

# SOMATIZACIÓN Y CONFLICTOS COGNITIVOS: ESTUDIO EXPLORATORIO CON UNA MUESTRA CLÍNICA

Guillem Feixas Viaplana,  
Daniele Cipriano  
y Nicolás Varlotta Domínguez\*

## Resumen

*Los problemas de somatización generan un elevado consumo de recursos y algunos tratamientos habituales resultan ineficaces o contraproducentes. Parece necesario un abordaje multidisciplinar que ofrezca un tratamiento integral a estos pacientes. Esta perspectiva debería tener en cuenta factores cognitivos poco estudiados como la construcción subjetiva del sí mismo, los síntomas y los demás. De ahí el interés de estudiar los conflictos cognitivos, que podrían erigirse en barreras subjetivas para la curación. El objetivo de este estudio es investigar las relaciones entre los dilemas implicativos, un tipo de conflicto cognitivo que puede detectarse con la Técnica de Rejilla, y una escala de somatización. Los resultados sugieren que las puntuaciones en somatización son más elevadas en personas con dilemas implicativos, y la presencia de estos conflictos predice mejor la somatización que el sexo, la edad, la autoestima o la diferenciación cognitiva.*

**Palabras clave:** Somatización, conflictos cognitivos, dilema implicativo, técnica de rejilla.

**Key words:** Somatization, cognitive conflicts, implicative dilemma, repertory grid.

## Introducción

La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos recurrentes, múltiples y clínicamente significativos, es decir, que requieren tratamiento médico (p. ej., tomar un medicamento) o causan un deterioro evidente de la actividad social o laboral (APA, 1994). Cuando estos síntomas son experimentados como graves e influyen en la calidad de vida de las personas, éstas suelen asustarse y atribuir los síntomas a una enfermedad. En consecuencia, estos pacientes buscan frecuentemente algún tipo de ayuda médica, llegando a ser visitados por varios médicos o especialistas a la vez. Cuando los especialistas no encuentran ninguna etiología estructural se les trata sintomáticamente, lo que puede conducir a combinaciones potencialmente peligrosas de tratamientos. Ade-

más, el consumo habitual de fármacos lleva a efectos indeseables o a trastornos relacionados con sustancias. Estos pacientes a menudo son sometidos a múltiples exámenes médicos, pruebas diagnósticas, cirugía y hospitalizaciones, lo que conlleva un mayor riesgo de morbilidad asociada a estos procedimientos. La falta de un conocimiento más claro y fundamentado sobre este cuadro clínico acaba entonces sobrecargando los circuitos de atención sanitaria, elevando el coste de los tratamientos sin conseguir con ello la curación de los pacientes, y llegando incluso a empeorar el cuadro clínico. En este sentido parece imprescindible fomentar la investigación básica y aplicada para aportar conocimientos teórico-clínicos que permitan abordar de manera eficaz y multidisciplinar el trastorno de somatización, disminuyendo así los costes inútiles y las intervenciones ineficaces.

El estudio de los procesos, estructuras y contenidos cognitivos en salud es un área en continuo auge, dada la reconocida importancia de estos factores en la etiopatogenia, desarrollo, mantenimiento y terapéutica de numerosos problemas de salud mental y en una buena parte de los de salud física. Sin embar-

\* Guillem Feixas Viaplana, Daniele Cipriano  
y Nicolás Varlotta Domínguez  
Universitat de Barcelona  
Email: gfeixas@ub.edu

REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVI .p.p. 197-203  
© 2007 Fundación AIGLE.

go, una de las áreas a las que se ha prestado menos importancia es la visión subjetiva que los pacientes y/o usuarios de servicios públicos y privados de salud tienen de sí mismos y de su problema. Si tenemos en cuenta que cualquier actividad del sujeto está mediada por su propia construcción subjetiva de la misma, parece obvio que es importante profundizar en el avance de los procesos, estructuras y contenidos que dan forma a dicha construcción. Ello es particularmente relevante al planificar y desarrollar la intervención, dado que cualquier propuesta de tratamiento deberá también ser construida por el propio sujeto e integrada dentro de su sistema de construcción previo.

La construcción subjetiva ha sido muy poco estudiada, en parte por la falta de énfasis teórico en el punto de vista del sujeto y también por las dificultades implicadas en desarrollar una metodología sistemática para ello. Los instrumentos existentes, por ejemplo la Técnica de Rejilla (véase la siguiente sección), se caracterizan por que en ellos los estímulos utilizados durante la evaluación no son seleccionados a priori por el entrevistador, sino que son generados mediante un procedimiento pautado a partir de la problemática del sujeto evaluado. En un principio, al incluir estímulos diferentes para cada sujeto en cada medición (los elementos de la rejilla), tanto las respuestas de sujetos diferentes (sus constructos personales) como las respuestas del mismo sujeto en dos ocasiones temporales distintas (por ejemplo, antes y después de una intervención), estos instrumentos sólo son comparables entre sí de forma cualitativa. Sin embargo, en el caso de la Técnica de Rejilla, se han desarrollado una serie de índices cognitivos que permiten la comparación entre individuos y un tratamiento nomotético de los datos, así como aplicaciones informáticas que agilizan su cálculo.

Este estudio, que pretende aportar datos sobre la importancia de la construcción subjetiva en personas con síntomas de somatización, se enmarca dentro un proyecto más amplio, el Proyecto Multicéntrico Dilema (PMD, véase en Internet: [www.usal.es/tcp](http://www.usal.es/tcp)).

#### *El dilema implicativo como conflicto cognitivo*

El interés principal de la perspectiva constructivista, y más concretamente de la Teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1955/1991, 2001; Botella y Feixas, 1998) para la psicología clínica y de la salud yace en la importancia central que concede a los significados subjetivos que los individuos se otorgan a sí mismos, a los demás y a las experiencias con las que se encuentran. Según esta teoría, el individuo interpreta continuamente sus experiencias y las revisa en términos de su sistema cognitivo, que está formado por un conjunto de constructos personales bipolares con múltiples interrelaciones.

En este contexto, la noción de conflicto cognitivo (Feixas, Saúl, Ávila-Espada y Sánchez, 2001) hace referencia a las implicaciones a la vez positivas y negativas que tiene el síntoma para la persona que lo sufre. En tales casos, la alternativa deseada, es decir, la dirección en la que el cliente quiere ir, tiene implicaciones negativas, por lo cual se resiste al cambio. Ryle (1979) denomina a esta estructura cognitiva dilema implicativo. A la hora de elegir entre conservar el síntoma o vivir sin él, la persona se ve en un dilema en tanto que cualquiera de las dos alternativas tiene consecuencias tanto positivas como negativas: concretamente, el síntoma, aunque se ve como problemático, tiene también implicaciones positivas. Por otro lado, abandonarlo puede suponer un cambio no deseado en otros aspectos relacionados con el sentido de identidad.

Nuestro grupo de investigación ha desarrollado una forma de evaluar estos conflictos, operacionalizando la noción de dilema implicativo a partir de las relaciones entre constructos (Feixas y cols., 2001; Feixas y Saúl, 2004) obtenidos mediante la Técnica de Rejilla (*Repertory Grid Technique* o TR). Este es el punto de partida del PMD, con la hipótesis de que una proporción significativa de síntomas psicopatológicos están dotados de significado para quien los sufre, de forma que dentro del sistema cognitivo del paciente los síntomas se asocian a aspectos centrales de su sentido de identidad personal. Así, el abandono del síntoma supondría abandonar también aspectos nucleares del sentido de identidad, por lo que el cambio se hace más difícil a no ser que se resuelva el dilema implicativo.

La TR (Kelly, 1955; véase también Feixas y Cornejo, 1996; Fransella, Bell y Bannister, 2003; Rivas y Marco, 1985) es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación subjetiva de constructos personales, que permite acceder a la estructura y el contenido de los significados con los que las personas se relacionan. A diferencia de otros instrumentos psicológicos, la TR evalúa los aspectos cognitivos y relacionales desde la propia construcción del sujeto; es decir, no pretende estudiar la personalidad según los constructos teóricos del investigador, sino que se sitúa en una perspectiva centrada en la persona, y más específicamente, en el estudio de sus teorías implícitas, que según este enfoque vienen configuradas por el sistema de constructos personales (Botella y Feixas, 1998). La TR permite conocer aspectos tanto de significado como estructurales (de organización cognitiva), de imagen personal, de cercanía con los demás, etc., utilizando los constructos que las propias personas poseen y evitando, en lo posible, la intromisión de los significados del propio terapeuta o investigador (Feixas, 2003). Por ello, esta técnica es uno de los instrumentos más utilizados

en la evaluación de sistemas de construcción personales. Debido a su gran versatilidad, las aplicaciones de la TR son múltiples, por lo que ha trascendido el ámbito de la psicología, y se ha utilizado en centenares de estudios publicados (véase Luque Budia, Rodríguez González y Camacho Laraña, 1999, para una revisión bibliométrica).

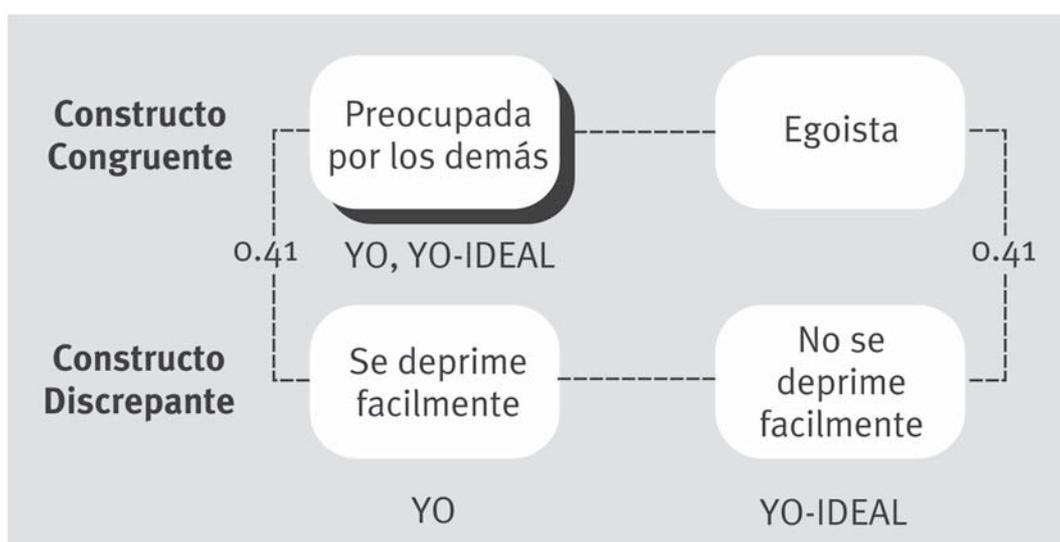
Dos nociones previas, ambas derivadas de la TR, son necesarias para comprender la definición operacional de los dilemas implicativos: los constructos congruentes y los constructos discrepantes. Los constructos congruentes se caracterizan porque en ellos las puntuaciones asignadas por el individuo a su “yo actual” y a su “yo ideal” están muy próximas, lo que indica que son aspectos positivos en los que no desea cambiar (p. ej., “preocupado por los demás”). Los constructos discrepantes, en cambio, son aquellos en los que el “yo actual” y el “yo ideal” se sitúan en posiciones opuestas, es decir, aspectos de sí mismo que considera negativos o alejados de su ideal (p. ej., “se deprime fácilmente”), y en los que el cambio se considera como algo deseable. Así, consideramos que un individuo presenta un dilema implicativo cuando se establece una asociación entre un constructo congruente y otro discrepante; es decir, cuando un aspecto definitorio y valioso de su persona, congruente con su ideal y que desea mantener (p. ej., preocuparse por los demás), correlaciona con un significado personal que se encuentra en el polo opuesto al deseado (p.ej., deprimirse con facilidad). En virtud de la necesidad de mantener la continuidad en el sentido de identidad (constructos nucleares), esta estructura dilemática puede generar una “resistencia” a abandonar aquellos aspectos consi-

derados valiosos y a sobrellevar la carga que supone arrastrar los aspectos que se desea cambiar, lo que podría desencadenar algún tipo de sintomatología. En el ejemplo de la Figura 1, la detección del dilema implicativo nos podría ayudar a construir la hipótesis de que el individuo, que no desea ser “egoísta”, tiende a asumir responsabilidades que no le corresponden, sobrecargándose hasta el punto de sentirse desbordado o desequilibrado. En tal caso, el trabajo sobre este dilema podría quizás ayudar a esta persona a concebirse como equilibrada sin dejar de ser altruista, de forma que le sea posible preocuparse por los demás sin descuidarse a sí misma.

Algunos de los resultados obtenidos por investigaciones del PMD (Feixas y Saúl, 2004) muestran la presencia de dilemas implicativos en un tercio de la muestra no clínica (34%), mientras que se dan en más de la mitad de la muestra clínica (52,4%). Además, su frecuencia es significativamente mayor (más del doble) para el grupo clínico que para el no clínico (4,37% frente 2,11%). De ello se desprende que la presencia de dilemas, aunque se puede considerar natural hasta cierto punto, guarda cierta relación con los problemas psicopatológicos.

El objetivo de este estudio es realizar un análisis exploratorio para indagar en la relación entre dilemas implicativos (DI) y somatización con una muestra clínica. Partimos de tres hipótesis fundamentales: en primer lugar, que los individuos con DI tienen un nivel de sintomatología de somatización significativamente mayor que los que no presentan estos conflictos; en segundo lugar, que la presencia de DI es relevante para la predicción del nivel de gravedad

Figura 1. Ejemplo de dilema implicativo.



de dicha sintomatología; y por último, que su capacidad predictiva es mayor que la de otras variables posiblemente relevantes como el sexo, la edad y la autoestima.

## Método

### *Procedimiento y participantes*

Los datos de este estudio han sido recogidos en el contexto del PMD, que dispone de una base de datos de rejillas. Esta técnica se aplica a los sujetos en la fase de inicio de un proceso terapéutico, habitualmente en el transcurso de la segunda sesión. Se recogen además datos sociodemográficos y clínicos.

La muestra del presente estudio está compuesta por 111 pacientes de psicoterapia que consultan por problemas diversos en centros públicos y privados de varias ciudades españolas, evaluados al inicio del tratamiento psicológico. El 79,5% (88 pacientes) son mujeres, y el 20,5% restante, varones. La edad promedio es de 32,7 años ( $dt = 11,7$ ).

Los criterios para la inclusión de los casos en el estudio son que la edad esté comprendida entre los 18 y los 72 años y que los datos completos de la TR y el cuestionario SCL-90-R estén disponibles en la base de datos.

### *Instrumentos y medidas*

#### La Técnica de Rejilla

La modalidad de TR empleada en nuestro programa de investigación, así como en nuestra práctica clínica, consiste en una entrevista semi-estructurada en la que a partir de una serie de personas relevantes del mundo del propio sujeto (familiares y amigos) se pregunta por las similitudes y diferencias entre ellos para extraer sus constructos personales más relevantes. Estas personas, llamadas elementos, se ordenan encabezando sendas columnas, y los constructos en filas. Se genera así una matriz o rejilla en la que cada casilla representa la intersección entre un constructo y un elemento. A cada casilla corresponde una puntuación, realizada por el sujeto mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, y que expresa cómo se aplica cada constructo a cada elemento, lo cual da lugar a una matriz numérica que puede ser sometida a diversos análisis matemáticos de interés psicológico, para lo que se dispone de programas informáticos (véase Feixas y Cornejo, 1996). Ello permite el estudio de las relaciones estructurales entre los constructos y entre las figuras tal como son vistas por el sujeto a partir de analizarlo con di-

versos métodos cuantitativos (p. ej., correlaciones, distancias, análisis de correspondencias), derivándose una larga serie de medidas e índices nomotéticos. Para su uso en este estudio, se han seleccionado tres de estas medidas (autoestima, diferenciación cognitiva y dilemas implicativos) consideradas potencialmente relevantes y que se detallan a continuación:

- Autoestima.

Una de las medidas de autoestima más útiles es la distancia de Chi-cuadrado entre los elementos “yo actual” y “yo ideal” (Feixas y Cornejo, 1996) que nos proporciona una apreciación cuantitativa de cómo se valora la persona en sus propios términos. A mayor distancia entre los dos elementos, menor autoestima.

- Diferenciación Cognitiva.

El porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor (PVEPF) indica la magnitud de la principal dimensión de significado. Tal como lo proporciona el programa RECORD v. 4.0, es una medida derivada del análisis de correspondencias. Este tipo de análisis fue considerado por Rivas y Marco (1985) más apropiado que la utilización del análisis de componentes principales derivado de un análisis factorial. Un estudio previo (López-Moliner, Navarro-Montes, Tudela-Marí, Feixas y Neimeyer, 1989) muestra su equivalencia con la misma medida derivada del análisis de componentes principales, más empleado en los trabajos de tradición anglosajona (véase Feixas y Cornejo, 1996; para una discusión de esta cuestión).

Un PVEPF elevado podría indicar un cierto grado de unidimensionalidad del sujeto al construir su mundo interpersonal. Hablaríamos entonces de una baja diferenciación cognitiva. Por el contrario, si el primer eje explica un porcentaje menor de la varianza, esto sugiere que otras dimensiones desempeñan también un papel en los procesos de construcción del sujeto. Así, parece lícito interpretar que existe una alta diferenciación en el sistema de construcción del sujeto. No se ha establecido una baremación para esta medida, pero en el estudio de Feixas, Bach y Laso (2004) se informa de que la muestra clínica ( $n = 422$ ) proporciona valores significativamente más altos ( $x = 45,62$ ;  $dt = 0,51$ ) que la no clínica ( $n = 304$ ;  $x = 43,24$ ;  $dt = 0,61$ ).

- Presencia de dilemas implicativos.

Es una variable dicotómica, definida por la presencia o ausencia de DI en la rejilla completada por

un sujeto. El valor de presencia viene dado por la identificación de al menos un dilema implicativo.

Para identificar estos dilemas se procede de la siguiente manera: en primer lugar, se identifican los constructos congruentes estudiando las diferencias entre las puntuaciones asignadas a los elementos «yo actual» y «yo ideal». Se consideran congruentes los constructos en los que esta diferencia es de 0 ó 1, excluyendo aquellos en los que uno de los dos elementos está situado en el punto medio (puntuación de 4). Este doble criterio asegura que las puntuaciones de ambos elementos son muy semejantes y que los dos se encuentran en el mismo polo del constructo. A continuación se identifican los constructos discrepantes, que son aquellos en que la diferencia entre las puntuaciones del «yo actual» y el «yo ideal» es igual o mayor que 4. Este criterio garantiza que ambos elementos están distantes y se posicionan en polos opuestos. Por último, se identifican los DI en función de las correlaciones entre los constructos congruentes y los discrepantes. Para ello, se parte del primer constructo identificado como congruente y se seleccionan, de entre todas sus correlaciones con constructos identificados como discrepantes, aquellas que alcanzan el valor mínimo de 0,35 (establecido como punto de corte). La pareja de constructos obtenida mediante este procedimiento constituye un DI. A continuación se repite el proceso con los demás constructos congruentes hasta hallar todos los dilemas implicativos de la rejilla. La versión actual (4.0.) del programa RECORD (Feixas y Cornejo, 2002) ejecuta automáticamente todos estos pasos y proporciona un listado de los DI que ha encontrado.

#### SCL-90-R

El SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised; Derogatis, 1994) es un autoinforme clínico dirigido a la evaluación sintomática de pacientes con problemática psicológica. Comprende 90 ítems que reflejan las 9 principales dimensiones sintomáticas que, se piensa, están en la base de una gran mayoría de síntomas observados en estos pacientes: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo, además de tres índices globales. Con respecto a las características psicométricas de validez y fiabilidad, nos remitimos a la amplia bibliografía. (Derogatis, 1994; Derogatis y Cleary, 1977; Derogatis, Rickels y Rock, 1976; Din-

ning y Evans, 1977; Derogatis y Melisaratos, 1983). En el presente estudio se utiliza la puntuación de la subescala de somatización, ya que proporciona una medida de gravedad de este tipo de sintomatología.

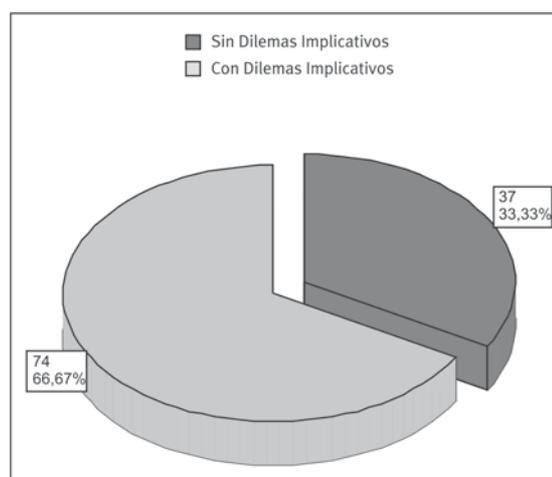
#### Análisis de los datos

En la fase de análisis de datos se utiliza en primer lugar el programa RECORD v. 4.0., para la obtención de los indicadores cognitivos de cada sujeto. Posteriormente, estos índices son introducidos para su análisis en el programa SPSS 11.5, junto a las puntuaciones de la escala de somatización del SCL-90-R y las variables sociodemográficas. El nivel de confianza para las pruebas estadísticas se establece en un 95%.

## Resultados

Dos terceras partes de la muestra (74 de los 111 pacientes) presentan DI (véase Figura 2).

**Figura 2. Presencia de dilemas implicativos: frecuencias y porcentajes.**



La puntuación media del grupo de pacientes con DI en la escala de somatización es casi cuatro décimas mayor que la del grupo sin DI. Además, en función de los resultados de la prueba T de Student para muestras independientes (véase Tabla 1) puede decirse que esta diferencia es significativa ( $p < 0,01$ ).

**Tabla 1. Prueba T de Student, con las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de los grupos en somatización.**

Grupo	n	Media	DT	t	gl	sig
Sin DI	37	0,8084	0,67001	-2,688	109	0,008
Con DI	74	1,1961	0,73828			

A continuación, se llevó a cabo una regresión lineal para comprobar si la presencia de DI predice significativamente las puntuaciones de somatización. Como variables predictoras se introdujeron, además de los dilemas, el sexo, la edad, la autoestima y la diferenciación cognitiva, para ver cuál de ellas resulta ser más predictiva. Se encontró que la única variable significativa es la presencia de DI, que explica el 5,4% de la varianza (medida con la  $R^2$  corregida) de la escala clínica (véase Tabla 2).

Tabla 2. Coeficientes de la regresión logística.

Variable	B	E.T. B	$\beta$	t	Sig.
Presencia DI	0,388	0,144	0,249	2,688	0,008

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según los resultados anteriores, podemos concluir que se cumple la primera hipótesis del estudio: los participantes en cuyas rejillas aparecen DI presentan un nivel de sintomatología de somatización significativamente más alto que aquellos sin este tipo de conflictos. También podemos considerar que se cumplen la segunda y tercera hipótesis: los dilemas implicativos predicen significativamente la gravedad de la sintomatología, por encima de variables como el sexo, la edad y la autoestima.

Por otra parte, los dilemas implicativos explican una proporción pequeña de la varianza de la escala de somatización. Este resultado nos debe hacer pensar que aunque los dilemas parecen ser un factor relevante en este tipo de síntomas, aun queda mucho por explicar, ya que probablemente las variables que intervienen son numerosas. Es más, probablemente algunas de ellas tengan un papel más importante y específico en la somatización. Sin embargo, la ventaja de tener en cuenta variables como los dilemas implicativos es que están directamente relacionados con la experiencia subjetiva de los pacientes, y a la vez son susceptibles de modificación. En efecto, la significación clínica de estas variables es potencialmente elevada, ya que pueden ser detectadas de forma empírica y utilizadas como foco de un trabajo psicoterapéutico. Por este motivo, sería interesante realizar investigaciones que muestren si un protocolo de tratamiento basado en la resolución de estos dilemas consigue reducir la sintomatología somática. Si esto se demostrase, podríamos afirmar que los DI son un factor de mantenimiento en este tipo de problemas, y tendríamos una herramienta útil

para contribuir a su resolución. Desde el PMD se ha desarrollado un protocolo general de tratamiento basado en el trabajo con los DI (Senra, Feixas y Fernandes, 2006) que debe ser adaptado al caso particular de los problemas psicosomáticos.

Una de las limitaciones más importantes del presente trabajo es la inespecificidad de la muestra. Habría que comprobar si los efectos encontrados se mantienen en muestras homogéneas de pacientes con trastorno de somatización o algún otro tipo de trastorno psicosomático. Además, se ha utilizado una escala del SCL-90-R, y no instrumentos específicos pensados para esta dimensión sintomática. En futuros estudios habrá que realizar una evaluación específica de la sintomatología de somatización para poder medirla con mayor precisión y validez. Por otra parte, este estudio sólo tiene en cuenta la presencia o ausencia de los dilemas implicativos, sin atender a otros indicadores, como el número o la intensidad de estos dilemas. Tampoco se han tenido en cuenta otros tipos de conflictos cognitivos existentes en la literatura, como los conflictos triádicos o los constructos dilemáticos.

Además de las cuestiones planteadas, sería de gran interés investigar otros temas relacionados. Por ejemplo, podríamos preguntarnos cuáles son los mecanismos de interacción mente-cuerpo capaces de producir y mantener este tipo de sintomatología; o también, qué procesos psicobiológicos subyacen a los trastornos de somatización. Finalmente, sería importante descubrir cómo las estructuras cognitivas, y en particular los dilemas implicativos, intervienen en este tipo de procesos.

## BIBLIOGRAFIA

- APA (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders (4<sup>a</sup> ed.)*. Washington, DC, EE.UU: American Psychiatric Association.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la Práctica Psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota: NCS Pearson 1994. Adaptación española de González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M., Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas*. Madrid: TEA.

- Derogatis, L. R. y Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., y Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derogatis, L. R., y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dinning, W. D., y Evans, R. G. (1977). Discriminant and convergent validity of the SCL-90-R in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 41, 304-310.
- Feixas, G. (2003). Subjective methods. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *The encyclopedia of psychological assessment (Vol. II, pp. 937-943)*. Londres: Sage.
- Feixas, G., Bach, L., y Laso, E. (2004). Factors affecting interpersonal construct differentiation when measured using the Repertory Grid. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 297-311.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la Técnica de Rejilla mediante el Programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., y Cornejo, J. M. (2002). RECORD v. 4.0: *Análisis de correspondencias de constructos personales*. Barcelona: Psimedia (disponible en Internet: [www.terapiacognitiva.net/record](http://www.terapiacognitiva.net/record)).
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 69-78.
- Feixas, G., Saúl, L.A., Ávila-Espada, A. y Sánchez, V. (2001). Implicaciones terapéuticas de los conflictos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, X, 5-13.
- Fransella, F., Bell, R., y Bannister, D. (2003). *A Manual for Repertory Grid Technique (2a. ed.)*. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons.
- Kelly, G. A. (1955/1991). *The Psychology of Personal Constructs (Vols. 1 y 2)*. Londres: Routledge.
- Kelly, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales*. B. Maher (Comp.). Barcelona: Paidós.
- López-Moliner, J., Navarro-Montes, J., Tudela-Mari, M., Feixas, G., y Neimeyer, R. A. (1989). A comparison of methods of analysis of grid data. Comunicación presentada en el *8th International Congress on Personal Construct Psychology*, Asís, Italia.
- Luque Budia, A., Rodríguez González, J.M. y Camacho Laraña, M. (1999). El uso de la rejilla: revisión. *Anales de Psiquiatría*, 15, 246-252.
- Rivas, F., y Marco, R. (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de rejilla*. Valencia: Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretative psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54.
- Senra, J., Feixas, G., y Fernandes, E. (2006). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, 63-64, 179-201

**Abstract:** Somatization problems generate high healthcare costs, and some of its usual treatments prove ineffective and even counterproductive. An interdisciplinary treatment approach seems necessary in order to provide an integrated treatment for these patients. From this perspective, hardly-studied cognitive processes such as the subjective construction of self, symptoms, and other people should be taken into account. That is why it may be important to study cognitive conflicts, which could stand as subjective barriers for healing. The goal of the study is to investigate the relationships between implicative dilemmas, a kind of cognitive conflict that can be detected using the Repertory Grid, and a somatization scale. Results suggest that somatization scores are higher for individuals with implicative dilemmas, and that the presence of such conflicts predicts somatization better than gender, age, self-esteem, or cognitive differentiation.