

IMPLICACIONES TERAPEUTICAS DE LOS CONFLICTOS COGNITIVOS**

*Guillem Feixas Viaplana; Luis A. Saúl Gutiérrez; Alejandro Avila-Espada;
Vicente Sánchez Rodríguez**

Resumen

El objetivo de este estudio es presentar algunas aplicaciones clínicas, en particular con respecto a la formulación de hipótesis en psicoterapia, del trabajo con conflictos cognitivos. Desarrollamos un método sistemático para la detección de estos conflictos basado en la técnica de rejilla y elaboramos las implicaciones para el proceso terapéutico que sirven como base de un método de análisis de conflictos. Este método es usado como foco de la terapia con clientes con conflictos cognitivos.

Palabras clave: conflictos cognitivos- técnica de la rejilla - psicoterapia

Key words: cognitive conflicts - repertory grid - psychotherapy

Varios investigadores que trabajan en el marco de Teoría de los Constructos Personales (TCP) (Kelly, 1955, véase Botella y Feixas, 1998, para una revisión) han centrado su interés en la construcción que hacen los clientes del síntoma. Fransella (1970) sugiere, por ejemplo, que los síntomas pueden llegar a ser un modo de vida para el cliente y una parte de su identidad. La alternativa a presentar tales síntomas podría implicar una relativa ausencia de predicciones sobre uno mismo. Igualmente, Button (1983) al discutir sobre la resistencia al cam-

bio de pacientes que presentan anorexia, considera que estas pacientes podrían tender a preservar su estado de delgadez por no tener más dimensiones disponibles para anticiparse a sí mismas, y a ellas mismas con relación a los demás, que a través de la delgadez. También Winter (1982) ha encontrado que las construcciones que hacen los clientes de sus síntomas pueden tener una lógica altamente consistente puesto que representan creencias que están fuertemente arraigadas.

Un punto de comienzo interesante en el estudio de estos conflictos cognitivos, fue el tra-

*Guillem Feixas Viaplana. Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Passeig Vall d'Hebron, 171. 08035. Barcelona, España. e-mail: gfeixas@psi.ub.es.

Luis A. Saúl Gutiérrez. e-mail: lasaul@gugu.usal.es

Alejandro Ávila Espada. avil@gugu.usal.es. Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología. Avenida de la Merced, 109-131. 37005. Salamanca, España. Vicente Sánchez Rodríguez.: e-mail: vsanchez@netvigador.com. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de

Psicología. Ciudad Universitaria Cantoblanco. 28049 Madrid, España

** Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en el XIIIth International Congress on Personal Construct Psychology, Berlin, Julio de 1999, y publicada en la obra de Joern W. Scheer (ed.), *The Person in Society - Challenges to a Constructivist Theory* (págs. 391-399). Giessen: Psychosozial-Verlag. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* X p.p. 5-13
©2001 Fundacion AIGLE.

bajo de Hinkle (1965), quien dirigió su atención al significado clínico de estos conflictos y observó que en algunas situaciones los pacientes construyen su sintomatología con una gran carga de implicación positiva. Así, el síntoma se asocia a aspectos positivos que en muchos casos tienen que ver con características que definen la identidad del propio paciente. El abandono de estos aspectos representaría una amenaza para el "sí mismo". Vemos como el paciente se enfrenta en estas situaciones a un dilema en el que, por una parte está el deseo de abandonar la sintomatología, con todos los aspectos negativos que ella acarrea, pero por otra, se encuentra que esa misma sintomatología está cargada de connotaciones e implicaciones relacionadas con definiciones positivas de sí mismo, y que su abandono implicaría pasar a un polo opuesto e indeseable para el propio paciente (véase también Botella y Feixas, 1998; Catina, et. al., 1990; Tschudi, 1977; y Winter, 1992).

En la revisión de Winter (1992) sobre estos dilemas o conflictos cognitivos, muestra como muchos sujetos diagnosticados con depresión, lo asocian con sensibilidad y otras virtudes. Mucha gente diagnosticada con agorafobia relaciona el ser independiente con una alta probabilidad de ser infieles a sus parejas. Estos y otros estudios también sugieren que muchas personas que se consideran a sí mismas como tímidas asocian a las personas con habilidades sociales con una amplia variedad de características negativas (egoísmo, vanidad, insensibilidad, arrogancia, inconsideración, etc.). Hay que destacar, sin embargo, que la presencia de estos conflictos no debe considerarse como una teoría causal ni tampoco omniexplicativa.

Conceptualmente, consideramos los dilemas o conflictos como construcciones (o esquemas) actuales de algunos pacientes que reflejan la forma en que han construido su experiencia relacional y afectiva más significativa, habitualmente en el contexto familiar (Procter, 1995).

Ryle (1979), quien también utiliza la noción de dilema, argumenta que el éxito de una terapia dinámica breve depende de la ade-

cuación a la motivación del paciente, del alto grado de implicación y actividad del terapeuta, y de una clara identificación de un foco de tratamiento. Nosotros creemos que esto es extrapolable a otras formas de terapia, en particular las de corte cognitivo-constructivista. Uno de los propósitos de nuestro trabajo es determinar formas en las cuales el foco de la terapia breve podría ser conceptualizado más adecuadamente. Creemos que investigar el papel de la detección del conflicto y su resolución puede orientar un trabajo terapéutico focalizado y arrojar un poco más de luz al esclarecimiento de la problemática de la resistencia al cambio y al entendimiento de los mecanismos psicológicos implicados en una terapia exitosa.

Una perspectiva constructivista

A pesar del hecho de que un cliente puede estar experimentando una cierta cantidad de problemas o sufrimiento, la perspectiva constructivista cree que la postura que las personas toman con respecto a sus vidas es coherente con su visión de sí mismos. La noción de conflicto cognitivo que presentamos, basada en el corolario de elección de la TCP (Kelly, 1955), asume que una persona elige aquellas alternativas desde sus propios polos del constructo que son más significativos y coherentes con su sistema de constructos, esto es, aquellos que le aportan mayor poder predictivo. Para mantener su mundo predecible, una persona intenta proteger su identidad de la invalidación, estructurada como una red de constructos nucleares. Esta visión constructivista está en contraste con una visión hedonista (ver Winter, 1985) que sugiere que la gente organiza sus conductas con el objetivo de encontrar placer y rechazar el sufrimiento. Si tomásemos esta última visión, ¿cómo explicaríamos la presencia de constructos discrepantes en los que el sujeto prefiere un polo pero en lugar de simplemente moverse hacia el polo deseado continúa en el mismo polo con el sufrimiento que eso conlleva (Botella y Feixas, 1998;

Mancini, 1992)? ¿por qué fracasan en muchos casos las técnicas (p. ej., exposición, entrenamiento en habilidades) que promueven este cambio directo (Winter, 1987)? Tomando la postura constructivista mencionada anteriormente, asumimos que la persona está realizando una elección "sabia" en términos de su coherencia personal. Desde la óptica que proporciona su propio sistema de construcción, resulta "preferible" el polo sintomático (en el ejemplo que sigue "no disfruta comiendo") a verse invalidada en aspectos centrales de su sentido de identidad (en el ejemplo, "flexible"). Esta visión contrasta con otra más tradicional que etiqueta el proceso del cliente con términos tales como "pensamientos distorsionados", "errores cognitivos", "creencias irracionales", "proceso de aprendizaje disfuncional", u otra que atribuye el problema a motivos y conflictos inconscientes. Por lo que nuestro interés se centra en averiguar:

¿por qué el cambio deseado en el constructo discrepante no ocurre?, ¿en qué sentido este cambio, si ocurriese, haría al mundo del sujeto menos predecible? ¿qué aspectos de su sentido de coherencia o de identidad llegarían a ser invalidados? ¿cuáles de los polos de los constructos del sujeto están siendo validados al actuar de la forma en que lo hace (incluyendo síntomas y sufrimiento)?

Efectos de los conflictos cognitivos en el resultado terapéutico

Nuestra idea es que si simplemente presionamos para que se produzca un cambio hacia el polo deseado (como es característico en las técnicas conductuales) podemos desencadenar en el cliente una serie de acciones (tradicionalmente etiquetadas como "resistencias") orientadas a preservar su sentido de identidad, y de igual modo el poder predictivo de su sistema de constructos. Al detectar los conflictos cognitivos intentamos revelar la coherencia de las acciones del cliente de acuerdo a su sistema de construcción. Nuestra hipótesis es que en nuestro trabajo terapéutico el respetar esta coherencia

umentará la calidad de la alianza terapéutica y evitará acciones opuestas al cambio (o "resistencias"); y como resultado se producirá un mejor resultado terapéutico. No negamos, sin embargo, la evidencia de una cierta eficacia de los procedimientos que inducen al cambio directamente, sobre todo en los sujetos que no presentan conflictos cognitivos o los tienen de baja intensidad.

Consideramos que la construcción del síntoma, y de los dilemas personales que conlleva, es un tema importante a tener en cuenta en el proceso de reconstrucción durante la terapia. A causa de las implicaciones de estos conflictos, el paciente, a menudo sin tener conciencia de ello, se encuentra dividido entre un cambio deseado y las relaciones positivas del síntoma con la autodefinición del cliente. Catina et al. (1990) observan que cuantas más implicaciones positivas presenta la conducta sintomática del paciente, más difícil le resulta alcanzar los objetivos deseados, mientras que la reducción de las implicaciones positivas del síntoma conlleva un resultado mejor.

Desde diferentes enfoques (Winter, 1991) se ha encontrado que el éxito terapéutico está positivamente relacionado con el decremento de los conflictos cognitivos, sin embargo, eso no nos garantiza que la resolución de conflictos cognitivos lleve a la reducción de sintomatología. Si esta relación fuese establecida sería de enorme ventaja, al menos para terapias cognitivas y alguna psicodinámica breve, debido a la viabilidad de detectar focos (esto es, conflictos) en los que trabajar incluso desde las primeras sesiones.

Detección de conflictos cognitivos

La mayoría de los trabajos comentados hasta el momento se basan en la observación clínica. Catina et al. (1990) señala que las investigaciones han tendido a operacionalizar la forma en la que los clientes construyen sus problemas examinando la relación entre el "yo" y el "yo ideal" medidos a través de la distancia angular (Fransella, 1972; Fransella y Crisp, 1979; Winter, 1983, 1992), o en

analizar el contenido de las relaciones de los constructos (Slade y Sheehan, 1979; Winter y Trippett, 1979).

Desde los datos obtenidos a través del análisis de la rejilla, Feixas y Sánchez (1998) proponen el estudio de todas las relaciones existentes entre los constructos congruentes y los discrepantes, tal y como los hemos definido anteriormente. Así, estos autores, establecen la existencia de un dilema cuando existe una correlación positiva entre el constructo congruente y el discrepante, en el sentido de que el cambio deseado en el constructo discrepante implica un cambio no deseado en el

congruente.

El programa informático RECORD ver. 2.0 (Feixas y Cornejo, 1996) puede ser usado para estudiar todas las relaciones existentes entre los constructos congruentes (aquellos donde no hay diferencias entre el "yo" y el "yo ideal") con todos los constructos discrepantes (aquellos donde existe una diferencia significativa entre el yo con respecto al "yo ideal"). Estos criterios que han sido definidos, a efectos de investigación, para establecer la existencia de un conflicto, están expuestos en la Tabla 1.

Tabla 1. Puntuaciones en las correlaciones para establecer la existencia de un dilema implicativo (Feixas y Sanchez, 1998).

r (polo congruente - polo actual)	≥ 0.20
r (polo congruente - polo deseado)	≤ -0.20
r (polo indeseado - polo actual)	≤ -0.20
r (polo indeseable - polo deseado)	≥ 0.20

Implicaciones para la terapia

Entender el síntoma como una opción coherente para la persona

A diferencia de las nociones de "resistencia" y "distorsión cognitiva" propias de otros enfoques, el hecho de centrarse en los conflictos cognitivos es ventajoso porque entiende al cliente en su contexto de coherencia. Así, desde la epistemología constructivista se presenta la posición de "no cambio" del paciente como un proceso de autoprotección que resguarda la coherencia, la integridad sistémica, y protege de un cambio nuclear súbito (Feixas y Villegas, 2000).

Este enfoque nos conduce a entender la psicoterapia como un proceso de co-construcción que toma principalmente en consideración el sentido de coherencia del cliente. Pero al mismo tiempo, se le estimula a que explore, dentro de los límites que le confiere su sistema de construcción, la existencia de un espacio flexible que le permita la elabo-

ración de una construcción alternativa.

De acuerdo con Kelly (1955), el terapeuta debería intentar anticipar los acontecimientos en la manera en que el cliente los anticipa e intentar utilizar el vocabulario y sistema de significados del cliente, así como aceptar su coherencia personal. Efectivamente, reformular el problema en términos de conflicto cognitivo recogiendo el sentido de coherencia e identidad del sujeto tiene el efecto de que éste se sienta aceptado, al igual que reduce su ansiedad. Esto le permite poder considerar construcciones alternativas (Feixas y Villegas, 2000), dentro del proceso que Kelly (1955) denominó circunspección.

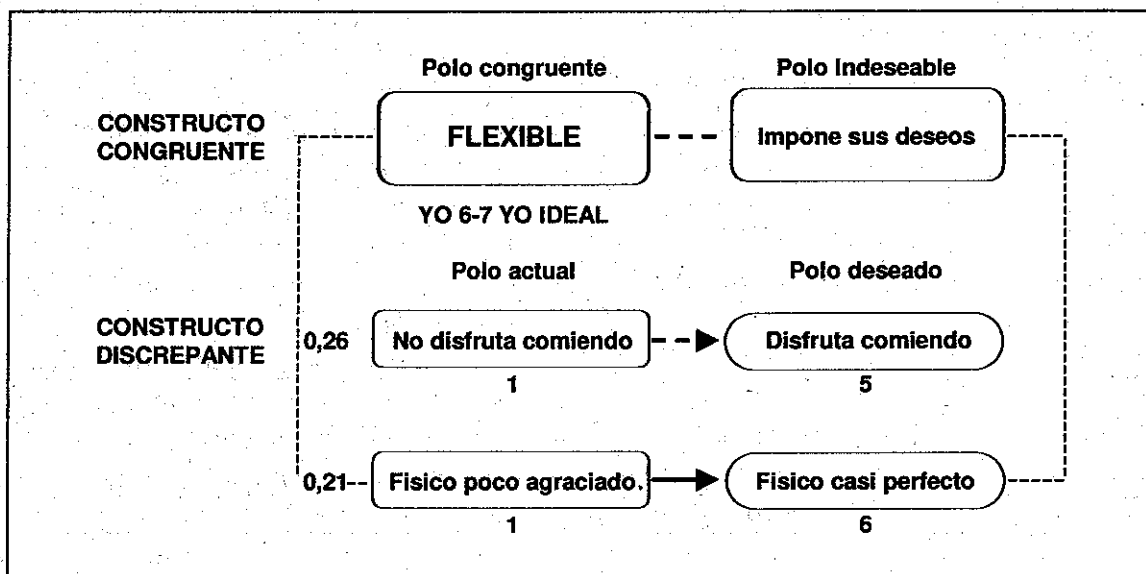
En el caso de una paciente con problemas de alimentación (diagnosticados como bulimia nerviosa, tipo no purgativo), aparece en su rejilla (véase Tabla 2) un dilema con relación a los dos constructos que más tienen que ver con la sintomatología: "no disfruta comiendo" y "físico poco agraciado". Estos se relacionan

Tabla 2 . Rejilla del caso ejemplo en el pre-tratamiento

Fecha: 22-10-98		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Código: *****		Yo	Madre	Padre	Raúl	Edu	Rocío	Ana	Esther	Rocío (tía)	Silvia	Yo problema	Yo ideal
Rejilla Número: _____													
1 <u>Inteligente</u>	1 <u>No Inteligente</u>	2	5	1	5	5	1	4	3	1	2	4	1
2 <u>Sociable</u>	2 <u>Persona seca</u>	3	3	1	1	1	3	1	4	1	5	6	1
3 <u>Nervioso</u>	3 <u>Tranquilo</u>	6	1	6	6	1	5	5	1	4	3	7	4
4 <u>Le da importancia a todo</u>	4 <u>Se toma las cosas con calma</u>	1	3	5	7	2	3	4	1	4	2	1	5
5 <u>Disfruta comiendo</u>	5 <u>No disfruta comiendo</u>	6	4	1	1	1	3	2	2	4	3	7	1
6 <u>Físico casi perfecto</u>	6 <u>Físico poco agradecido</u>	6	1	3	3	1	3	4	2	2	3	7	1
7 <u>Actividad</u>	7 <u>Desidia</u>	6	1	4	5	1	2	1	4	1	2	7	1
8 <u>Imponer sus deseos</u>	8 <u>Persona flexible</u>	6	4	6	2	2	6	5	6	6	1	6	7
9 <u>No control carácter</u>	9 <u>Sensato, equilibrado</u>	3	5	7	4	2	5	4	2	6	4	1	7
10 <u>Persona buena, leal</u>	10 <u>Egoista</u>	3	3	2	3	5	2	2	3	2	7	4	1
11 <u>Servicial</u>	11 <u>A su bola</u>	5	1	2	4	6	2	2	4	2	6	5	1
12 <u>Optimismo por todo</u>	12 <u>Optimismo solo demás</u>	7	3	4	4	2	2	2	6	2	5	7	1

1 Muy	4 Punto Medio	5 Un Poco
2 Bastante		6 Bastante
3 Un Poco		7 Muy

Figura 1. Diagrama del conflicto cognitivo del caso ejemplo en el pre-tratamiento.



positivamente (correlaciones de 0.26 y 0.21) con un constructo no discrepante, "persona flexible" (en el que se sitúan tanto al elemento "yo" como el "yo ideal").

La presentación gráfica de este dilema (figu-

ra 1) muestra que el cambio del polo sintomático al asintomático (pasar al "disfruta comiendo" y "físico casi perfecto") implica una relación con el polo indeseable del constructo no discrepante, "persona que impone

sus deseos". Esta presentación gráfica va unida a una explicación en términos de coherencia, en la que se sugiere que el paso del polo sintomático al asintomático implica abandonar aspectos que posiblemente definen su identidad como persona "flexible" y la llevan al polo indeseable de ser una "persona que impone sus deseos". Con ello se le aporta una explicación lógica de porqué no se produce un abandono del polo sintomático. Desde la construcción de la paciente, la gente que disfruta comiendo y que tiene un físico casi perfecto, se asocia con los que van por ahí "imponiendo sus deseos", justamente el tipo de persona a la que no le gustaría llegar a parecerse. Ella se define como alguien contraria a esto, como alguien flexible. De hecho, a esta paciente no le cuesta en absoluto aceptar esta reformulación por su coherencia, y porque le sirve para dar un sentido a su desesperación ante la dificultad del cambio.

Focalización de la terapia

Centrarse en el dilema nos dirige a un reenquadre o redefinición del problema. Esta reformulación debe ser compartida con el paciente en términos que le sean aceptables. Y el hecho de utilizar los propios términos que utiliza para dar sentido a lo que le rodea, ayuda a que esta reformulación no se distancie del marco de referencia del cliente.

Para el paciente, esto implica ver lo que ha expresado en una forma nueva. Al focalizar en el dilema, se intenta que el paciente, a través de las propias percepciones y construcciones de su mundo interpersonal (y su adecuación en él), encuentre una coherencia, una explicación que le sea útil para dar un significado a su sufrimiento, lo que suele resultar en un cierto respiro y alivio, que puede ayudar a afianzar la alianza terapéutica, y a iniciar procesos de cambio más consistentes.

El foco de la terapia, en este sentido, representa un conjunto de hipótesis provisionales, limitadas inevitablemente, en el caso de la psicoterapia breve, por la habilidad del paciente de entender lo que el terapeuta propone. Estas

mismas limitaciones afectarán el alcance del subsiguiente trabajo terapéutico (Ryle, 1979). Las dificultades neuróticas, y en particular la pérdida de sentido, agencia o autoeficacia, que es parte de la experiencia de muchos pacientes, se relaciona con los términos en los cuales construyen su mundo. En algunos casos la construcción del cliente puede ser conceptualizada de forma útil como conflictos cognitivos o dilemas. En estos casos sólo contempla como posibles las acciones que se derivan de sus conflictos cognitivos, por lo que la posibilidad del cambio es muy limitada, en la medida en que los términos del dilema son dados a conocer al paciente, lo colocamos en una posición de auto-observación que favorece la auto-conciencia. Una vez estas reformulaciones son entendidas por el paciente, pueden llegar a ser un foco apropiado para la terapia (Ryle, 1979).

En nuestra cliente con problemas de alimentación, esta presentación del dilema ayudó a focalizar las sesiones y nos llevó a centrarnos en una de las características que definen a los trastornos alimentarios: el pensamiento inflexible. En la 8ª sesión, la paciente mirando la representación gráfica del dilema, expuso: *"claro que yo soy flexible. En una discusión con los demás no es ni lo que yo diga ni lo que diga la otra persona, es algo intermedio. Soy muy flexible con los demás"*. En esos momentos se le planteó una duda a la paciente y expresó: *"¿Y conmigo misma? ¡A ver si es que no voy a ser flexible conmigo misma!"*. En la construcción que tenía la paciente de lo que significaba ser flexible, no entraba, ni por asomo, el concepto de ser flexible con una misma. La paciente se quedó por unos segundos dubitativa y me preguntó: *"¿pero es que se puede ser flexible con una misma?"*, y rápidamente se respondió. *"¡No, no se puede ser flexible con una misma porque si fuese flexible conmigo misma comería todo lo que quisiese y me pondría como una foca, y eso no puede ser!"*. Claramente desde su sistema de construcción el disfrutar comiendo estaba asociado a

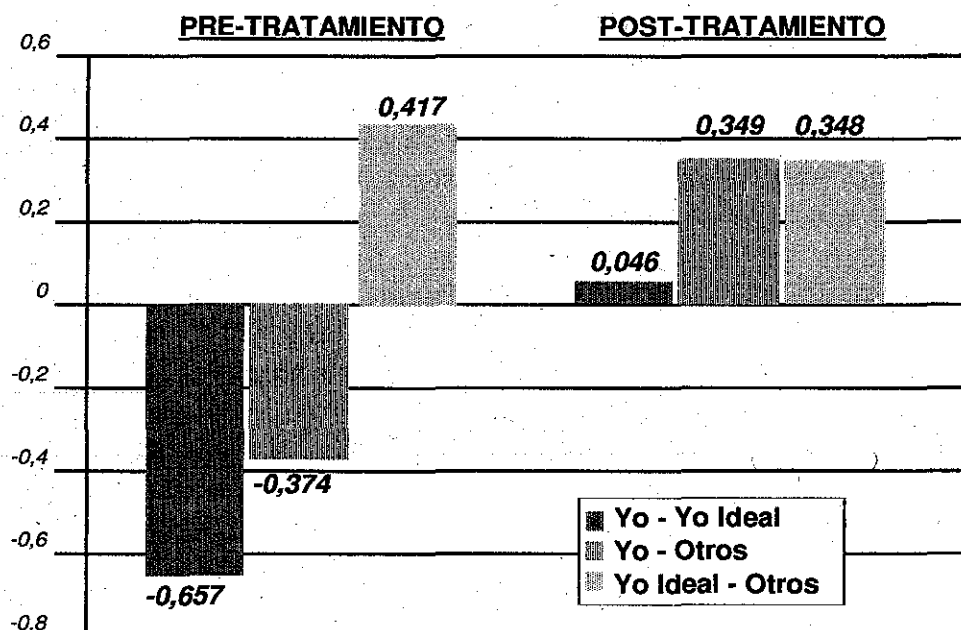
imponer sus deseos, a no ser flexible consigo misma, lo cual la paciente no se podía permitir. Esto le llevaría a excluirse del tipo de personas en el que ella se define.

Unos momentos después, la paciente comenzó a reflexionar sobre qué significaría ser flexible consigo misma y argumentó: "entonces ser flexible conmigo misma sería: ni disfrutar comiendo, ni no disfrutar comiendo". Se ve como el trabajo focalizado en este dilema comienza a dar sus frutos y empieza a abrirse un espacio para una construcción alternativa, más amplia, en la que en la definición de flexibilidad entra también el matiz de ser flexible consigo misma. Esto justamente se refleja en una rejilla posterior en la que las implicaciones positivas que acarrea el "no disfruta comiendo" al estar relacionado con el ser "flexible" desaparecen (la correlación inicial entre los dos constructos cambió de $r = 0.26$ a $r = -0.27$).

En esta última rejilla, la paciente sitúa al "yo" en una posición intermedia entre "no disfruta comiendo" y "disfruta comiendo". Es una posición de indefinición pero que al menos indica un cambio en la flexibilidad de la cons-

trucción del paciente. El trabajo sucesivo se centra en que la paciente reconstruya el polo asintomático "disfruta comiendo", asociándolo a aspectos positivos libres de las ataduras que implicaba considerarlo como ligado a "imponer sus deseos". Otros indicadores significativos de cambio con respecto a estos aspectos son todos los que tienen que ver con la construcción del sí mismo de la paciente (su visión con relación a su "yo ideal"). Sirviéndonos de las medidas sobre la construcción del yo proporcionadas por el programa RECORD ver. 2.0. (como se muestra en la figura 2), vemos como las correlaciones entre el Yo/Yo-ideal, Yo/Otros y Yo-ideal/Otros han sufrido un considerable cambio entre el período pretratamiento y posttratamiento (7 meses). La correlación entre el Yo/Yo-ideal cambió de una correlación negativa ($r = -0.657$) a una ligera correlación positiva ($r = 0.046$), del mismo modo la correlación Yo/Otros cambió de una correlación negativa ($r = -0.374$) a una positiva ($r = 0.349$). Por otro lado, la correlación Yo-ideal/Otros sufrió solamente un ligero cambio (de $r = 0.417$, a $r = 0.348$).

Figura 2. Datos de la rejilla del caso ejemplo del patrón de construcción del sí mismo proporcionados por el programa RECORD (Feixas y Cornejo, 1996).



Podemos ver que el progreso más relevante en la construcción del yo de la paciente en relación con su construcción pretratamiento está en que la cliente se construye a sí misma distante de su "yo ideal" y de los "otros" (incluso los "otros" son considerados próximos al "yo ideal"), frente a una construcción postratamiento en la que la cliente se siente más cercana a los "otros" y mucho menos distante de su "yo ideal".

Estas variaciones en la construcción del yo de la paciente medidas a través de la técnica de rejilla están asociadas con una mejora de la sintomatología medida a través del SCL-90-R (Derogatis, 1977, 1994). La puntuación global proporcionada por este instrumento antes del tratamiento es de 167, correspondiente a un nivel alto de sintomatología y sufrimiento, y la puntuación postratamiento es de 69 (equiparable al promedio de la población general).

Algunas direcciones futuras

Creemos que el estudio de la construcción que los pacientes desarrollan sobre su sintomatología en términos de dilemas puede ayudarnos a entender mejor su sistema de coherencia con respecto al no cambio, a la vez que nos ayuda a establecer estrategias negociadas con ellos con el objetivo de trabajar en construcciones alternativas en las que el conflicto o dilema no aparece. Al mismo tiempo, creemos que un enfoque centrado en el dilema nos proporciona tanto un foco para la terapia como un marco desde el que comprender la coherencia del sufrimiento de los clientes.

Aunque vemos este tipo de enfoque como útil y prometedor, creemos que se necesitan investigaciones más minuciosas sobre las implicaciones de un trabajo centrado en conflicto (dilema) y su relación con la desaparición de la sintomatología o liberación de bloqueos en el desarrollo personal.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Button, E. J. (1983). *Construing the anorexic*. En J. Adams-Webber, y J. C. Mancuso (eds.), *Applications of Personal Construct Theory* (Pp. 305-316). Toronto: Academic Press.
- Catina, A., Walter, E., y Volker, T. (1990, abril). *Positive implication of the symptom and its development during psychotherapy*. *Comunicación presentada en la 2nd British Conference on Personal Construct Psychology*, York.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: administration, scoring and procedures: manual 1*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedural Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc.
- 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 Sánchez, V. (1998). *Identificación de dilemas implicativos*. *Manuscrito no publicado*.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. (3º ed. rev.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fransella, F. (1970). *Stuttering: not a symp-*

tom but a way of life. *British Journal of Communication Disorders*, 5, 22-29.

-Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction. Research on a treatment of stuttering*. Londres: Academic Press.

-Fransella, F., y Crisp, A. H. (1979). Comparison of weight concepts in group of neurotic, normal and anorexic females. *British Journal of Psychiatry*, 134, 79-86.

-Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from a view-point of a theory of construct*. Tesis doctoral no publicada. The Ohio State University.

-Kelly, G. A. (1955..). *The psychology of personal constructs (2 Vols.)*. Nueva York: Norton. (existe nueva edición en Routledge, Londres, 1991)

-Mancini, F. (1992). La paradoja neurótica en la perspectiva constructivista. *Revista de psicoterapia*, 3 (12), 77-87.

-Procter, H. G. (1995). El sistema de constructos familiares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 4, 149-166.

-Ryle, A. (1979). The focus in the brief interpretative psychotherapy: Dilemmas, traps and snags as target problems. *British Journal of Psychiatry*, 134, 46-54.

-Slade, P. D., y Sheehan, M. J. (1979). The measurement of 'conflict' in repertory grids. *British Journal of Psychology*, 70, 519-524.

-Tschudi, F. (1977). Loaded and honest questions: a construct theory view of symptoms and therapy. En D. Bannister (Ed.), *New perspective in personal construct theory* (pp. 321-349). Londres: Academic Press.

-Winter, D. A. (1982). Construct relationships, psychological disorder and therapeuti-

cal change. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 257-269.

-Winter, D. A. (1983). Logical inconsistency in construct relationships: Conflict or complexity? *British Journal of Medical Psychology*, 56, 79.

-Winter, D. A. (1987). La psicoterapia de constructos personales como alternativa radical al entrenamiento en habilidades sociales. En R. A. Neimeyer, y G. J. Neimeyer (Eds.), *Libro de casos de terapia de constructos personales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1989.

-Winter D. A. (1991). Repertory grid technique in the investigation of treatment of psychological disorder: a review of research. Comunicación presentada en el 22nd. *Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research*, Lyon.

-Winter, D. A. (1992). *Personal Construct Psychology in Clinical Practice: Theory, Research and Applications*. Londres: Routledge.

-Winter, D. A., y Tripett, C. J. (1979). Serial change in group psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 50, 341-348.

Abstract

The aim of this study is to present some of the clinical applications of detecting cognitive conflicts for the therapy process. A systematic method for detecting these dilemmas based on the repertory grid technique is developed. Implications for the therapy process are elaborated, which serve as the basis for a method of conflict analysis. This method is used as the focus of therapy with clients presenting cognitive conflicts.