramado del sistema. Por otra parte, el Porcentaje De Varianza Explicado Por El Primer Factor (PVEPF) es una medida que permite explicar el grado de diferenciación o simplicidad del sistema constructos personales. (Feixas & Compañ, 2015).

Referente a la matriz de la Técnica de Rejilla de Claudia, se obtuvieron diez elementos, correspondientes a los padres, amigos, personas no gratas, tía, así como el yo actual y el yo ideal, así como veintidós constructos de los cuales uno fue retirado debido a su baja representatividad para el análisis. Merece mencionarse que este constructo descartado para el proceso del análisis cuantitativo es retomado más adelante al analizar el contenido del sistema de constructos de la consultante.

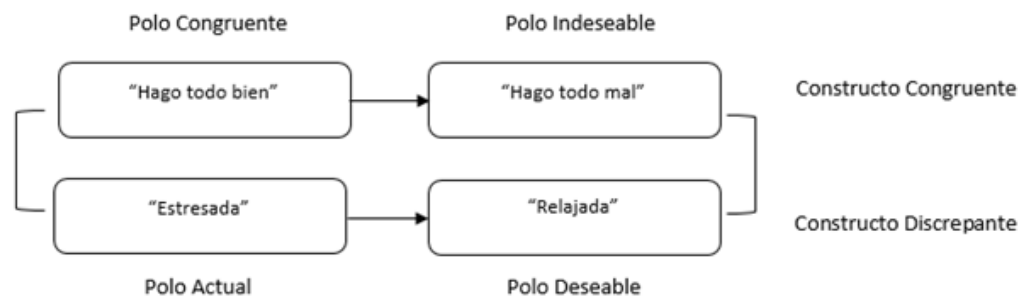
A continuación, se presentan los hallazgos del análisis cualitativo de la información de la Rejilla llevado a cabo con el sistema de clasificación de los constructos personales SCCP (Feixas, Geldschläger, Carmona & Garzón, 2002).

De acuerdo con las áreas y categorías de contenido de este sistema, la consultante presenta dos constructos en el área moral (sencillo/creído; prudente/se burla), cuatro en el área emocional (calmada/acelerada; tierna/no tierna; relajada/estresada; genio igual/genio raro), cuatro en el área relacional (no habla/habla mucho; pasa desapercibido/hace escándalo; paciente/impaciente; aburrido/ divertido), cinco en el área personal (ve opciones de cambio/ no ve opciones; buen estudiante/mal estudiante; hace todo bien/hace todo mal; con cosas en el cerebro/ vacío en el interior; ve complique a las cosas/busca soluciones), uno en el área intelectual (bruto/inteligente) y dos referentes al área de valores e intereses (le gusta el cine/no le gusta el cine; le gusta nietzsche/ en sus cinco sentidos). Este resultado permite evidenciar como la consultante utiliza primordialmente construcciones referentes a su propia valía y la de los demás para darle sentido y anticipar los acontecimientos.

El constructo personal que hace alusión al interés por el cine, el cual había sido retirado de la rejilla al momento del análisis cuantitativo, se retoma en este proceso ya que refleja uno de los intereses referidos durante la psicoterapia. Se suprimieron dos construcciones al momento de la clasificación temática ya que podrían inducir ambigüedades en la clasificación.

En las figuras 1 y 2 se exponen los dilemas implicativos abordados en el proceso psicoterapéutico, obtenidos a partir de la entrevista y la auto-caracterización (Kelly, 1955).

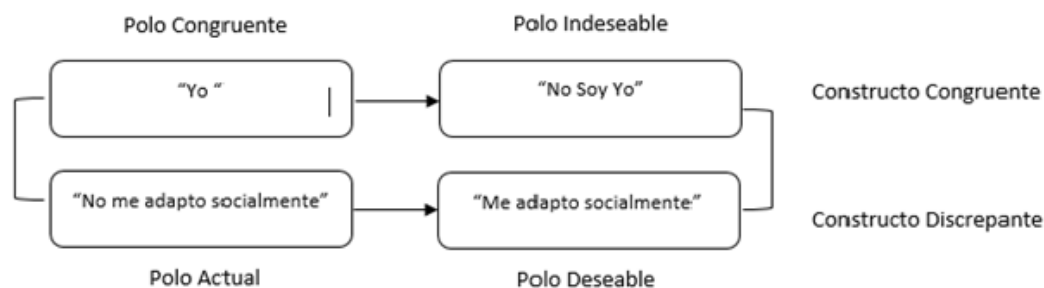
Figura 1. Dilema implicativo referente a la competencia personal



Fuente: elaboración propia

En esta ilustración se aprecia el constructo discrepante constituido por las polaridades “Estresada-relajada” así como el constructo congruente definido por los polos “Hago todo bien- Hago todo mal”. Además, se observan las relaciones entre los polos actual/congruente y deseable/indeseable.

Figura 2. Dilema implicativo relacionado con el área social



Fuente: elaboración propia

En la figura 2 se visualiza la relación contradictoria del constructo discrepante “Me adapto socialmente–No me adapto” con el constructo congruente “Soy yo–No soy Yo”.

Conceptualización de caso

El proceso de conceptualización y generación de hipótesis clínicas se desarrolló siguiendo los parámetros propuestos por Feixas, De la Fuente y Soldevilla en el año 2003. De acuerdo con los índices de construcción del sí mismo presentados en la tabla 1 correspondientes a la rejilla pretratamiento, Claudia presenta una correlación moderada y positiva entre el “yo actual” y “yo ideal”, reflejando una autoestima moderada y presencia de aspectos tanto deseables e indeseables del sí mismo.

Entre los elementos “yo actual” y los otros se aprecia una correlación baja y negativa que indica una percepción significativa de aislamiento social. Teniendo en cuenta el tercer índice, en el cual se realiza una comparación del “yo ideal” y los otros, se obtuvo una correlación baja y negativa infiriendo que desde la perspectiva de la consultante los demás se ajustan muy precariamente a sus criterios personales.

Retomando la autodefinición suministrada por el RECORD 5.0 la cual facilita la observación del autoconcepto o construcción de la identidad del individuo, Claudia se significa como alguien impaciente, no tierna, con cerebro, sencilla, interesante al hablar, en sus cinco sentidos, habladora, escandalosa, que ve soluciones a los problemas, estresada, inteligente, burlona, acelerada, buena estudiante, y con un genio estable. De esta descripción se resalta que ser escandalosa en contraposición a pasar desapercibida, así como burlona como opuesto de prudente, son construcciones discrepantes que desea modificar.

Por otra parte, el significarse como impaciente y acelerada dentro de las dimensiones “*paciente vs impaciente; acelerada vs. calmada*” pone de manifiesto la presencia de constructos dilemáticos generadores de sensaciones de bloqueo y de no tener una ruta clara de acción. Opuesto a esto, ser tierna, con cerebro, sencilla, interesante, estar en sus cinco sentidos, habladora, que encuentra soluciones, no percibir opciones de cambio, divertida, estresada, buena estudiante y tener un genio estable son construcciones congruentes, o áreas que se desean preservar, motivo por el cual algunas de ellas se ven implicadas en configuraciones dilemáticas.

De acuerdo con el resultado del análisis SCCP (Feixas, Geldschläger, Carmona & Garzón, 2002), el sistema de constructos de Claudia exhibe una mayor cantidad de dimensiones personales, interpersonales y emocionales en comparación con las morales, intelectuales, ideológicas, entre otras que implementa a modo de guías para erigir su experiencia.

Referente a la complejidad del sistema de constructos personales, Claudia obtuvo un PVEPF de 36.6%, el cual indica que su sistema de construcciones es diferenciado. Comparando este valor con las medias poblacionales establecidas (Feixas, de la Fuente & Soldevilla, 2003), se afirma que la red de construcciones de la consultante es más compleja en tanto cuenta con más de un subsistema a partir de cual se integra y da sentido a la experiencia.

Otra característica estructural del sistema evaluado a partir de la rejilla es el índice de polarización con un resultado de 70.5%, que se interpreta como un nivel de polarización elevado, diciendo con esto que se presentaron numerosos constructos puntuados de forma extrema. Da cuenta de la presencia de construcciones rígidas las cuales se conceptualizan desde la Teoría de Constructos Personales, como dimensiones que invariablemente llevan a una misma opción. En el caso de la consultante se relaciona con la intensidad y persistencia de sus síntomas ansiosos, pues al no contar con puntos intermedios entre polaridades se configuran construcciones restrictivas.

Se identifican cinco dilemas implicativos, de los cuales tres son descartados inicialmente debido a baja correlación entre las polaridades del constructo congruente y discrepante (inferiores a ± 0.37). Los restantes son presentados a la consultante teniendo en cuenta la relación de experto a experto que la Psicoterapia de Constructos Personales defiende. Estas configuraciones dilemáticas fueron descartadas de acuerdo con el criterio de la consultante.

De acuerdo con la primera configuración dilemática presentada en los resultados de la evaluación respecto al área personal, la consultante le gustaría ser una persona relajada, sin embargo, si se efectuara el cambio del polo actual "estresada" al polo deseable "relajada" dentro del constructo discrepante, este implicaría a nivel nuclear que sería una persona que "hace las cosas mal", algo completamente opuesto a su construcción nuclear. Ser relajada desde esta óptica es un movimiento incompatible con su sentido de identidad. Teniendo en cuenta esta lógica existen dos tipos de personas, aquellas que son relajadas y no están constantemente estresadas, pero hacen las cosas mal, y otras que se estresan y no se relajan nunca, garantizando que todo les saldrá perfectamente.

Retomando la historia personal de la consultante se puede inferir que desde temprana edad esta asociación contradictoria entre constructos se ha validado y paulatinamente se ha hecho más rígida y estable. A partir de ciclos sucesivos de experiencia en los cuales los buenos resultados académicos en general han servido como evidencia validadora principal, la consultante ha consolidado esta hipótesis personal. Así mismo se debe considerar el papel que figuras significativas como la de su padre han desempeñado, pues a lo largo de sus 16 años tanto éste como otros como agentes le han recalcado la importancia de ser competente en todas las actividades que se realice, especialmente en el desempeño escolar.

Pasando al segundo dilema, se puede apreciar como la consultante se posiciona en el polo actual "No me adapto" el cual es el contraste del cambio deseado "adaptarme a las demandas sociales". De acuerdo con el corolario de elección, la consultante elige mantenerse en el polo "No me adapto" para preservar el sentido de mismidad hasta el momento construido a pesar de las constantes experiencias invalidadoras vividas en la esfera interpersonal. Es importante mencionar que la polarización del sistema complejiza aún más el cambio, pues ella desea adaptarse socialmente, sin embargo, si esto sucediera sentiría que está transgrediendo su sentido de identidad por completo o como ella misma lo denomina su sentido de "soy yo", el cual se ha venido desarrollando a partir de construcciones polarizadas en las cuales ella puede elegir entre ser "completamente yo" o "radicalmente diferente".

Desde esta configuración dilemática se puede extraer que para ella hay personas como sus compañeros de estudio que se "adaptan socialmente" pero traicionan su sentido de identidad al ser lo que los demás desean, mientras que hay otras personas que presentan dificultades sociales o "no se adaptan" y siguen siendo fieles a su self.

Complementando la presentación del segundo dilema se hace referencia al concepto de elaboración del sistema de constructos personales por contraste, propuesto por Neimeyer y Neimeyer (1985). Estos autores plantean que los individuos en ocasiones mantienen relaciones con pares que

presentan una forma opuesta a la de ellos, de anticipar los acontecimientos, permitiendo reafirmar su construcción nuclear de identidad mediante la diferencia. En otras palabras, entre más marcada es la discrepancia en los procesos de construcción ambas partes elaboran y definen con mayor precisión sus sistemas. Esta hipótesis en el caso de la consultante es relevante pues a través de los años, en el ambiente escolar ella ha establecido relaciones de contraste con compañeros específicos, construyéndose como alguien diametralmente opuesto a ellos “inteligente, con cosas en el cerebro, que hace todo bien, no tierna, buena estudiante”, logrando así establecer una versión de sí misma deseable que se preserva hasta el momento actual.

La consultante experimenta emociones de amenaza, ansiedad y culpa. Desde la Psicología de Constructos Personales se explica el primer sentimiento anteriormente mencionado como el resultado de un proceso de invalidación global de la estructura nuclear, es decir, Claudia dimensiona que su construcción de identidad se encuentra ante un inminente cambio generalizado.

Por su parte, la persistencia de la ansiedad desde esta perspectiva da cuenta de la inadecuación de su sistema para anticipar vivencias que quedan fuera de su rango de conveniencia, en este caso la dificultad para elaborar coherentemente acontecimientos tales como el diagnóstico de Porfiria, las implicaciones de esta condición, los cambios repetidos y abruptos de institución educativa, así como la presencia súbita de síntomas físicos debido a su estado de salud. La presencia de construcciones rígidas e impermeables referentes a su desempeño “Hacer todo bien”, explican la presencia continuada de esta emoción, pues cualquier actuación fuera de esta hipótesis representa un campo inexplorado para ella.

Así mismo, el sentimiento de culpa surge cuando Claudia intenta actuar fuera de los polos preferidos de su construcción nuclear. Haciéndose esto evidente en los intentos por encajar a las demandas de las instituciones educativas o los grupos de pares. En estos laboratorios relacionales, la consultante ha intentado validar anticipaciones previamente consideradas como coincidentes con las expectativas de los respectivos agentes sociales, sin embargo, termina abandonando estas puestas en escena debido al surgimiento del sentimiento de culpa.

Finalmente, en torno al ciclo de la experiencia propuesto por Kelly (1955), proceso a través del cual se recolecta evidencia (in)validadora, la cual sirve para confirmar o reconstruir los significados personales, se aprecia un trastorno en el proceso de construcción, específicamente entre las fases de validación/invalidación y revisión constructiva, llevándola a presentar dificultades en la generación de constructos alternativos a sus anticipaciones iniciales (Neimeyer & Feixas, 1989).

Tratamiento

Teniendo en cuenta los hallazgos de la evaluación, así como la conceptualización del caso anteriormente expuesta, se retomó el manual de intervención en dilemas implicativos propuesto por Senra, Feixas y Fernandes en el año 2005 para diseñar la propuesta de intervención. Se revisó igualmente el manual de intervención centrada en dilemas para la depresión de Feixas y Compañ (2015), dado que éste presenta estrategias adicionales y sus respectivos ejemplos clínicos de aplicación.

Blancos y metas terapéuticas

Los dilemas implicativos anteriormente presentados, así como el nivel de polarización del sistema de construcciones se consideran aspectos sensibles a intervenir ya que limitan actualmente el proceso de reconstrucción de la experiencia. Coherente a esto se plantean las siguientes metas terapéuticas:

Evaluar y comprender la construcción del sí mismo de la consultante; reformular la problemática actual en términos de los dilemas implicativos; elaborar el desarrollo histórico de estas estructuras así como su influencia en la vida diaria e implicaciones relacionales, nucleares y subordinales; encontrar una resolución a estas configuraciones del significado; disminuir el nivel de amenaza, ansiedad y culpa experimentada; lograr mayor laxitud del sistema de significados de modo tal que las construcciones presentes admitan nuevas posibilidades.

El proceso terapéutico se diseñó de modo tal que los objetivos propuestos se alcanzaran en un lapso de diez a quince sesiones, una por semana, con una duración de 60 minutos aproximadamente. A continuación, se describen brevemente las sesiones.

Sesión 1. Se dedica a entrevista inicial, se diligencia la anamnesis y el consentimiento y asentimiento informado. Se explora el motivo de consulta, la demanda, el historial de tratamientos anteriores y el estado sintomatológico actual a partir del BAI y el BDI-II.

Teniendo en cuenta la queja inicial de la consultante, quien manifiesta que se siente constantemente estresada, se le presenta la técnica de relajación progresiva de acuerdo con los parámetros de Bernstein y Borkovec (1973). Esta intervención desde la perspectiva de Constructos Personales se realiza con el ánimo de generar un *movimiento de ranura*, el cual consiste en que la consultante pueda construirse temporalmente como más relajada. Para esto se elicitan los polos del constructo, llegando a identificar el polo sintomático “muy estresada” y su contraste “muy relajada”. Finalmente, se le entrega y explica el protocolo de auto-caracterización (Kelly, 1955) con la finalidad de explorar la construcción del sí mismo.

Sesión 2. Al inicio de la sesión se reconstruyó la experiencia del entrenamiento en relajación progresiva, la auto-caracterización y se hizo una nueva medición del estado sintomatológico. Referente al experimento para generar un *movimiento de ranura*, Claudia expone que el ejercicio

no tuvo el efecto deseado, argumenta que este le generó un efecto paradójico de incremento de la ansiedad motivo por el cual no lo continuó. Teniendo en cuenta la construcción que la consultante efectuó de esta experiencia, se pasa a reafirmar este constructo de forma tal que temporalmente se considere su significado como coherente, ordenado y aceptable, minimizando la amenaza e invalidación. Adicionalmente se recibe el protocolo de la auto-caracterización diligenciado y se solicitó una descripción de la experiencia, la cual será tenida en consideración al momento del análisis. Finalmente se aplica la Técnica de Rejilla.

Sesión 3. Se llevó a cabo en el ámbito hospitalario debido a que la consultante fue ingresada por una crisis de Porfiria Aguda Intermitente. Inicialmente se evaluó la intensidad de la sintomatología ansiosa y depresiva a partir del BDI-II y el BAI, el resto de la sesión se dedica a reconstruir la experiencia de los últimos días a partir de la *técnica de Moviola* propuesta por Guidano (1991), con el fin de abordar la interfaz de la experiencia inmediata y experiencia explicada, e identificar eventos significados como generadores de ansiedad. Acorde al alto nivel de ansiedad expresado por parte de los padres de la consultante, y la información preliminar obtenida referente al patrón de apego (Guidano, 1991) puntualmente un apego ambivalente con estrategias coercitivas, se sugiere un encuentro familiar.

Sesión 4. Se acompaña a los padres y la consultante en una modalidad familiar. Previo al desarrollo de las actividades se evalúa el estado sintomatológico actual. Se explora la construcción que los miembros de la familia han elaborado sobre la situación de salud de Claudia, así como por los procesos de interacción al interior de la familia a partir del cuestionamiento circular teniendo en cuenta los planteamientos de Fleuridas, Nelson y Rosenthal (1986). Se propuso un contrato familiar en el cual cada una de las partes establezca sus roles, responsabilidades y limitaciones en las relaciones familiares intentando de esta forma una reconstrucción en el nivel de acción de cada parte del sistema (Procter, 1981; Procter, 1987).

Sesión 5. Se desarrolló en una modalidad individual. Se exploró inicialmente el estado sintomatológico, posteriormente se presentaron de los resultados de la Auto-caracterización y la Técnica de Rejilla. A partir de la entrevista y de las figuras prototípicas del dilema implicativo se le presentan a la consultante las configuraciones dilemáticas identificadas a partir del análisis cuantitativo. Claudia considera que los dilemas identificados no reflejan su condición actual, motivo por el cual se retorna al constructo "muy estresado" vs "muy tranquilo" como punto de partida para la intervención. Coherente a este último constructo se implementa la *técnica de varita mágica* con el ánimo de cuestionar y generar duda en la consultante referente al cambio en esta dimensión (Feixas & Compañ, 2015)

Sesión 6 y 7. En estas sesiones se exploraron las implicaciones supra ordenadas del constructo "muy relajada" en contraposición a "muy estresada". Partiendo del constructo sintomático anterior se llevó a cabo el escalamiento ascendente, en el cual se confirma la asociación dilemática entre este constructo y el significado nuclear "Hago todo bien/ Hago todo mal". Una vez establecido este primer dilema se elaboran sus implicaciones operativas, de forma tal que se comprenda en términos

conductuales y actitudinales concretos que hace una persona estresada y una persona relajada. Adicionalmente se exploran las implicaciones positivas y negativas del constructo “Relajado/Estresado” con la técnica de ABC Tschudi.

Cómo actividad para abordar la polarización del constructo discrepante se propuso el experimento de “proporciones del constructo”. Este ejercicio se diseñó a partir del corolario de dicotomía teniendo en cuenta que un constructo es una dimensión de significado en la cual los acontecimientos pueden adoptar diferentes valores de acuerdo con su distancia a un polo. Para ello se elaboró un listado de actividades que la consultante desarrolla cotidianamente, se le pidió que las evaluara inicialmente teniendo en cuenta el grado de estrés que éstas le acarrearán. Para ello se tomó una escala Likert de 5 puntos. Con esta puntuación se le propone que desarrolle algunas de estas actividades desde valoraciones alternas al 1 y 5, intentando disminuir la polarización del constructo. En este punto se retoma la dramatización para ensayar esta ejecución alternativa.

Sesión 8. Esta sesión se llevó a cabo un mes y medio después debido a las festividades de fin de año. En un primer momento se aplican los instrumentos de seguimiento sintomatológico. En una segunda instancia se revisan los experimentos propuestos a partir de las proporciones del constructo. La consultante manifiesta avances, “me he dado cuenta de que no debo presionarse tanto para hacer las cosas. Puedo hacerlas de una forma más tranquila.” El resto de la sesión se dedica a reconstruir la experiencia inmediata a la luz del dilema y los avances obtenidos. Para esto se tuvieron en cuenta las directrices de Feixas y Compañ (2015).

Sesión 9. Se inició la sesión aplicando los instrumentos de medición, evidenciándose un incremento en la sintomatología ansiosa y depresiva. A través de la entrevista se exploran áreas de la experiencia que la consultante construye como generadoras de ansiedad, llegándose a identificar que el área relacional es la principal generadora de evidencia invalidante a la construcción nuclear de identidad. Se halla el constructo discrepante “me adapto/ no me adapto” el cual se escala ascendentemente, llegándose a identificar su relación contradictoria con la construcción nuclear “Yo/ No yo”. Igualmente se exploran las implicaciones positivas y negativas a través del ABC Tschudi. Teniendo en cuenta esta información se reconstruye metafóricamente el dilema, partiendo de la metáfora de vampiros y como estos logran adaptarse a la sociedad sin ser descubiertos o tener que cambiar su personalidad. Esta intervención se logró gracias al interés de la consultante por este tipo de literatura. Con esta estrategia se esperaba aumentar el ámbito de conveniencia de estas construcciones.

Como actividad para casa se le sugiere a Claudia que escriba una serie de cartas semanales a un vampiro favorito, en las cuales le pregunte como ha podido adaptarse a la sociedad sin dejar de ser el mismo, igualmente se propone que imagine y escriba la carta de respuesta de este vampiro a ella.

Sesión 10. En este encuentro se aplican los instrumentos de medida clínica, se reconstruye la actividad de cartas de invitación (White & Epston, 1993) y la experiencia inmediata semanal a la luz del segundo dilema. Merece ser señalado que a través de la actividad narrativa se logra una resolución del segundo dilema que perdurará hasta la etapa de seguimiento.

Sesión 11. La consultante debió ser hospitalizada nuevamente por una crisis de Porfiria Aguda Intermittente, por cual la sesión se efectuó nuevamente en el contexto hospitalario. Esta visita fue destinada a reconstruir la experiencia inmediata a la luz del dilema, para ello se implementó la estrategia de la historieta, con el fin de lograr secuenciar las experiencias previas a la hospitalización y abordar la interfaz de la experiencia inmediata y experiencia explicada de una forma más didáctica. Igualmente se aplicaron los instrumentos de seguimiento clínico.

Sesión 12 y 13. En estos encuentros se aplicó el instrumento de inteligencia WISC IV por solicitud de la institución educativa. Dentro del proceso terapéutico se aprovechó esta solicitud para poner a prueba la capacidad predictiva del sistema de constructos de la consultante, específicamente para revisar algunas anticipaciones negativas referentes a su desempeño previamente identificadas.

Sesión 14. Teniendo en cuenta los avances hasta este momento reportados por la consultante se decidió aplicar nuevamente la Técnica de Rejilla. Se retomó la matriz de la rejilla inicial modificando algunos elementos, se le pidió que puntuara nuevamente las figuras significativas en cada constructo. Igualmente se aplicaron el BDI-II y el BAI.

Sesión 15 y 16. Estos encuentros se dedicaron a realizar actividades encaminadas a clarificar la elección profesional, para esto se implementó la Técnica de Rejilla en su versión vocacional. Una vez aplicado este instrumento se discutieron los resultados intentando identificar opciones profesionales semejantes a su carrera ideal. Teniendo lo anterior se plantearon una serie de experimentos de recolección de información y puesta a prueba de construcciones, referentes al contenido, la carga académica de los programas, intentando elaborar su construcción profesional. Igualmente se hizo el seguimiento a la sintomatología.

Logros terapéuticos

Acorde al trabajo anteriormente descrito se logran los objetivos propuestos para la psicoterapia, referentes al abordaje y resolución de los dilemas, así como la disminución sintomatológica.

Se aprecia un decremento significativo de la sintomatología general teniendo en cuenta los resultados obtenidos durante las dieciséis sesiones (BAI inicial = 47, BAI final = 2; BDI-II inicial = 7, BDI-II = 2). Aproximadamente en la decimotercera visita se observa como la consultante experimenta niveles de ansiedad inferiores al umbral clínico (BAI = 5) que se mantendrán hasta finalizar el tratamiento y en la etapa de seguimiento.

Referente a la segunda aplicación de la Técnica de Rejilla se evidencian cambios sustanciales en el sistema de construcciones personales. Se presenta un decremento de la discrepancia entre los elementos Yo/Yo ideal ($r = 0.90$), lo cual se interpreta como una construcción del sí mismo actual mucho más cercana a su versión ideal o un aumento de la autoestima. Adicionalmente se aprecian correlaciones positivas y moderadas entre los elementos Yo/Otros ($r = 0.55$) e Ideal/Otros ($r = 0.45$), índices que dan cuenta de cómo Claudia llega a elaborar una percepción de relativa similitud entre los demás y ella sin llegar a una identificación completa, así como de una relativa adecuación de quienes hacen parte de su mundo interpersonal, teniendo en cuenta sus construcciones valoradas.

También se evidencia una disminución en el número de dilemas pasando de siete en la primera aplicación a cero en la última, indicando que los aspectos del sí mismo que se deseaban modificar al inicio los cuales estaban asociados a la identidad, dejaron de tener relaciones implicativas y contradictorias con aspectos de la construcción nuclear.

Teniendo en cuenta los dilemas implicativos abordados en la terapia se resalta que el primero se resuelve de forma satisfactoria, logrando que la consultante se construya como alguien relativamente relajado que hace las cosas bien. En la segunda configuración dilemática se logra una reformulación de las polaridades del constructo discrepante, la cual permitió a largo plazo su resolución. Claudia en este par de constructos logra significarse como alguien que puede adaptarse a las demandas sociales de acuerdo con sus criterios personales sin tener que cumplir totalmente las expectativas de los demás simultáneamente manteniendo su sentido de mismidad.

En la evaluación de seguimiento efectuada al mes de finalizado el tratamiento, la consultante manifiesta sentirse bien, tranquila, sin la sensación de estar estresada constantemente por su desempeño social y académico. Reporta que hasta el momento no ha tenido pobres resultados académicos a pesar de estar menos focalizada en su estudio. Se le aplicaron los instrumentos clínicos a partir de los cuales se corrobora el mantenimiento de los cambios terapéuticos, pues en el instrumento BAI presenta un puntaje de 3, y en el BDI-II de 2, ambas puntuaciones por debajo de los umbrales considerados como significativos.

Conclusiones

Se considera satisfactorio el proceso terapéutico ya que se alcanzaron los objetivos propuestos para la terapia en un periodo temporal relativamente corto, pues en dieciséis sesiones se abordaron dos dilemas implicativos. Este número de sesiones es inferior al recomendado por Senra, Feixas & Fernandes (2005).

Es igualmente satisfactorio observar la funcionalidad que la consultante logró, pues a pesar de presentar simultáneamente el diagnóstico de Porfiria y Trastorno de Ansiedad Generalizada, no manifestó nuevas crisis pseudo convulsivas durante el periodo de seguimiento representando un avance importante en su calidad de vida, pues a menor cantidad de crisis enzimáticas relacionadas con la ansiedad y el estrés, menor es la probabilidad de que la liberación y acumulación de proteínas nocivas generen degeneraciones tisulares a nivel cerebral y en los diferentes sistemas en general.

Se resalta además la disponibilidad y apertura de la consultante y su grupo familiar durante los ejercicios de exploración y revisión de los significados personales, así como en aquellos que se buscaba la implementación de nuevas construcciones tanto personales como familiares.

Atendiendo a estos hallazgos se puede afirmar que la Psicoterapia de Constructos Personales en su modalidad de abordaje de dilemas implicativos puede resultar útil para la intervención de casos de TAG. Así mismo se corroboran los hallazgos de investigaciones y estudios de caso previamente publicados en los cuales se afirma que esta modalidad terapéutica es una alternativa útil para el abordaje de casos con comorbilidad múltiple.

Se debe aclarar que este proceso terapéutico tuvo un desenlace positivo en general, sin embargo, a nivel de la polarización del sistema de construcciones personales se dimensiona un cambio discreto, ya que a pesar de lograrse una disminución (70% a 65.45%) el porcentaje de respuestas polarizadas continua por encima de la media (28,57%) (Feixas De la Fuente & Soldevilla, 2003). Acorde a esto en futuras intervenciones se deben plantear estrategias específicas que permitan incidir en esta característica estructural del sistema.

Conflicto de intereses

El autor declara la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing.
- Applegate, J. (1990). *Constructs And Communication: A pragmatic Integration*. En G. Neimeyer & R. Neimeyer. (Eds). *Advances in Personal Construct Psychology*, 1, 203-230.

- Bannister, D., & Fransella, F. (1989). *Inquiring Man: The psychology of Personal Constructs*. London, United Kingdom: Routledge.
- Beck, A., Epstein, N., & Brown, G., Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 893-897. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York, USA: The Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Bernstein, D., & Borkovec, T. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, USA: Research Press.
- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L., & Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 105-119. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54690/1/513015.pdf>
- Díaz Carretero, F., Feixas Viaplana, G., Pellungrini, I., y Saúl Gutiérrez, L. A. (2001). Cuando Relacionarse Amenaza la Identidad: La Fobia Social Desde Un Enfoque Constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55. Recuperado de http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/LAUNIVERSIDAD/UBICACIONES/02/DOCENTE/LUIS_ANGEL_SAUL_GUTIERREZ/PUBLICACIONES/2001_FOBIA SOCIAL.PDF
- Feixas, G., y Compañ, V. (2015). *Manual De Intervención Centrada En Dilemas Para La Depresión*. Barcelona, España: Editorial Descleé de Brouwer.
- Feixas, G., y Cornejo, J. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD 2.0. (Segunda edición revisada)*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Feixas, G., De la Fuente, M., y Soldevilla, M. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 152-172. doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3952>
- 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. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=294324>
- Feixas, G., y Saúl, L. (2005). *Resolution of dilemmas by personal construct psychotherapy*. En D. Winter & L. Viney (Eds.), *Personal Construct Psychotherapy: Advances in Theory, Practice and Research* (136-147). London, United Kingdom: Whurr (Wiley).

- Feixas, G., Saúl, L., & Ávila, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology, 22*, 141-169. doi: <https://doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Feixas, G., Saúl, L., Winter, D., y Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología, 26*(2), 243-255. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65408/1/561212.pdf>
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona, España: Descleé De Brouwer.
- Fleuridas, C., Nelson, T., & Rosenthal, D. (1986). The evolution of circular questions: training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*(1), 113-127. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01629.x>
- Gázquez, I., Luján, K., Chordá, J., y Touzón, C. (2010). La porfiria aguda intermitente, un problema diagnóstico. *Gastroenterología y Hepatología, 33*(6), 436-439. doi: 10.1016/j.gastrohep.2010.02.007
- Guidano, V. (1991). *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York, USA: The Guildford Press.
- Holland, J., Neimeyer, R., Currier, J., y Berman, J. (2007). The efficacy of personal construct therapy: a comprehensive review. *Journal of Clinical Psychology, 63*(1), 93-107. doi: 10.1002/jclp.20332
- Hung, C., Chin, H., Chu, C., Ming, L., Wen, C., Chi, W., Wu, T., Hsiao, N., & Chih, L. (2011). Neurological Complications of Acute Intermittent Porphyria. *European Neurology, 66*(1), 247-252. doi: 10.1159/000330683.
- Kelly, G. (1955). *Psychology of Personal Constructs*. (Vols 1-2). New York, USA: Routledge Editions.
- Kelly, G. (1969). *A mathematical approach to psychology*. En Maher, B. (Ed.). *Clinical psychology and personality: the selected papers of George Kelly* (pp. 94-113). New York, USA: Krieger.
- Melis, F., Feixas, G., Varlotta, N., González, L., Ventosa, A., Krebs, M., y Montesano, A. (2011). Conflictos cognitivos (dilemas) en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20*(1), 41-48. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807003>
- Meneguetti, M., Cezar, A., Casarini, K., Muniz, K., Filho, A., Martins-Filho, O., & Martins, M. (2011). Acute Intermittent Porphyria Associated with Respiratory Failure: A Multidisciplinary Approach. *Critical Care Research and Practice, 11*(1), 1-4. doi: 10.1155/2011/283690
- Metcalfe, C., Winter, D., & Viney, L. (2007). The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical practice: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17*(4), 431-442. doi: <https://doi.org/10.1080/10503300600755115>

- Montoya, M., Barranco, L., y Herrera, F. (2017). Porfiria aguda, dilema diagnóstico y manifestaciones neuroendocrinas. *Acta Médica Colombiana*, 42(2), 140-143. doi: <https://doi.org/10.36104/amc.2017.803>
- Neimeyer, R., y Feixas, G. (1989). Trastornos en el proceso de construcción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 52-69. Recuperado de <http://www.ub.edu/hipnosiclinica/guillem/articul.htm>
- Neimeyer, R., & Neimeyer, G. (1985). *Disturbed Relationships: A personal Construct view*. En Button, E. (Ed). *Personal Construct Theory and Mental Health*. Beckenham, Kent, United Kingdom: Croom Helm.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de <http://www.who.int/new/releases/>
- Peterson, Ch., & Seligman, M. (2004). *Character Strengths And Virtues: A Handbook And Classification*. New York, USA: Oxford University Press.
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña, C., y Gómez, L. (2004). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados Preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 241-262. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502004000300002&script=sci_abstract&tlng=pt
- Procter, H. (1981). *Family Construct Psychology*. En S. Walrond-Skinner, (Ed). *Developments in Family Therapy*, (350-366). London, United Kingdom: Routledge.
- Procter, H. (1987). *Change in the family Construct System*. En Neimeyer, R. & Neimeyer, G. (Eds). *Personal Construct Therapy Casebook*. (153-171). New York, USA: Springer.
- Sanz, J., y Navarro, M. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59-84. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2003-99798-006>
- Sanz, J., García-Vera, M., y Fortún, M. (2012). El inventario de ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563-583. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-113382>
- Saúl, L., López-González, M., Rubio-Garay, F., y González-Brignardello, M. (2012). Construcción del sí mismo y categorización de los significados personales de acuerdo con las fortalezas del carácter: estudio comparativo en pacientes con trastornos depresivos. *Acción Psicológica*, 9(2), 3-20. doi: <https://doi.org/10.5944/ap.9.2.4100>
- Secretaria de Salud de Medellín. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/C0031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011—2012.pdf>

- Senra, J., Feixas, G., y Fernandes, E. (2005). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Nuevas Perspectivas en Psicoterapia*, 16(63-64), 179-201.
- Winter, D. (1988). *Constructions in social skills training*. En F. Fransella & L. Thomas (Eds.). *Experimenting with personal construct psychology* (342-352). London, United Kingdom: Routledge.
- Winter, D., y Viney, L. (Eds.). (2005). *Personal construct psychotherapy: advances in theory, practice and research*. London, United Kingdom: Whurr (Wiley).
- Winter, D. (2007). *Constructivist and Humanistic Therapies*. En Freeman, C. & Power, M. (Eds.). *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A guide for research and practice* (pp. 123- 140) London, United Kingdom: Wiley.
- White, M., y Epton, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Editorial Paidós.