

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

**Miscelánea en Psicoterapia**

ΨΨΨΨΨΨ€

**120**

Ψ

# Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 32, Número 120, Noviembre, 2021 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<https://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:

Andrés Senlle Szodo (1981-1984),  
Lluís Casado Esquiús (1984-1987),  
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),  
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

## DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

## COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

## CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquiús

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

## CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Galbada, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gismero González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurrola Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortiz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

María de los Ángeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

Maria Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñoz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Expresidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quinones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Roji Menchaca, UNED, Madrid, España

M<sup>o</sup> Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

## INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Emerging Source Citation Index (ESCI) de la Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Depósito Legal: B. 26.892/1981

## NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <https://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/about/submissions>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*: **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el resumen y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El resumen (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las palabras clave (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La tercera página comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en séptima edición de la APA (2019) y que se resumen en las siguientes consignas:

**CITAS:** Las citas textuales o directas (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido del autor, Año, número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre comillas dobles; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en bloque, en un renglón separado, con indizado de 5 espacios sin comillas. Las citas indirectas o no textuales (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido del autor, Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

**REFERENCIAS:** incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una nueva página, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el 40% de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los últimos cinco años. Cada referencia debe ajustarse al formato de la séptima edición de la APA (2019).

## TABLAS Y FIGURAS

Las figuras y tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Cada figura incluida en el manuscrito deberá ser adjuntada en un fichero adicional (preferentemente ".jpeg"), aparte del manuscrito. Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas y las figuras se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla o figura, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial).

En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información.

Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (\*) u otro símbolo (e.g., \**p* < .05, \*\**p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

## NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

## Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de **doble ciego** (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

## Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la *Revista de Psicoterapia*.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la *Revista de Psicoterapia* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.



## CONTENIDO

### Monográfico: Miscelánea en Psicoterapia Luis Ángel Saúl

#### —Artículos de Libre Acceso—

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

<b>La Importancia del Significado en el Proceso Terapéutico .....</b>	<b>1</b>
Beatriz González Arranz, José Navarro Góngora y Luis Ángel Saúl	
<b>Regulación Emocional en Adolescentes Institucionalizados de la Ciudad de México: Un Estudio Piloto.....</b>	<b>15</b>
Ariadna Arias Martínez, Antonio Tena Suck, Teresa Fernández de Juan y Celia Mancillas	
<b>Eficacia de una Intervención Online Basada en Mindfulness frente al Tratamiento Psicológico Habitual para la Reducción de Síntomas de Ansiedad y Depresión.....</b>	<b>37</b>
Juan Nieto, Borja Arribas y Dafne Cataluña	
<b>Cognitive Conflicts in Functional Gastrointestinal Disorders..</b>	<b>55</b>
Ruth Benasayag, Fermín Mearin, Mari Aguilera y Guillem Feixas	
<b>Psicoanálisis Relacional y Psicoterapia Individual Sistémica: Epistemología y Psicopatología.....</b>	<b>71</b>
Juan Miguel de Pablo Urban	
<b>Psicoterapia Centrada en la Persona y la Ideación Suicida.....</b>	<b>89</b>
Alejandro López Marín	
<b>La Complejidad del Trauma Complejo del Desarrollo: Una Propuesta del Modelo de Apego y Complejidad (MAC)...</b>	<b>105</b>
Felipe Lecannelier, Humberto Guajardo, Diana Kushner, Carlos Barrientos y Germán Monje	
<b>Prácticas Narrativas Colectivas: Intervención en un Grupo de Adultos Mayores de Valparaíso, Chile. Estudio de Intervención Grupal .....</b>	<b>125</b>
Natalie Rodríguez-Covarrubias	

<b>Clinical Psychology During the COVID-19 Pandemic: Experiences from Six Frontline Hospitals in Mexico .....</b>	<b>143</b>
Edgar Landa-Ramírez, Cintia Tamara Sánchez-Cervantes, Sofía Sánchez-Román, Eryka del Carmen Urdapilleta-Herrera, Jorge Luis Basulto-Montero y Lucía Ledesma-Torres	
<b>Adherencia y Satisfacción en Psicoterapia de Grupo Online vs. Presencial en Tiempos de COVID-19 .....</b>	<b>157</b>
Paula Castrillo Ramírez y Manuel Mateos Agut	
<b>Intervención Cognitivo-Conductual en un Caso de Ansiedad Social .....</b>	<b>175</b>
Santiago José Reguera Lozano	
<b>Diálogo Terapéutico, Insight y Reducción de Síntomas Ansioso-Depresivos en la Psicoterapia Psicoanalítica .....</b>	<b>185</b>
Carlos Alberto Jibaja Zárate	
<b>Tratamiento Cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo en Formato Online: Un Caso Clínico .....</b>	<b>205</b>
Elisabet Ana Gemar Fernández y Cristina Romero López Alberca	
<b>Clinical Case of a Child with Algoneurodystrophy.....</b>	<b>221</b>
Ana C. Santos y Cláudia M. Silva	
— Recensión de libros —	
<b>Trasfondo Filosófico en la Psicoterapia Integradora Humanista.....</b>	<b>231</b>
Ana Gimeno-Bayón	
<b>Formulación de Caso Evolucionista: Un Lenguaje Común en Psicoterapia.....</b>	<b>235</b>
Ciro Caro García	

## CONTENTS

### Monographic: Miscellaneous in Psychotherapy Luis Ángel Saúl

#### —Open Access Articles—

(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

<b>The Importance of Meaning in the Therapeutic Process .....</b>	<b>1</b>
Beatriz González Arranz, José Navarro Góngora, & Luis Ángel Saúl	
<b>Emotional Regulation in Institutionalized Teenagers in Mexico City: A Pilot Study .....</b>	<b>15</b>
Ariadna Arias Martínez, Antonio Tena Suck, Teresa Fernández de Juan, & Celia Mancillas	
<b>Efficacy of an Online Mindfulness-Based Intervention versus Treatment as Usual for the Reduction of Anxiety and Depression Symptoms.....</b>	<b>37</b>
Juan Nieto, Borja Arribas, & Dafne Cataluña	
<b>Cognitive Conflicts in Functional Gastrointestinal Disorders..</b>	<b>55</b>
Ruth Benasayag, Fermín Mearin, Mari Aguilera, & Guillem Feixas	
<b>Relational Psychoanalysis and Systemic Individual psychotherapy: Epistemology and Psychopathology.....</b>	<b>71</b>
Juan Miguel de Pablo Urban	
<b>Person-centered Psychotherapy and Suicidal Ideation .....</b>	<b>89</b>
Alejandro López Marín	
<b>The Complexity of Complex Developmental Trauma: A Proposal from the Attachment &amp; Complexity Model (MAC) .....</b>	<b>105</b>
Felipe Lecannelier, Humberto Guajardo, Diana Kushner, Carlos Barrientos, & Germán Monje	
<b>Collective Narrative Practice: Intervention in a Group of Older Adults in Valparaíso, Chile. Group Intervention Study.</b>	<b>125</b>
Natalie Rodríguez-Covarrubias	

<b>Clinical Psychology During the COVID-19 Pandemic: Experiences from Six Frontline Hospitals in Mexico .....</b>	<b>143</b>
Edgar Landa-Ramírez, Cintia Tamara Sánchez-Cervantes, Sofía Sánchez-Román, Eryka del Carmen Urdapilleta-Herrera, Jorge Luis Basulto-Montero, & Lucía Ledesma-Torres	
<b>Adherence and Satisfaction in Online vs. In-person Group Psychotherapy in Times of COVID-19 .....</b>	<b>157</b>
Paula Castrillo Ramírez, & Manuel Mateos Agut	
<b>Cognitive-Behavioural Intervention in a Case of Social Anxiety .....</b>	<b>175</b>
Santiago José Reguera Lozano	
<b>Therapeutic Dialogue, Insight and Reduction of Anxious-Depressive Symptoms in Psychoanalytic Psychotherapy .....</b>	<b>185</b>
Carlos Alberto Jibaja Zárate	
<b>Cognitive Treatment of Obsessive Compulsive Disorder in Online Format: A Case Report .....</b>	<b>205</b>
Elisabet Ana Gemar Fernández & Cristina Romero López Alberca	
<b>Clinical Case of a Child with Algoneurodystrophy.....</b>	<b>221</b>
Ana C. Santos, & Cláudia M. Silva	
—Book Review—	
<b>Philosophical Background in Psychotherapy Humanist Integrator.....</b>	<b>231</b>
Ana Gimeno-Bayón	
<b>Evolutionist Case Formulation: A Common Language in Psychotherapy.....</b>	<b>235</b>
Ciro Caro García	



# LA IMPORTANCIA DEL SIGNIFICADO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

## THE IMPORTANCE OF MEANING IN THE THERAPEUTIC PROCESS

**Beatriz González Arranz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7968-6388>

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. España

**José Navarro Góngora**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6479-4968>

Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. España

**Luis Ángel Saúl**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6351-8283>

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

González, B., Navarro Góngora, J. y Saúl L. A. (2021). La importancia del significado en el proceso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 1-14. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.991>

### Resumen

*Todos nosotros empleamos estrategias con el fin de dar mejor sentido a nuestro mundo, a nuestras experiencias, somos constructores de significados. Lo que nuestros clientes traen a terapia es también un sistema de construcción. El proceso terapéutico tiene que ver con una forma de entender los problemas en función del significado personal del que consulta y la conversación será el medio a través del cual se exploran y negocian nuevos significados que van a permitir a la persona seguir avanzando con un sentido más pleno por los senderos que ella misma va escogiendo. Podemos definir la intervención psicológica como una conversación terapéutica y al terapeuta como un artista de la conversación, a través del diálogo puede hacer surgir nuevos significados o nuevas formas de posicionarse ante un problema.*

Palabras clave: *significados, lenguaje, conversación terapéutica*

### Abstract

*All of us employ strategies in order to make sense of our world and experiences; we are constructors of meanings. What our clients bring to therapy is also a construction system. The therapeutic process has to do with a way of understanding the problems based on the individual's personal meanings, and the therapeutic conversation will provide the ways through which new meanings are explored and negotiated, that will allow the person to continue her life with a fuller sense of the paths that she herself is choosing. We can define the psychological intervention as a therapeutic conversation and the therapist as an artist of the conversation. Through dialogue, new meanings are discovered allowing new ways of facing old and new problems.*

Keywords: *meanings, language, therapeutic conversation*

Fecha de recepción v1: 16/02/2021. Fecha de recepción v9: 18/08/2021. Fecha de aceptación: 04/09/2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [beatrizgonzalezarranz@gmail.com](mailto:beatrizgonzalezarranz@gmail.com)

Dirección postal: Beatriz González Arranz. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Avda. de la Merced 109, 37005, Salamanca. España

© 2021 Revista de Psicoterapia



Todos nosotros empleamos estrategias con el fin de dar mejor sentido a nuestro mundo, a nuestras experiencias, somos constructores de significados. Lo hacemos tanto en nuestra vida personal como en nuestro quehacer de terapeutas. La descripción de trastornos es en esencia una construcción (Button, 1985). Usamos los diagnósticos porque nos permiten anticipar, nos ayudan a predecir qué cosas se pueden esperar de ciertas personas.

Lo que nuestros clientes traen a terapia es también un sistema de construcción. No es sólo la presencia de un síntoma lo que hace sufrir al cliente, también lo es el significado adscrito a esos síntomas, a los acontecimientos y el impacto de este significado en su vida (Ramsay, 1998). A veces es un significado que no les sirve y en otras ocasiones, no han conseguido extraer un significado. Por tanto, la tarea psicoterapéutica se centrará en ayudar al cliente a dar un significado, o a cambiar el que tenía, a esa experiencia (Feixas, 2001).

Incluso en aquellos problemas que no tienen solución, como la pérdida de un ser querido o una enfermedad, las diferencias en el dolor se encuentran muchas veces en el significado. Por ejemplo, algunas personas experimentan los efectos secundarios de la quimioterapia como molestias y otros como la señal de que el tratamiento está haciendo efecto. A la madre que lloraba porque su hija vomitaba después de la quimioterapia pensando que el tratamiento ya no la podía curar, ayudarla a generar un relato alternativo no resolverá la enfermedad, pero si aliviará su sufrimiento.

El esfuerzo terapéutico se moverá en el reino de los significados, primero, escuchando todos los significados posibles del cliente, después explorando si esas construcciones son adaptativas, y si no lo fueran, ayudándolo en la búsqueda de visiones alternativas de la realidad que le hagan ver sus problemas con una nueva perspectiva y descubriendo respuestas de afrontamiento que, o bien no han considerado, o que nunca imaginaron que fueran posibles. En ocasiones, es necesario deconstruir un significado para su reconstrucción, sobre todo cuando el problema está afectando diferentes áreas en su vida (Payne, 2002). Pero no debe confundirse la deconstrucción con la redefinición, en esta última es el terapeuta el que ofrece una interpretación diferente de la realidad, en vez de trabajar para que sean sus clientes quienes la generen (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994). Por ejemplo, usamos una redefinición cuando en el contexto de la pandemia le decimos a una persona preocupada por sus miedos son, en cierto grado, aceptables e incluso beneficiosos porque le mantienen alerta y le ayudan a mantenerse seguro.

Durante el proceso terapéutico, los clientes aprenderán a atribuir nuevos significados a sus problemas que le abrirán nuevas posibilidades de acción (G. J. Neimeyer, 1996); la forma en que se construyen significados supone diferencias. Como terapeutas no estamos exentos de opiniones, prejuicios y valores; pero si no se los imponemos a nuestros clientes terminan por ser nuevas oportunidades de diálogos que permiten explorar nuevas ideas (Anderson y Goolishian, 1988). Las opiniones del terapeuta solo son una más entre las muchas posibles, no hay

interpretaciones correctas y únicas, no hay puntos de vista mejores o peores, pero sí hay puntos de vista que mantienen un problema y otros que ayuden a resolverlo.

Lo mejor de las opiniones o hipótesis es que no necesitamos creer en ellas; una vez planteadas, tenemos un tiempo para confirmarlas. Además, no necesitamos invalidar una para examinar las consecuencias de otra, de hecho, esto podría ser desastroso en psicoterapia: un paciente empieza a notar síntomas en su pecho que liga a haber comido una pera sin lavar. Convencido explica a su médico que ese es el origen de su tumor, necesitaba adscribir un significado a su experiencia. El médico trató de persuadirle de que su creencia no tenía ningún sentido y el paciente sufrió un ataque de ansiedad.

Acompañar al cliente en este proceso puede hacerse de muchas maneras, pueden emplearse gran variedad de técnicas, siempre como parte de un plan terapéutico que permita ayudar al cliente a valorar la efectividad de sus construcciones. Mahoney (2005) compara las técnicas con el lenguaje. El mismo mensaje se puede transmitir en idiomas diferentes. Cuantos más idiomas se conozcan, con más personas se puede hablar.

En el contexto de la creación de significados, la propia relación terapéutica va a ser una experiencia potencial de cambio. Las construcciones se validan o invalidan en el contexto de la interacción personal y son precisamente las personas más significativas para nosotros las que más pueden influir en ese proceso (Dallos, 1991/1996; Dallos y Johnstone, 2013). Por ello es fundamental que el terapeuta llegue a convertirse en agente validador, valida aquellos significados que le son útiles e invalida los problemáticos. Todo esto desde una relación de experto a experto (Botella y Feixas, 1998), donde el cliente es el experto en su sistema de significado y el terapeuta en lo concerniente a la facilitación del cambio, respetando el delicado equilibrio entre cambio y mantenimiento de la identidad. El concepto de curación es sustituido por el de cambio y ya no se trata, por ejemplo, de combatir las ideas absurdas del cliente o de modificar o corregir sus hábitos disfuncionales, sino de entender el sentido de sus acciones (Villegas, 1995, 2018).

La conducta deja de ser el fin para ser el medio a través del cual el cliente explora y experimenta nuevas construcciones más adecuadas de sí mismo y de los otros (Feixas, 2001). Pero las intervenciones conductuales no serán el único medio de exploración de nuevos significados. La conversación terapéutica es lo que principalmente convertirá al terapeuta en un agente validador o proveedor de confirmación, abre nuevas posibilidades para nuevos significados que se renegocian constantemente en los intercambios conversacionales (Gergen, 1996, 2015).

### **La Construcción de Alternativas a través del Lenguaje**

Los significados se crean en el lenguaje (Korzybski, 1933; Barceló, 2015), por tanto, cambios en el lenguaje darán lugar a cambios en estos significados (Wahlström, 1997). El lenguaje es el medio en el que residen las fantasías de vidas alternativas (“cómo sería si...”), lo que le convierte en una herramienta muy sutil

para el psicoterapeuta. Esto nos permite definir la intervención psicológica como una conversación terapéutica (Wahlström, 1990) y al terapeuta como un artista de la conversación que a través del diálogo puede hacer surgir nuevos significados o nuevas formas de posicionarse ante un problema (Anderson y Goolishian, 1988).

Como propone de De Shazer (1994, De Sahazer y Dolan, 2007), en lugar de buscar detrás y debajo del lenguaje que utilizan los clientes, lo que tenemos y podemos usar para trabajar es su lenguaje. El lenguaje es utilizado como vehículo para el cambio (White, 1994). En este contexto la depresión puede convertirse en tristeza y la ansiedad se transforma en energía.

Esta idea de utilizar el lenguaje como creador de nuevos significados ya fue introducida por Kelly (1955/1991). Kelly propuso utilizar el lenguaje de las hipótesis como forma de invitar a la aventura y dar paso a la imaginación, como forma de ayudar al cliente a afrontar la amenaza, la ansiedad y la confusión de los momentos de transición (Feixas, 2001).

Otras formas de utilizar el lenguaje también ayudan al terapeuta a abrir nuevas posibilidades, nuevos significados. Por ejemplo, el lenguaje de las metáforas, de la externalización, de la paradoja, el diálogo sobre excepciones, preguntas específicas, etc. Se trata de diferentes formas de proceder terapéutico que giran en torno a diferentes formas de utilizar el lenguaje como vehículo para la construcción de significados alternativos, derivados de diferentes escuelas. Uno de estos enfoques terapéuticos que ha puesto especial énfasis en el lenguaje es la terapia narrativa (Montesano, 2012), sin embargo, cualquier orientación en psicoterapia puede mantener una conversación para el cambio, lo único que varía son los elementos terapéuticos que se incluyen en esa conversación, utilizan herramientas de análisis diferentes y por ello construyen realidades distintas (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994).

En ocasiones, cuando se intenta describir el tipo de actividades que realiza un terapeuta, se corre el riesgo de dar una imagen un tanto reducida del proceso terapéutico. Al decidir optar por el camino del lenguaje estamos abriendo uno, pero a la vez cerramos otros muchos posibles.

### ***Un Lenguaje para el Cambio***

Quienes opinan que es imposible cambiar las cosas tan solo con hablar, en realidad pueden tener razón. Efectivamente, la mayoría de los clientes ya han hablado con alguien de sus problemas antes de acudir a terapia. Pero a diferencia de una charla entre amigos, el terapeuta está constantemente maniobrando con un lenguaje para el cambio. Un lenguaje que permite explorar, construir y reconstruir significados.

Para describir este tipo de lenguaje, describiremos algunos de los usos del lenguaje más habituales.

### *El Lenguaje Interrogativo*

La interrogativa es una de las modalidades más comunes de utilizar el lenguaje. Podemos utilizar diferentes preguntas, por ejemplo:

- **Preguntas presuposicionales** (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989/1990). Presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes generando la expectativa de obtener mejorías. En vez de preguntar: *¿qué sería distinto?*, preguntamos: *¿qué va a ser diferente?*
- **Pregunta milagro** (De Shazer, 1988/1992, De Sahazer y Dolan, 2007). Como técnica de proyección al futuro, pone al cliente en la situación hipotética de estar sin el problema, con una mirada centrada en las soluciones potenciales, una mirada a un futuro creíble y realizable.
- **Preguntas sobre excepciones** (White, 1994). Son esos milagros atemporales que suelen pasar inadvertidos. Además de explorar qué ocurrió, cuándo, dónde, quiénes estaban implicados, exploraremos qué fue diferente en su forma de actuar, pensar o sentir y los significados de esa excepción atendiendo a descripciones sobre sí mismo, los demás y sobre qué nuevas metas podrían acompañar a las nuevas posibilidades *¿Qué nuevas cualidades has descubierto en ti en este día?*, *¿Cómo estos descubrimientos afectarán a tu relación de pareja?*, *¿Qué será diferente?*, *¿Cuál será el próximo paso que posibilita los descubrimientos sobre ti misma?*
- Las preguntas por el **cambio pre-tratamiento**. Entendemos por cambio pretratamiento cualquier mejoría, que se haya producido entre el momento de la llamada y la primera entrevista (Weiner-Davis et al., 1987). Si el cliente nos informa de este cambio pretratamiento la conversación se dirige a ampliarlo todo lo posible, al igual que en el trabajo con excepciones. *¿Son este tipo de cambios los que te gustaría que se siguieran produciendo?*, *¿Qué puedes hacer tú para continuar por este camino?*
- **Preguntas circulares** (Tomm, 1988, Collins y Tomm, 2009). Invitan a describir la relación entre otros dos miembros de la familia o a especular sobre cómo puede reaccionar otro miembro ante un problema y qué reacciones es probable que genere en los demás esta respuesta. Podemos preguntar, por ejemplo, *¿qué hace tu mujer cuando tú gritas?*, para delimitar la secuencia interpersonal de un problema; *¿cómo va a reaccionar vuestra hija cuando vea que os lleváis mejor?*, para elicitare objetivos interaccionales; o *¿cómo crees que se sintió tu madre cuando le dijiste que ese día no habías consumido droga?*, revisando excepciones. La conversación cuestiona las premisas del sistema familiar, permite introducir distintos puntos de vista y la elaboración de una historia alternativa.
- **Preguntas de escala** en sus diferentes modalidades. Por ejemplo, las **escalas de avance** (De Shazer, 1986), donde se pide al cliente que evalúe el estado actual de su problema en una escala de 1 a 10. Con este tipo de preguntas el terapeuta tiene una nueva oportunidad para seguir atribuyendo los avances a conductas o recursos de las personas. Puede preguntar, por ejemplo: *¿Cuál es la clave de*

que hayas subido a un seis o un siete?, como una forma de atribuir control al cliente. También permite fijar objetivos: *¿En qué punto consideras que podríamos dar por finalizada la terapia?*, o *¿En qué vas a notar que estás ya en un ocho?* (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1997). Otra escala complementaria a la anterior es la **escala de confianza**, donde evalúa también en una escala del 1 al 10 el grado de confianza que tiene para mantenerse en un nivel determinado y posteriormente podemos ampliar con preguntas del tipo *¿qué puedes hacer para subir un punto tu confianza?* (Beyebach, 1995)

- **Preguntas de afrontamiento** (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1997b). Se trata de adoptar la desesperanza del cliente con el fin de facilitar su esperanza a través de preguntas como: *Viendo como han ido las cosas, me pregunto ¿cómo haces para resistir?, incluso ¿cómo es que las cosas no van peor?*

### **El Lenguaje de la Externalización**

La externalización es un proceso de separación lingüística que distingue entre el problema y la identidad personal del cliente, pretende ayudar al cliente a modular la influencia que el problema ejerce sobre su vida (White y Epston, 1990/1993). Utiliza cambios en la atribución del problema, pasando de factores internos, globales y estables a factores externos con los cuales el cliente puede relacionarse de un modo más adaptativo. El cambio de perspectiva se favorece recurriendo a dos modalidades de externalización.

En la primera modalidad, el terapeuta crea una metáfora lingüística, habla del problema como si fuera un personaje externo, incluso le pone un nombre, bautiza el problema (Payne, 2002). Si a la persona no se le ocurre un nombre, el terapeuta puede hacer sugerencias, o incluso, se puede utilizar el mismo diagnóstico psiquiátrico (Durrant, 1989). Un cliente se imaginó como en sus malos momentos aparecía un personaje al que llamó “monstruito”.

La segunda modalidad cobra especial importancia en los problemas relacionados con violencia y abusos sexuales. No se debe hablar del maltrato o del abuso como un personaje externo, es imprescindible responsabilizar de los hechos a los ofensores (White y Epston, 1990/1993). En estos casos, lo que se externaliza son las creencias y modelos sociales que justifican el maltrato, y así, por ejemplo, hablar sobre como la idea de que debe aguantar la violencia para mantener su familia unida le domina. En otros casos de terapia de pareja también se puede hablar sobre cómo la influencia de la cultura familiar impera en su conducta relacional (Ferrel y Roque, 2021).

*Una vez introducido el reencuadre de la externalización, el terapeuta recurre a las preguntas de influencia del problema (White, 1989), con ellas indaga cómo esa creencia le lleva a hacer, pensar, sentir y relacionarse. Por ejemplo: ¿Cuál es la primera señal de que este monstruito aparece?, ¿Qué te obliga a hacer?, ¿Qué te dice para ponerte nerviosa?, ¿Cómo repercute en ti?, ¿Cuánto tiempo lleva contigo?*

Estas conversaciones externalizadoras se construyen en base a preguntas



que fomentan la revisión de su relación consigo mismo y los demás (Aguinaga et al., 2016), hacen posible que las personas experimenten una identidad distinta o separada del problema, le ayudan a tomar conciencia de cómo este personaje está pautando su vida y así decidir qué tipo de relación quiere tener con él. Es una práctica deconstructiva, que ayuda a que las personas experimenten cierta sensación de control, de competencia personal e impulsa a la aventura y el descubrimiento (Ochoa de Alda, 2001).

### *El Lenguaje de la Paradoja*

La paradoja supone también una nueva forma de hablar de los síntomas basada en una actitud terapéutica que acepta la sintomatología. Esta actitud, estimula alternativas de conducta en el cliente. Es útil en aquellos clientes que solicitan ayuda desesperadamente, pero que, al mismo tiempo rechazan todos los intentos de solución que se les propone, quieren que se les ayude a cambiar, pero sin cambiar nada (Navarro Góngora, 1998). Algunos incluso han visitado ya a varios terapeutas y su objetivo es una nueva derrota.

En estos casos, en lugar de continuar con intentos inútiles de cambio, el terapeuta acepta su sintomatología, se muestra pesimista y le comunica que no hay nada que pueda hacerse respecto a su problema, con excepción quizás de enseñarle como vivir adaptándose al mismo. De esta forma, el cliente tiene sólo dos alternativas: renunciar para siempre a su juego de tratar de derrotar al psicoterapeuta, o bien proseguirlo, lo cual tan sólo podrá hacerlo demostrándole que la mejoría es posible (Navarro Góngora, 1998). En ambos casos, la intervención da lugar a un cambio. Valenzuela (2005) lo describe como una comunicación lingüística que está dentro de otra comunicación, que a su vez la contradice, de modo que se produce un dilema, de tal forma que para obedecer a una de las comunicaciones hay que hacer caso omiso a la otra.

Utilizamos la paradoja cuando pedimos al paciente que exagere o que esté más pendiente de sus síntomas; cuando indicamos a la familia que no pueden o no deben cambiar; o cuando como tarea utilizamos la prescripción del síntoma (Arbeláez Tejada et al., 2016; Selvini et al., 1991). Un síntoma siempre es, en esencia, involuntario y, por tanto, autónomo. Si se le pide a alguien que se comporte de una determinada manera que él considera espontánea, entonces ya no puede ser espontánea, la exigencia hace imposible toda espontaneidad. Recordemos la fábula de la cucaracha que le preguntó al ciempiés cómo lograba mover sus cien patas con tanta elegancia y con coordinación tan perfecta. A partir de ese momento, el ciempiés ya no pudo caminar.

El terapeuta utiliza expresiones que envuelven una contradicción. Sus dotes de comunicación y su experiencia serán determinantes; la firmeza y seguridad con que trasmita el mensaje y su capacidad de persuasión, serán la clave para que el paciente haga eso que contradice al terapeuta. La explicación detrás de las paradojas es la creencia de que la familia resistirá los intentos del terapeuta al cambio, al

resistirlos, harán lo contrario de lo recomendado, generándose así, la modificación que se desea (Arbeláez Tejada et al., 2016)

### *El Lenguaje de las Metáforas*

Las metáforas son como vehículos para la comunicación, vehículos todo terreno que llevan al proceso terapéutico por fuera de las carreteras pavimentadas (las estructuras de significado previas) hacia territorios desconocidos, donde nuevos significados serán creados (Gil Lujan et al., 2016; Lyddon et al., 2001). Son como puentes a otra posibilidad, puentes que permiten al individuo dudar, cuestionarse y cambiar (Carrión, 2004).

En el contexto terapéutico, las metáforas juegan un papel importante, no solo facilitando el diálogo terapéutico (Cardona Galeano y Osorio Sánchez, 2015; Loja, 2007) y en la introducción de nuevos marcos de referencia, sino que también, facilitan la creación de la relación terapéutica, ayudan a los clientes a conocer y simbolizar sus emociones, como un medio de expresar emociones que no se pueden expresar de forma literal (Fox, 1989) y ayudan a desvelar muchas de sus creencias (Ecker y Hulley, 1996). Analizando distintas posiciones dentro de una misma metáfora, el terapeuta le ayuda a cuestionar su punto de vista al tiempo que lo mantiene (Billings, 1991).

Las metáforas también permiten trabajar con las resistencias (Otto, 2000). Pueden ayudar a los clientes a acceder indirectamente a nueva información sobre ellos mismos, protegiéndoles del potencial impacto de algunos de esos descubrimientos (Fox, 1989). La comunicación metafórica les puede ayudar a explorar lo que son, hablando de cosas que no son; constituyen una alternativa para examinar y hablar sobre los sentimientos y experiencias dolorosas del cliente, desviando las defensas rígidas y facilitando la relación (Billings, 1991).

El valor de la metáfora reside en que permite al terapeuta enviar mensajes directamente al inconsciente del sujeto (Haley, 1980), mientras la mente consciente se mantiene ocupada con los contenidos literales, el mensaje terapéutico burla su vigilancia y llega al inconsciente sin dificultad. Algunos autores también justifican las propiedades curativas de la comunicación metafórica por su vinculación con el hemisferio cerebral derecho, el cual se asocia a los procesos emocionales (Beyebach, 1995a; Fajardo, 2005).

En algunos casos las metáforas pueden utilizarse también como indicadores bastante fiables de que se han conseguido los objetivos planteados. Esto ocurre con aquellas metáforas que se prestan a ser cerradas, por ejemplo, la mujer que sale del pozo, la larva que se transforma en mariposa, etc. y sobre todo en aquellos casos en que es el propio cliente quien cierra la metáfora. En otros casos, el elemento simbólico permanece más allá de la propia terapia, alargando por así decirlo el efecto de ésta (Dolan, 1991).



### ***Una Conversación Enfocada hacia lo Positivo***

Una estrategia para iniciar un tema de conversación enfocado en lo positivo es hablar de **recursos**. Los recursos serían todo aquello que puede considerarse como fortalezas de una persona y que pudieran utilizarse para enfrentar sus problemas. Podemos, por ejemplo, hablar de la constancia de un cliente que realiza deporte diariamente, resaltar esa constancia, ese esfuerzo y ver cómo le ayuda, para luego preguntarnos cómo puede serle útil para abordar su dificultad. El presupuesto es que, si el cliente no se percibe como alguien con valores, recursos, posibilidades, no podrá ni afrontar el problema inmediato, ni, probablemente, los futuros (Navarro Góngora, 1998). Para lograr esto es importante que el propio terapeuta confíe en los recursos de los clientes (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994).

Estos recursos o cualidades que nosotros detectamos también pueden utilizarse como **elogios**. Los elogios son comentarios positivos que tratan de crear en los clientes una mejor disposición para aceptar cualquier sugerencia posterior (De Shazer, 1987). El mejor elogio es recordar cualquier avance que el cliente haya comentado en la entrevista y repetir lo que ha estado haciendo para que se produzca. También podemos recordar cualquier cualidad positiva que él se haya atribuido o que nosotros hemos detectado. Conseguiremos que los elogios sean creíbles haciendo que sean cortos y extrayéndolos de algo que haya ocurrido durante la entrevista (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994). Si no encontramos alternativas, siempre podemos utilizar comentarios estándar, como agradecerle su motivación para resolver el problema o la confianza que ha depositado en nosotros.

### ***El Equipo Reflexivo***

Esta técnica hace hincapié en el carácter conversacional de la terapia. Fue propuesta por el terapeuta noruego Tom Andersen (1987, 1991/1994). El terapeuta conversa con el cliente mientras los demás miembros del equipo escuchan atentamente en la misma sala. Durante la pausa, el equipo hace una reflexión abierta y ahora es el terapeuta y el cliente quienes observan y escuchan conversar al equipo acerca de sus impresiones sobre lo ocurrido en la sesión, sus visiones alternativas y sugerencias. Esta conversación se desarrolla de una forma hipotética, provisional y condicional (Botella y Feixas, 1998). Andersen (1991/1994, 1996) resume así las pautas de acción lingüística a llevar a cabo por el equipo reflexivo:

1. Sus reflexiones se basarán en algo expresado durante la sesión (*cuando escuché... se me ocurrió...*). Reflexionan sobre lo que han oído haciéndose preguntas a sí mismos sobre nuevas formas posibles de describir y explicar lo dicho.
2. Mostrarán una actitud de curiosidad y respeto, evitando interpretaciones, consejos o juicios y procurando ofrecer alternativas. Hablarán de forma especulativa (*no estoy seguro de..., me pregunto si..., tengo la sensación de...*)
3. No deben transmitir connotaciones negativas. En vez de decir *no entiendo*

*por qué no intentan esto o aquello, se dice: me pregunto qué pasaría si intentarían hacer esto o aquello...*

4. Mientras están reflexionando se mirarán entre sí, es decir, no mirarán a los que escuchan (clientes), con el fin de permitir que los oyentes se sientan en libertad de no escuchar. Además, si miran al cliente y se le incluye en la conversación, se les está privando de la posibilidad de estar en posición de escucha y de ver la discusión de los temas desde fuera (Andersen, 1991/1994).
5. Se debe ser sensible a la comunicación no verbal, pero no se debe señalar.
6. Las ideas que se generen han de ser creativas y originales, pero tampoco demasiado inusuales de forma que sorprendan pero que puedan ser aceptadas. Han de generar nuevas preguntas y poder ser respondidas de varias maneras.
7. Se debe hablar de manera que las ideas puedan ser igualmente rechazadas.

El equipo reflexivo debe tener en cuenta que su tarea es crear ideas, aunque algunas puedan no ser interesantes para el cliente, ellos seleccionarán las que encajen (Andersen, 1987). Destacamos también su transparencia, la conversación entre los miembros del equipo fluye con naturalidad, comparten sus opiniones sin haber planificado previamente sus mensajes, de hecho, no pueden hablar entre ellos hasta que el terapeuta establece una pausa e invita al cliente a escuchar (Botella y Feixas, 1998). Cuando el equipo finaliza su reflexión, el terapeuta pregunta qué ha sido lo que más le ha interesado, lo que ha encontrado más útil y ofrece sus propias impresiones. Conversar, oír reflexiones sobre lo conversado y volver a conversar, abre posibilidades de ver diferentes perspectivas de la misma situación.

### ***Cartas Terapéuticas***

La comunicación terapéutica puede traspasar los límites de la representación verbal y utilizar el lenguaje escrito para promover el cambio. El uso de cartas en terapia es uno de estos recursos técnicos (White y Epsom, 1990/1993).

Podemos utilizar estas cartas para conseguir diferentes objetivos terapéuticos (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994), por ejemplo, a través de ellas podemos reforzar algunos de los cambios que hemos introducido durante las sesiones. Podemos pedir a nuestros clientes que en la última sesión nos escriban una carta contando lo que hicieron para resolver el problema para así dar a leer sus cartas a otras personas que tengan un problema similar. Con esto, les ponemos en posición de expertos respecto a su problema, lo que probablemente contribuye a que se sientan más seguros y perciban sus avances como más firmes (Rodríguez-Morejón y Beyebach, 1994).

Las cartas pueden ser también usadas como una forma de posibilitar la reflexión entre sesiones (Bacigalupe, 1996). En este caso se puede alentar al cliente a escribir una carta a sus seres queridos vivos o muertos, diálogos, notas entre sesiones, diarios, poemas, etc. También pueden ser utilizadas como una forma de dar continuidad a

esas terapias que decidieron finalizar prematuramente (Montesano, 2012).

### ***La Autocaracterización y la Técnica del Rol Fijo***

En la autocaracterización el terapeuta invita al cliente a explorar su sistema de construcción, le pide que escriba una caracterización de sí mismo como si fuera un protagonista de una obra de teatro. Debe escribirlo en tercera persona y como lo haría un amigo que lo conociera íntimamente (Kelly, 1955/1991). El análisis de lo escrito ayudará al terapeuta a redactar un rol alternativo, un rol imaginario con el que poder experimentar. El terapeuta animará al cliente a que actúe como si fuera tal personaje en su vida cotidiana durante dos semanas y comprobar los efectos. Durante ese tiempo actuará como si fuese ese personaje, hará las cosas como él lo haría, pensará como él, hablará como él, etc. (G. J. Neimeyer, 1998).

Para ser útil, el rol alternativo no necesita retratar a una persona ideal y tampoco debe reflejar todo lo opuesto a las autopercepciones del cliente. Hay que construir un puente entre éste y su propia autocaracterización, de manera que no parezca completamente extraño pero que al mismo tiempo introduzca suficiente novedad como para retarle a que se enfrente a un enfoque algo diferente (R. A. Neimeyer, 1996).

La finalidad de esta técnica no consiste en que el cliente adopte el rol propuesto por el terapeuta, sino que explore un nuevo rol, facilitando que genere una visión alternativa en su sistema de construcción. En su origen, la autocaracterización estuvo ligada a la técnica de rol fijo; sin embargo, su potencialidad es muy amplia (González-Encinas et al., 2019), permite extraer datos por sí misma, puede ser usada en diferentes fases del proceso terapéutico, facilita el cambio terapéutico y fomenta la alianza terapéutica (Crittenden y Ashkar, 2012).

### **Conclusiones**

Cuando el terapeuta tiene presente que su forma de construir y dar significado a los acontecimientos y la del cliente son distintas, es cuando constata la necesidad de prestar atención a los significados que el cliente usa para describir su experiencia. Hemos de ser conscientes de que cada persona habla un “idioma” distinto, por ello, es importante estar atento a las palabras que nuestro cliente utiliza a menudo y preguntarle por su significado. Preguntarle cómo ha interpretado los acontecimientos que ha vivido e incluso sobre lo que nosotros le hemos dicho. La conversación terapéutica será el medio a través del cual se obtendrán y se renegociarán esos significados.

Cuando hablamos de las formas comunicativas para enfrentar la terapia, no hablamos de una serie de técnicas altamente especializadas reunidas en un contexto terapéutico que definan un protocolo. Esto solo indicaría el triste triunfo de la técnica sobre el contenido. No se puede prescribir cuando en terapia debe utilizarse una u otra técnica. La técnica o pregunta que en una ocasión funciona triunfalmente, en otra ocasión, por desgracia, no sirve para nada. Esto es sin duda una dificultad

para los terapeutas más noveles que suelen preferir tener un protocolo definido de técnicas a las que amarrarse.

Más allá de sí el ejercicio terapéutico se desarrolla dentro de narración/conversación, o en el relato/escritura o por medio de equipos reflexivo, hay algunas generalidades que siempre se mantienen en estas formas comunicativas de hacer terapia. El lenguaje deja de utilizarse como expresión de poder y autoridad, pasando a ser un lenguaje altamente democrático. Se dejan de lado las descripciones personales como verdades absolutas y se invita a discutir diferentes descripciones válidas para afrontar el problema. El terapeuta no propone soluciones, sólo ofrece alternativas, pero invitando siempre a los clientes para que participen activamente en la generación de las mismas.

## Referencias

- Aguinaga, D. U., Chavarría, G. A. J., Muñoz, J. C. R. y Arbeláez, J. P. C. (2016). Sentidos de la externalización del problema en la terapia narrativa. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó (histórico)*, 3(1), 68-80. <https://doi.org/10.21501/23823410.1895>
- Andersen, T. (1987). *The reflecting team: Dialogue and metatalk in clinical work* [The reflecting team: Dialogue and metatalk in clinical work]. *Family Process*, 26(4), 415-428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo, diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa. (Trabajo original publicado en 1991)
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. McName y K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 77-91). Paidós.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human system as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory [El sistema humano como sistemas lingüísticos: ideas preliminares y en evolución sobre las implicaciones para la teoría clínica]. *Family Process*, 27(3), 371-393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Arbeláez Tejada, G., González García, M. J., Madrid, D. J., Ramírez Agudelo, M. L. y Viveros Chavarría, E. F. (2016). Acercamiento a la noción de la paradoja planteada por Mara Selvini. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(2), 149-164. <https://doi.org/10.21501/23823410.2165>
- Bacigalupe, G. (1996). Writing in therapy: a participatory approach [Escribiendo en psicoterapia: un enfoque participativo]. *Journal of Family Therapy*, 18(4), 361-373. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.1996.tb00057.x>
- Barceló, T. (2015). La creación de significado. El modelo de filosofía experiencial del lenguaje de Eugene T. Gendlin. *Miscelánea Comillas*, 73(142), 5-34.
- Beyebach, M. (1995a). Uso de metáforas en terapia familiar. En J. Navarro Góngora y M. Beyebach (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 57-76). Paidós.
- Beyebach, M. (1995b). Avances en terapia breve centrada en soluciones. En J. Navarro Góngora y M. Beyebach (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 157-194). Paidós.
- Billings, C. V. (1991). Therapeutic use of metaphor [El uso de la metáfora terapéutica]. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.3109/01612849109058205>
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Laertes.
- Button, E. (1985). *Personal construct theory and mental health* [Teoría de los constructos personales y salud mental]. Croom Helm.
- Cardona Galeano, I. L. y Osorio Sánchez, Y. L. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 15-35.
- Carrión, S. A. (2004). *De plomo en oro: el poder de los cuentos y metáforas*. Mandala.
- Collins, D. y Tomm, K. (2009). Karl Tomm: his changing views on family therapy over 35 years [Karl Tomm: sus puntos de vista cambiantes sobre la terapia familiar durante 35 años]. *Family Journal*, 17(2), 106-117. <https://doi.org/10.1177/1066480709332632>

- Crittenden, N. y Ashkar, C. (2012). The self-characterization technique: uses, analysis, and elaboration [La técnica de la autocaracterización: usos, análisis y elaboración]. En P. Caputi, L. L. Viney, B. M. Walker y N. Crittenden (Eds.), *Personal Construct Methodology* (pp. 109–128). Wiley.
- Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1991)
- Dallos, R. y Johnstone, L. (2013). *Formulation in Psychology and Psychotherapy [Formulación en Psicoterapia y Psicología]*. <https://doi.org/10.4324/9780203380574>
- Dolan, Y. M. (1991). *Resolving sexual abuse. Solution focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors [Resolviendo el abuso sexual. Terapia centrada en soluciones e hipnosis ericksoniana para adultos supervivientes]*. Norton.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Gedisa. (Trabajo original publicado en 1988)
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic [Las palabras eran originalmente mágicas]*. Norton.
- De Shazer, S. y Dolan, Y. (2007). *More Than Miracles: The State of the Art of Solution-Focused Brief Therapy [Más que milagros: el estado del arte de la terapia breve centrada en soluciones]* (1ª ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203836484>
- Durrant, M. (1989). Temper taming: An approach to children's temper problems [Domesticación del temperamento: un enfoque para los problemas de temperamento en los niños]. *Dulwich Center Newsletter*, 3, 3-11
- Ecker, B. y Hulley, L. (1996). *Depth-oriented brief therapy [Terapia breve orientada a la profundidad]*. Jossey-Bass.
- Fajardo, L. A. (2005). Aproximación a los fundamentos neurológicos de la metáfora. *Forma y Función*, 18, 102-114.
- Feixas, G. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Paidós.
- Ferrel, F. J. y Roque, B. (2021). Prácticas de externalización en terapia de pareja. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 43, 49-64.
- Fox, R. (1989). What is meta for? [¿Para qué sirve la meta-fora?]. *Clinical Social Work Journal*, 17, 233-244. <https://doi.org/10.1007/BF00755347>
- Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En M. Pakman (comp.), *Construcciones de la experiencia humana* (pp.139-182). Gedisa.
- Gergen, K. (2015). *An invitation to social construction [Una invitación a la construcción social]* (3ª ed.). Sage. <https://www.doi.org/10.4135/9781473921276>
- Gil Lujan, K., Montoya Velilla, L., Ocampo Mejía, L. N., Orozco Orozco, L. M. y Pineda González, P. A. (2016). La metáfora en terapia familiar: autores de referencia, uso y aportes a la práctica terapéutica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 49, 146-163.
- González-Encinas, J., Saúl, L. A. y García-Martínez, J. (2019). Revisión de la autocaracterización: una técnica narrativa constructivista. *Acción Psicológica*, 16(1), 105–128. <https://doi.org/10.5944/ap.16.1.22192>
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Amorrotu
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs. Volume one: Theory and personality [La psicología de los constructos personales. Volumen uno: Teoría y personalidad]*. Routledge. (Trabajo original publicado en 1955)
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity: An introduction to Non Aristotelian systems and General Semantics [Ciencia y cordura: una introducción a los sistemas no aristotélicos y la semántica general]*. General Semantics.
- Loja, A. (2007). *La Metáfora como recurso terapéutico en la terapia familiar sistémica* (Trabajo fin de grado, Universidad del Azuay, Ecuador).
- Lyddon, W. J., Clay, A. L. y Sparks, C. L. (2001). Metaphor and change in counselling [Metáfora y cambio en el counselling]. *Journal of Counseling and Development*, 79(3), 269-274. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01971.x>
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructivista*. Paidós.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 5-50. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.638>
- Navarro Góngora, J. (1998). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós.
- Neimeyer, G. J. (1996). *Evaluación constructivista*. Paidós.
- Neimeyer, R. A. (1996). Enfoques constructivos de la medida del significado. En G. J. Neimeyer (Comp.), *Evaluación constructivista* (pp. 63-103). Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (2001). Un modelo para el entrenamiento de habilidades terapéuticas en los enfoques narrativos de la terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 46, 137-150.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones* (M. Beyebach y M. L. García, Trad.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1989)

- Otto, M. W. (2000). Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy [Historias y metáforas en terapia cognitiva-conductual]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 166-172. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80027-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80027-9)
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Paidós.
- Ramsay, J. R. (1998). Postmodern cognitive therapy: cognitions, narratives and personal meaning-making [Terapia cognitiva posmoderna: cogniciones, narrativas y creación de significado personal]. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 12(1), 39-55. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.12.1.39>
- Rodríguez-Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. Garcia (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Promolibro.
- Rodríguez-Morejón, A. y Beyebach, M. (1997). Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 34, 39-56.
- Selvini, M., Boscolo, L. Cecchin, G. y Prata, G. (1991). *Paradoja y contraparadoja*. Paidós.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask, circular, strategic or reflexive questions? [Entrevista interventiva: Parte III. ¿Tiene la intención de hacer preguntas circulares, estratégicas o reflexivas?]. *Family Process*, 27(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00001.x>
- Villegas, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 6(22-23), 5-19. <https://doi.org/10.33898/rdp.v6i22-23.1080>
- Villegas, M. (2018). Diálogos existenciales en psicoterapia. La voz de los pacientes. *Revista De Psicoterapia*, 29(109), 89-121. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i109.232>
- Valenzuela, P. (26 de diciembre de 2005). *La comunicación paradójica*. Logos Psykhê. <http://logos.psykhe.org/2005/>
- Wahlström, J. (1990). Conversations on contexts and meanings: on understanding therapeutic change from a contextual viewpoint [Conversaciones sobre contextos y significados: sobre la comprensión del cambio terapéutico desde un punto de vista contextual]. *Contemporary Family Therapy*, 12(5), 455-466. <https://doi.org/10.1007/BF00891713>
- Wahlström, J. (1997). Developments in Family Therapy – form systems to discourse [Desarrollos en la terapia familiar: formar sistemas para el discurso]. En P. J. Hawkins y J. Nestoros (Eds.), *Psychotherapy. New perspectives on theory, practice and research* (pp. 425-455). Ellinika Grammata.
- Weiner-Davis, M., De Shazer, S. y Gingerich, W. J. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution [Aprovechar el cambio previo al tratamiento para construir la solución terapéutica]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(4), 359-363. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1987.tb00717.x>
- White, M. (1989). The externalising of the problem and the Re-authoring of lives and relationships [La externalización del problema y la reautoría de vidas y relaciones]. *Dulwich Centre Newsletter. Summer*.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1990)



# REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO: UN ESTUDIO PILOTO

## EMOTIONAL REGULATION IN INSTITUTIONALIZED TEENAGERS IN MEXICO CITY: A PILOT STUDY

**Ariadna Arias Martínez<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4678-4720>

**Teresa Fernández de Juan<sup>2</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2122-1158>

**Antonio Tena Suck<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9330-3585>

**Celia Mancillas<sup>1</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6833-7959>

1. Universidad Iberoamericana. México
2. El Colegio de la Frontera Norte. México

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Arias Martínez, A., Tena-Suck, A., Fernández, T. y Mancillas, C. (2021). Regulación emocional en adolescentes institucionalizados de la ciudad de México: Un estudio piloto. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 15-36. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.480>

### Resumen

*Se desarrolló un estudio piloto cuasiexperimental, con un diseño pretest-postest de un grupo mixto de 13 adolescentes institucionalizados en una casa hogar mexicana, con el objetivo de analizar los cambios en los procesos de regulación emocional a partir de una intervención con psicoterapia psicodramática. Se aplicaron instrumentos cuantitativos y cualitativos. Con la prueba de Wilcoxon se evaluaron las diferencias de la regulación emocional, ansiedad social y depresión. Luego de la intervención, la ansiedad social disminuyó en mayor grado que la regulación emocional, aunque en ambas fue significativo el cambio. Existieron contradicciones al medir la depresión, pues no se encontraron valores relevantes con el inventario de Beck, mientras que los instrumentos cualitativos sí reflejaron la existencia de la misma. Nuestros análisis sugieren que el psicodrama resulta una alternativa psicoterapéutica efectiva para contribuir a una mayor regulación emocional en adolescentes institucionalizados, aunque sugerimos ajustes para su aplicación en este tipo de población.*

**Palabras clave:** regulación emocional, psicoterapia, psicodrama, adolescentes

### Abstract

*A quasi-experimental preliminary study with a single group pretest-posttest design was developed with the purpose of analyzing the changes in emotional regulation processes of teenagers institutionalized in a Mexican orphanage, based on an intervention with psychodramatic psychotherapy. Several quantitative and qualitative instruments were applied to a mixed group of 13 teenagers. We evaluate differences in emotional regulation, social anxiety and depression with a Wilcoxon test. After the intervention, social anxiety decreased to a greater degree than emotional regulation, although the change was significant in both. Some contradictions were discovered during the measurement of depression since qualitative instruments did reflect the existence of it but no relevant values were found with Beck inventory. Our analysis suggests that psychodrama can be an effective psychotherapeutic alternative to contribute to greater emotional regulation in institutionalized teenagers, although adjustments must be made for its application in this type of population.*

**Keywords:** emotional regulation, psychotherapy, psychodrama, teenagers

Fechas de recepción : v1: 16/02/2021. v2: 18/08/2021. v3: 04/09/2021. Fecha de aceptación: 04/10/2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [ariadnaarias83@gmail.com](mailto:ariadnaarias83@gmail.com)

Dirección postal: Ariadna Arias Martínez. Dirección Postal: Avenida Xola 1806. Int.5. Entre Dr. Barragán y Universidad. Benito Juárez. CDMX. Cp.03023. México

© 2021 Revista de Psicoterapia



La acogida residencial es una de las medidas de protección ante la vulnerabilidad que presentan niños y adolescentes en riesgo. Los centros destinados a este propósito, tienen como finalidad brindar una atención integral a esta población, que por diversas causas, no pueden recibirla de su familia. En noviembre de 2019 el INEGI reportó que existían 26372 niños y adolescentes mexicanos viviendo en Centros de Asistencia Social (Banda, comunicación personal, 4 de diciembre de 2019).

A partir de entrevistas a directivos y psicólogos de casas hogares mexicanas, y como resultado del trabajo realizado en estas instituciones, son varios los motivos que han llevado a niños y adolescentes a la condición de institucionalización. Entre ellos se destacan: muerte de los padres, violencia, situación de calle, o contextos específicos donde los progenitores no podían cubrir las necesidades económicas básicas de sus hijos y solicitaron su admisión. De forma general, provienen de situaciones de desamparo y abandono, carentes de personas responsables de su cuidado, de medios básicos de subsistencia, de requisitos necesarios para su desarrollo integral y de espacios seguros donde vivir. La maduración psicológica de estos adolescentes se ha visto acelerada además por experiencias de sometimiento, el inicio de una vida laboral a muy corta edad para poder sobrevivir, porque han sido obligados por adultos, o producto de una actividad sexual precoz y traumática. A la vez, poseen el reto de la adaptación a la convivencia en un contexto institucionalizado, que por un lado intenta asegurar su cuidado integral, pero por otro, puede experimentarse como un espacio de privación de libertad. Este cúmulo de emociones negativas, ambivalentes y en general confusas, muchas veces no logran ser controladas.

Es frecuente que durante la adolescencia se vea afectada la capacidad de regular emociones, dado que se trata de una etapa del desarrollo caracterizada por una gran inestabilidad. Se entiende por regulación emocional al conjunto de procesos heterogéneos mediante los cuales las emociones son controladas, ya sea amplificándolas, disminuyéndolas o manteniendo la intensidad de la reacción, que envuelve cambios en los sistemas de respuestas.

Para los adolescentes que conviven en centros de acogida, la regulación emocional resulta todavía más complicada, debido a las experiencias previas que han sufrido, o las que van construyendo en el transcurso de una estancia institucionalizada. Se ha planteado que esta población mantiene una serie de consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el ámbito del desarrollo emocional y psicosocial, lo cual afecta la adaptación y las relaciones interpersonales (González et al., 2012).

La familia o cualquier adulto significativo es el mediador fundamental que permite desarrollar en el adolescente aquellas habilidades que le permitirán adaptarse a situaciones de la vida cotidiana, de manera que puede adquirir una base sólida sobre el manejo de emociones y valores humanos que fomenten relaciones sociales proactivas. En este tipo de adolescentes, el vínculo con adultos maltratadores, violentos o que les hicieron vivenciar situaciones de abandono o desamparo provoca que estas habilidades no se incorporen adecuadamente, lo cual se reflejará



en el manejo de sus emociones (Esquivel, 2010). El coexistir en un ambiente institucional, además, les añade dificultades para el apego en comparación con aquellos que viven con sus padres biológicos. Los estudios de (Katsurada et al., 2017) plantean que es frecuente encontrar en estas instituciones afecciones psicológicas y sociales acompañadas por depresión, ansiedad y alteraciones emocionales diversas. A su vez, autores como Fernández-Daza y Fernández-Parra (2013), López et al. (2012), Mennen (2004), Ruiz y Gallardo (2002), Sainero et al. (2015), refieren que la ansiedad y la depresión de esta población se deriva de la negligencia con la que fueron tratados por períodos prolongados de duelo, o producto de vivenciar situaciones catastróficas.

Resulta frecuente que emociones como ira, tristeza y miedo se descontrolen cuando se presentan trastornos ansiosos y depresivos, haciendo que los individuos no logren comprenderlas y tampoco regularlas de forma eficiente (Company et al., 2012). Según Sánchez (2016) a menudo dichas emociones reaccionan de forma refractaria a los intentos por controlarlas, dando lugar a una serie de círculos viciosos de difícil resolución que pueden acabar afectando a muchas áreas del funcionamiento social y psicológico. Es por ello que los procesos de regulación emocional parecen ser determinantes para el buen funcionamiento psicológico y también para evitar trastornos psicopatológicos.

Una de las alternativas psicoterapéuticas que ha mostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión y la ansiedad es el psicodrama (Gönenir et al., 2018; Lizano, 2017; Reyes, 2013). Este se basa en la representación dramática de aquellas historias pasadas, presentes o futuras, reales o imaginarias, presentadas por un protagonista, experimentándolas como si estuvieran sucediendo en el presente. Para García y Fabelo (2017) el psicodrama es una metodología que moviliza el pensamiento y la creatividad humana; mientras que Ramírez (1997), Herranz et al. (2014), consideran que la psicoterapia psicodramática es una técnica global que posibilita la integración de las dimensiones corporales, emocionales y cognitivas; lo cual permite su aplicación en grupos de menores en acogimiento residencial.

Se ha podido comprobar por varios investigadores, la efectividad del psicodrama ante la presencia de depresión, angustia, estrés postraumático y estados profundos de melancolía (Benavides, 2017; Biolcati et al., 2017; Gönenir et al., 2018; Reyes, 2013; Ron, 2018) y como un recurso psicoterapéutico que contribuye a la reducción de los niveles de ansiedad social (Akinsola y Udoka, 2013; Benavides, 2017; Bilge y Keskin, 2017; Biolcati et al., 2017; Reyes, 2013; Ron, 2018; Tarashoeva et al., 2017).

Además, varios estudios han comprobado los elementos positivos de la psicoterapia psicodramática en el trabajo con niños institucionalizados (Cuadrado y Herranz, 2000; Durán et al., 2020; Herranz et al., 2014; Ruiz et al., 1995).

García y Fabelo (2017) consideran que el psicodrama aplicado a niños y adolescentes:

- Ayuda a recordar personas y escenas olvidadas.

- Permite hablar con personas que no están cerca como si estuvieran presentes.
- Facilita entender mejor los conflictos desde otros roles participantes.
- Ejercita el cuerpo dinámicamente, permitiendo la toma de conciencia de dolores específicos.

Las dificultades en la regulación emocional, así como la presencia frecuente de ansiedad y depresión en los adolescentes de centros de acogida, demandan soluciones psicoterapéuticas inaplazables.

La Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de menores dadas por la Consejería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud (2012), recomiendan que en estos centros se busque la creación de “ambientes terapéuticos” a través de una intervención terapéutica, tanto emocional como conductual, y no establecer la intervención únicamente mediante el acompañamiento y la vigilancia.

A la vez, Sánchez (2016) refiere que, debido a la necesidad de establecer recursos psicoterapéuticos para intervenir en las carencias en la atención a la salud mental de este tipo de adolescentes, se considera al psicodrama como una práctica muy susceptible de implementación en centros de acogida, tomando en cuenta que en los últimos años las terapias grupales han ido en aumento dada su aplicabilidad en centros de atención que reúnan a un gran número de personas. Estos adolescentes, al estar privados de un entorno familiar y con pocas esperanzas de integrar uno nuevo, llevan consigo grandes pérdidas afectivas, por lo que resulta imprescindible ofrecer propuestas que desde la psicoterapia contribuyan a mejorar su regulación emocional, y a la vez, proporcionen espacios que faciliten estrategias de afrontamiento, así como una mayor apertura social.

El presente estudio piloto se planteó como objetivo: Analizar los cambios en los procesos de regulación emocional de adolescentes institucionalizados en una casa hogar mexicana, a partir de una intervención con psicoterapia psicodramática.

Como bien se sabe, los estudios pilotos se realizan de manera preliminar a un estudio mayor con el fin de evaluar la viabilidad, el tiempo, los acontecimientos adversos que puedan presentarse posteriormente, etc. Dado que se trata de una población con problemáticas complejas, el pilotaje buscó, además, seleccionar adecuadamente los instrumentos de medida de las variables y perfilar el tipo de intervención psicodramática, de manera que se pudieran hacer los ajustes necesarios en la posterior aplicación del estudio experimental.

## **Método**

### **Participantes**

El estudio se desarrolló en una Casa Hogar ubicada en la Delegación Benito Juárez en la Ciudad de México, entre septiembre y diciembre de 2019. Se trabajó con 13 adolescentes de ambos sexos (4 del sexo femenino y 9 del masculino). El

promedio de edad de los participantes fue de 14 años. Todos entraron a la casa hogar por alguno de los siguientes motivos: maltrato, orfandad, pobreza extrema o situación de calle. Seis participantes transitaron previamente por otras casas hogares, el resto ingresó por primera vez al contexto de la institucionalización. Una psicóloga de la casa hogar permaneció como observadora durante el desarrollo de cada sesión y apoyó en los momentos donde fuera necesario brindar contención a algún adolescente.

## **Instrumentos**

### ***Etapa Cuantitativa***

*Inventario cinco factores de personalidad para niños* (FFPI-C, McGhee et al., 2018). Evalúa los factores: Amabilidad, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Escrupulosidad y Regulación Emocional. Los datos de consistencia interna presentan una variación entre escalas de 0.68-0.87, con un coeficiente de consistencia interna total de 0.78 (Bogdan y Gherasim-Diaconu, 2018). Se aplicó para evaluar la regulación emocional a través del quinto factor de la escala.

*Inventario de Depresión para adolescentes de Beck*. Validado por Beltrán et al. (2017) para población adolescente mexicana. Se utilizó para medir los niveles de depresión de los adolescentes. El inventario cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar el nivel de depresión de la población estudiada. Presenta un  $\alpha$  de Cronbach = .92.

*Inventario de Ansiedad Social para adolescentes*. Se aplicó la versión de (Olivares et al., 2005) validada por (Jiménez et al., 2013), para medir los niveles de ansiedad social de los adolescentes mexicanos. El instrumento cuenta con  $\alpha$  de Cronbach = .85.

*Método Sociométrico* (Moreno, 1978). Se aplicó para evaluar las interrelaciones afectivas de los miembros del grupo de adolescentes.

### ***Etapa Cualitativa***

Entrevista. Aplicada a psicólogas y representantes legales. Se realizó una entrevista semiestructurada para identificar problemáticas y necesidades que vivencian los adolescentes institucionalizados.

Análisis del dibujo (García, 2014). Se utilizó para explorar la respuesta emocional de los participantes.

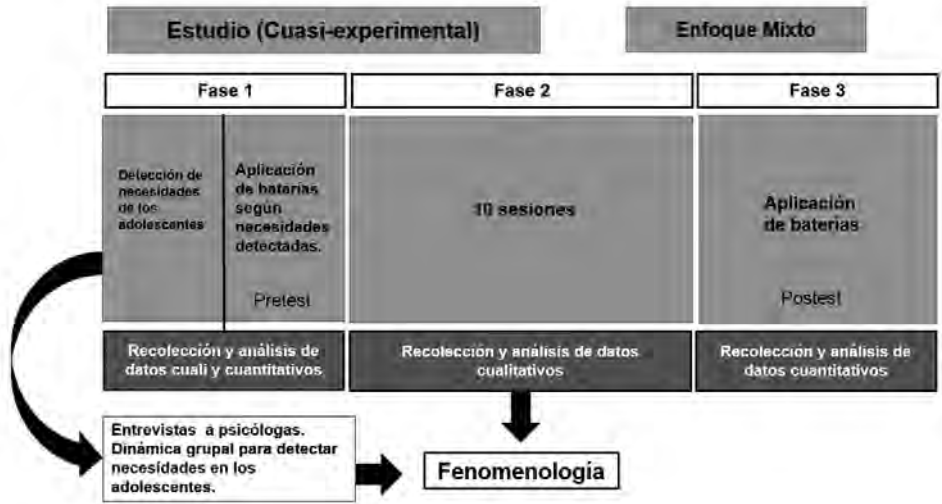
Análisis de las Máscaras. Tomando como base el análisis del dibujo (García, 2014), se aplicó para evaluar la respuesta emocional en la elaboración del rostro de la figura humana y en el uso del color.

Notas del trabajo de campo (Relatorías y Cartas descriptivas). Se realizaron con el objetivo de caracterizar necesidades, problemáticas, estrategias de regulación emocional y avances de los adolescentes en el transcurso de la intervención psicodramática.

## Procedimiento

El estudio se desarrolló en tres fases como aparece en la figura 1.

Figura 1  
Esquema de Fases de la Investigación



Se realizó una investigación cuasi-experimental de un solo grupo que tuvo una duración de 10 sesiones. En la primera fase se hicieron entrevistas a psicólogas y se llevó a cabo una dinámica grupal con los adolescentes a través del arte (Gómez, 2019), para detectar las principales necesidades. En el pretest, se utilizó el análisis del dibujo y de máscaras construidas. También se aplicaron instrumentos para medir los niveles de regulación emocional, ansiedad social y depresión. La segunda fase estuvo dedicada a implementar un programa de intervención de psicoterapia psicodramática que buscó incidir favorablemente en la regulación emocional de los adolescentes. En esta fase se recogieron datos cualitativos utilizando cartas descriptivas y relatorías por cada sesión. La tercera y última fase incluyó otro análisis cuantitativo (postest) y también el análisis de datos cualitativos recopilados en la fase dos, con el objetivo de comprender y completar información obtenida en la fase cuantitativa. Se aplicó el Método Sociométrico (Moreno, 1978) tanto en pretest como en postest. La variable independiente fue: psicoterapia psicodramática, y la dependiente: regulación emocional (tomando la ansiedad social y la depresión como categorías centrales en el estudio de la regulación emocional).

## Análisis

Primero se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar normalidad. Aunque se tenían inicialmente 15 participantes, fue necesario eliminar dos de los casos, pues existió muerte experimental en la última sesión. Como los resultados arrojaron la

no existencia de normalidad, se procedió a desarrollar la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Se calculó el tamaño del efecto mediante la  $g$  de Hedges y el índice de reciprocidad como parte del análisis del método sociométrico en pretest y postest.

El análisis cualitativo se realizó mediante el método fenomenológico. También se utilizó la triangulación de fuentes y la triangulación metodológica. Dentro del análisis cualitativo se incluyó el análisis del dibujo y de las máscaras siguiendo la metodología de García (2014). Con el fin de lograr una mayor confiabilidad de los resultados del análisis del dibujo, se realizó una consulta a expertos. Para medir la confiabilidad del acuerdo entre los tres jueces se calculó el coeficiente de concordancia *kappa* de Fleiss donde se obtuvo un valor de  $K = .73$  el cual puede interpretarse como una buena confiabilidad (Manterola et al., 2018).

### Aspectos éticos

Como se trataba de una población vulnerable, se prestó especial atención al cuidado psicológico de los implicados. Además de la firma del consentimiento informado por parte del Representante Legal, los psicólogos de la institución realizaron una minuciosa revisión de los instrumentos a aplicar y del plan de intervención. Se pidió además, el consentimiento a cada uno de los adolescentes. En caso de que alguno de ellos no deseara continuar con el proceso psicoterapéutico, se concluiría el trabajo con él inmediatamente. Durante el proceso psicoterapéutico, se trabajó bajo un contrato grupal que fue aprobado por los adolescentes desde la primera sesión. Este incluyó la confidencialidad y el respeto como elementos esenciales. Por normas legales no se permitió la grabación de video o audio de las sesiones. Solo se les pudo tomar fotos en una sesión, cuidando que sus rostros no fueran expuestos. Los productos artísticos y derivados de la aplicación de instrumentos psicológicos, sí pudieron ser fotografiados. En todas las sesiones estuvo presente una psicóloga de la casa hogar.

## Resultados

### Etapa Cuantitativa

La prueba de Shapiro-Wilk arrojó la no existencia de normalidad, por lo que se procedió a desarrollar la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Tabla 1  
Diferencias en los Niveles de Depresión, Ansiedad Social y Regulación Emocional en Pretest y Postest. Prueba de Wilcoxon y Tamaños del Efecto

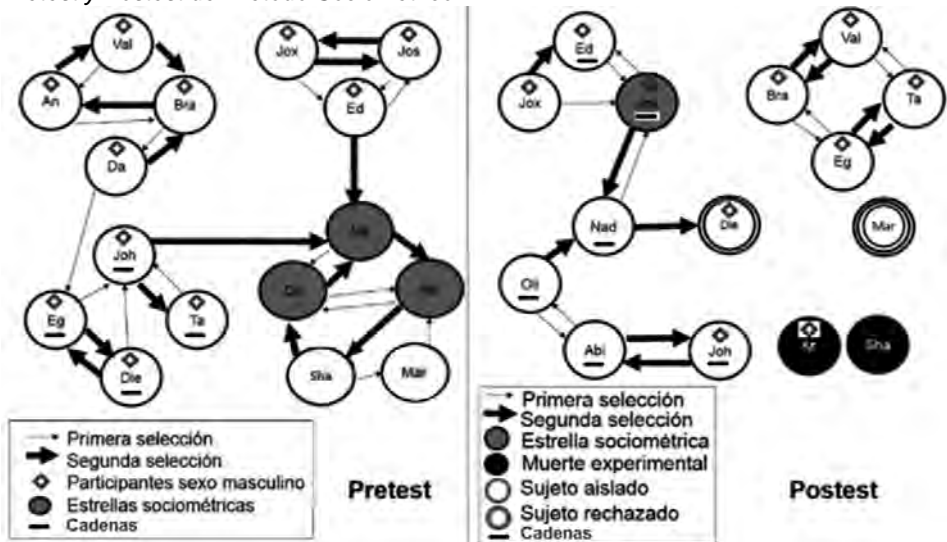
	N= 13		N= 13		N= 13		N= 13		
	Pretest		Postest		Pre	Post	z	p	g
	M	DE	M	DE	Me	Me			
Ansiedad social	35.23	12.09	26.76	3.53	32.00	26.00	-3.18**	.001	.92
Depresión	15.61	13.34	15.00	10.06	12.00	13.00	-.27	.78	
Regulación Emocional	44.15	9.83	46.15	5.55	42.00	46.00	-1.25*	.05	.22

Nota. \*Sig. <.05; \*\*Sig. <.001.

Como puede observarse en la tabla 1, los valores de *ansiedad social* sí muestran una diferencia estadísticamente significativa y un tamaño del efecto grande  $g = .92$  ( $p < .001$ ). Sin embargo, los valores de la media de la *depresión* prácticamente no variaron. Sí existió una diferencia significativa entre en los valores de *regulación emocional* obtenidos en pretest y postest aunque el tamaño del efecto fue bajo  $g = .22$  ( $p < .05$ ).

Posteriormente, se realizó el análisis cuantitativo de los resultados del método sociométrico (Moreno, 1978) en pretest y postest (figura 2). Se calculó el índice de reciprocidad para parejas fuertes, para parejas débiles y la reciprocidad total. Los resultados se presentan en la tabla 2.

Figura 2  
Pretest y Postest del Método Sociométrico



En el pretest se puede observar la conformación de 4 islas, mientras que en



el postest solamente existe 1. Igualmente es necesario señalar que en el pretest existen 3 estrellas sociométricas, mientras que en el postest solo existe 1 (que no coincide con ninguna de las estrellas del pretest). Otro dato relevante es que en el pretest, la eminencia gris (sujeto más seguido por la estrella sociométrica con más elecciones) es quien obtuvo las mayores puntuaciones de ansiedad social, depresión y menor regulación emocional lo cual también cambió en el postest. Las cadenas en pretest fueron muy cortas. En el postest las cadenas se alargaron mucho más. Además se evidenció un cambio en las selecciones entre sexos. En el pretest las adolescentes estaban agrupadas en una sola isla cerrada y en el postest se observan mayor apertura en las selecciones externas.

Tabla 2  
Comparación del Índice de Reciprocidad en el Pretest y el Postest

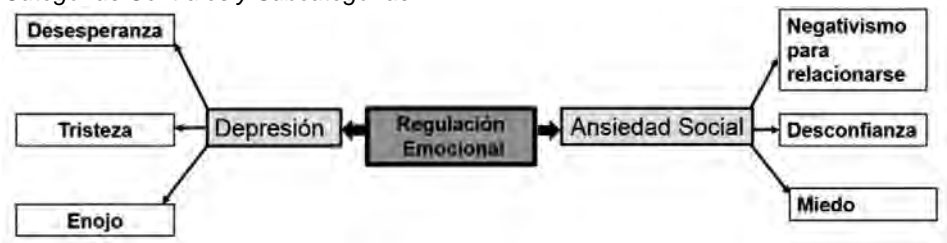
	Parejas fuertes		Parejas débiles		Total	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Índice de reciprocidad	.12	.28	.43	.28	.56	.57
Evaluación	bajo	bajo	medio	medio	medio	medio

Nota. La evaluación se realizó a partir de las constantes planteadas en el método sociométrico.

### Etapa Cualitativa

Los análisis cualitativos se hicieron de forma horizontal y vertical. Esto permitió una mejor comprensión de los datos obtenidos en la etapa cuantitativa. Se tomaron en consideración, además, las categorías y subcategorías establecidas en la figura 3.

Figura 3  
Categorías Centrales y Subcategorías



El método fenomenológico permitió estructurar y analizar la información tomando en consideración *temporalidad, espacialidad, corporeidad y comunalidad*.

Se realizó inicialmente una sesión grupal con el uso del arte para identificar necesidades de los participantes. Las problemáticas identificadas fueron: incertidumbre por el futuro, tristeza por la ausencia de la familia, soledad, resistencia a establecer relaciones con otras personas.

## Entrevistas

Los resultados de las entrevistas realizadas a las psicólogas se organizaron por temas y subtemas como se muestra en la tabla 3. Se presentan, además, algunos ejemplos de los discursos.

Tabla 3

*Temas, Subtemas y Discursos Obtenidos a Partir de las Entrevistas a Psicólogas*

Temas	Subtemas	Discursos
Emociones y desarrollo socioafectivo en el momento de la Entrada a la casa hogar	Inadaptación por nuevas reglas y costumbres	<i>Llegan y no se quieren bañar, todo lo dejan desordenado.</i>
	Tristeza y angustia por la ruptura con figuras relevantes afectivamente.	<i>Hace poco nos llegó una adolescente que sigue con mucha depresión. Su mamá tenía cáncer y antes de morir vino a entregarla. Dijo que confiaba más en nosotros que en el resto de la familia pues esa mamá recibió una vez por nosotros un curso de enfrentamiento a la violencia contra la mujer. Al poco tiempo de dejarnos a la adolescente aquí, falleció. Esta niña sí sigue con mucha depresión.</i>
Emociones y desarrollo socioafectivo luego de vivir tres meses en la casa hogar	Depresión causada por las historias de vida.	<i>La mayoría viene de las calles, y lo que vivieron allí con mucha frecuencia se convierte en depresión.</i>
	Ansiedad y desesperanza por el futuro.	<i>Tú les preguntas a qué quieren dedicarse en el futuro y siempre te dicen que no saben. Aunque les insistas en que imaginen cualquier cosa, expresan que no pueden imaginar y hasta llegan a sentirse mal por no poder responderte</i>

## Notas del diario de Campo

Las notas del diario de campo se organizaron por relatorías y cartas descriptivas, donde se recogió por cada sesión la mayor información posible de todo el proceso de intervención psicoterapéutica. Luego se realizó un análisis por las categorías y subcategorías previamente presentadas. En la tabla 4 se presentan tres ejemplos.



Tabla 4  
*Análisis de Contenido Presentado por Categorías, Subcategorías y Alternativas*  
*Psicoterapéuticas Utilizadas por los Investigadores*

Categorías	Subcategorías	Historia	Discursos	Alternativas psicoterapéuticas en psicodrama utilizada por los investigadores
Depresión	Desesperanza	Representación Psicodramática del futuro	P3: <i>Estoy en el metro y voy a indios verdes. Tengo 60 años y estoy en una silla de ruedas.</i> I: <i>¿Hacia dónde vas?</i> P3: <i>Solo voy hasta la parada de indios verdes y me quedo allí.</i> I: <i>¿Alguien te acompaña?</i> P3: <i>Nadie. Yo estoy solo.</i> I: <i>¿Qué harás cuando llegues allí?</i> P3: <i>Me quedaré allí.</i> I: <i>¿Con qué pagaste para entrar al metro?</i> P3: <i>Con una tarjeta de viejo.</i>	Luego de seleccionar la historia emergente del grupo, uno de los investigadores pidió al protagonista seleccionar en el público, a alguien que representara el carnet de "viejo" y a otro que hiciera de silla de ruedas. Se realizó la técnica del cambio de roles para que el protagonista pudiera verse desde fuera e intentara hacer algo con la nueva imagen. Se les pidió a los yo auxiliares que comentaran como se sentían siendo la compañía del protagonista. Ellos dijeron cosas positivas. Se trabajó con imágenes de cierre de la historia y un adolescente entró de forma espontánea a la escena para representar a un perro del protagonista.
	Tristeza	Trabajo con telas. Representación de imágenes, recuerdos, emociones	P5: <i>Esta tela es del mismo color que la manta que llevaba puesta mi papá la última vez que lo vi.</i> (Llanto de la P5 y de 5 participantes más del grupo).	Un investigador pidió al resto del grupo que todo el que se sintiera identificado con la emoción de P5 sujetara un extremo de la tela. Todos se pusieron de pie y la aguantaron. La P5 se calmó.
Ansiedad Social	Desconfianza	Viajar al futuro con tu oficio o profesión	I: <i>¿Qué obstáculos venciste para llegar a dónde estás?</i> P2: Fueron muchos. Estudiar suficiente para tener un lenguaje amplio y poder cantar mejor, lograr que me escucharan las personas indicadas. No puedes confiar en cualquiera porque hay gente que quiere aprovecharse de ti.	Uno de los investigadores utilizó la silla vacía para que los protagonistas pasaran a vivir el futuro una vez que se sentaban allí. El último de los participantes fue P2 (quien estuvo oculto bajo su gorro del abrigo en 7 de las 10 sesiones). Ese día P2 quiso probar como iba a ser su futuro de cantante de Hip Hop famoso. La investigadora dramatizó a una reportera de la televisión azteca que era su presentadora y que invitaba al público a hacerle preguntas. Muchos adolescentes hicieron preguntas como: <i>¿a quién le dedicas lo que has logrado?</i> , <i>¿Qué es lo más difícil de cantar hip hop?</i> . El momento más emotivo fue cuando una adolescente le pidió al protagonista que le firmara un autógrafo y este aceptó. El resto del grupo se levantó de sus asientos también a pedir un autógrafo (incluso en la piel de los brazos). El protagonista se veía feliz.

Nota. P = participante, I = investigadores.

Se analizaron además cada uno de los casos de forma individual. Se presenta el ejemplo de uno de uno de ellos y su evolución cualitativa (figura 4). En once de los trece participantes se evidenció una evolución favorable en cuanto a la depresión, ansiedad y regulación emocional en general. Los otros dos permanecieron estables durante todas las sesiones con ligeros cambios positivos.

Figura 4  
Evolución del Participante 13



Nota. Las tonalidades más fuertes indican cambios cualitativos favorables durante las diferentes sesiones psicoterapéuticas.

En la figura 4 puede notarse la resistencia del participante 13 para relacionarse, así como desconfianza o miedo, lo cual se refleja principalmente en el acto de esconderse bajo el gorro de su abrigo en 8 de las sesiones, así como en el mutismo selectivo, o el aislamiento social. Sin embargo, puede apreciarse la evolución favorable del adolescente cuando acepta tocar un instrumento (a pesar de seguir escondido), dibujar, presentar el personaje con la máscara que elaboró y finalmente participando como protagonista de una historia.

### Análisis de la imagen

Los dibujos se realizaron en la sesión 2. Se siguió el método de análisis del dibujo de García (2014). Primero se evaluaron los elementos formales y estructurales de los dibujos: *presencia de trazos fuertes, medios o débiles; control bueno, regular o malo; tamaño grande, mediano o pequeño; distribución lógica de elementos; elementos absurdos; seriación de elementos ordenados; elementos en el aire; proporción; reforzamiento*. La temática de los dibujos fue “El oficio o profesión deseada en el futuro”. De forma general se puede pensar en la existencia de trastornos severos en las emociones o retraimiento de la respuesta social según lo planteado por (García, 2014). El trazo entre medio y fuerte está presente en el 76.92% de los participantes. Existe un posible trastorno disocial en uno de los casos (figura 5) el cual muestra daño físico con sangre o bien ideación suicida.

Figura 5

*Dibujo Realizado por el Participante 12*

Aunque la demanda del ejercicio fue pintar oficios o profesiones futuras, se observan en algunos casos elementos como (armas, bombas, inyectores, tijeras) (figura 6 izquierda). Igualmente la presencia de rejas (figura 6 derecha) sugiere la idea de sentimientos de enclaustramiento o encierro.

Figura 6

*Dibujos de los Participantes 7 (izquierda) y 8 (derecha)*

Se observa además la ausencia de la figura humana en el 46.15% de los dibujos. En el resto llama la atención la mutilación de esta figura, así como primitivismo (sin boca ni nariz). En todos los casos donde aparece la figura humana, esta aparece incompleta. 2 figuras presentan estropeo.

Al analizar la preferencia cromática (figura 7) se aprecia que el 69.23% del grupo prefiere utilizar el grafito, lo cual evidencia bloqueo emocional y depresión

en gran parte de los participantes. En general el uso del color es muy pobre.

Figura 7  
*Preferencia Cromática*



*Nota. Prevalencia del uso del grafito.*

En la última sesión se realizó un cuadro conjunto (figura 8) donde igualmente se dio opción a los participantes de seleccionar los colores que quisieran. Los dibujos se hicieron en un papelógrafo cuyas dimensiones permitió dibujar a todos simultáneamente. La temática fue libre. Se aprecia una mayor utilización del color en la figura 8. Las temáticas resultan positivas (flores, sol, música, corazón, etc.).

Figura 8  
*Cuadro Conjunto. Existió Adecuado Uso del Color*





### Análisis de las Máscaras

Se siguió el método de análisis del dibujo de García (2014). Si bien no se pudo evaluar el dibujo de la figura humana en su totalidad, dadas las características de las máscaras, sí se pudieron analizar suficientes categorías del rostro. Se puede observar la mutilación de la figura humana en las siguientes máscaras (figura 9).

Figura 9

*Máscaras Realizadas por los Adolescentes*



El 69.23% de los participantes mutiló la figura humana, ya sea por la omisión de la boca, nariz, ojos. Igualmente se observa violencia tanto en la elección de los colores, como en la decoración de las figuras (en la máscara ubicada en el margen superior derecho obsérvese detalle de la punta del pelo con “sangre” según referenció el participante), igualmente la tercera máscara de abajo (de izquierda a derecha) fue arañada y maltratada.

Entre las últimas sesiones se realizó un trabajo con las máscaras que ellos mismos habían creado donde cada participante debía poner un nombre a su personaje y realizar una presentación de alguna habilidad o cualidad que tuviera. Antes de comenzar, podía pedirle a la investigadora que interpretara un tipo de música (alegre, triste, tranquila, etc.) como acompañamiento de la presentación del personaje, (figura 10). Solo un participante pidió que se interpretara una melodía específica. El resto solo hizo referencia a una música “triste” o “alegre”.

Figura 10  
Adolescentes Presentando a su Personaje



Nota. Uno de los investigadores porta una máscara y toca el piano.

### Consideraciones sobre la Metodología de la Psicoterapia Psicodramática Utilizada

Por último, es necesario hacer referencia a las adaptaciones de la psicoterapia psicodramática que fue preciso hacer a lo largo de la intervención, dado que la forma clásica no se pudo implementar. Por ejemplo, hubo que evitar en todas las sesiones, el trabajo con historias del pasado, ya que el grupo se desbordaba cuando se hacía referencia a algún suceso vivenciado previamente por los participantes. La mayoría de las sesiones se concentraron en trabajar con elementos del futuro y algunas en el presente.

Fue necesario recurrir al uso del arte (principalmente a la música y a las artes plásticas) para poder realizar caldeamientos efectivos, pues sin este recurso no se conseguía suficiente concentración en las demandas de los investigadores.

Por último, es preciso señalar que las técnicas y recursos que dieron mejores resultados fueron: psicodrama con títeres, psicodrama con máscaras, psicodrama y esculturas, psicodrama interno con viajes imaginarios, el túnel del tiempo, la silla vacía, el cambio de roles y el espejo. Igualmente el uso de materiales como telas e instrumentos musicales resultó muy aportador.

### Discusión

El objetivo del presente trabajo fue: Analizar los cambios en los procesos de regulación emocional de adolescentes institucionalizados en casas hogares de México a partir de una intervención con psicoterapia psicodramática.

Los resultados muestran las diferencias estadísticamente significativas en los valores en las medias de ansiedad social de los participantes, evaluados antes y después de la intervención con psicoterapia. Esto concuerda con los hallazgos de Akinsola y Udoka (2013), Benavides (2017), Bilge y Keskin (2017), Biolcati et al. (2017), Reyes (2013), Ron (2018) y Tarashoeva et al. (2017), quienes plantean que el psicodrama contribuye a la reducción de los niveles de ansiedad social. Esta disminución de la ansiedad social concuerda con los hallazgos cualitativos (tanto

de los casos individuales, como a nivel grupal), donde se pudo constatar mayor participación según iban transcurriendo las sesiones, capacidad para expresar emociones frente al grupo, e incluso disposición de ser protagonistas de historias psicodramáticas. El proceso de psicoterapia de grupo genera, por sí mismo, una mayor extroversión de los participantes, así como mejor empatía, comunicación y relaciones sociales; lo cual hace que sea esperable esta disminución. Según Campos y Muriel (2005) la psicoterapia grupal ofrece numerosas ventajas que van más allá del mero contacto social que proporciona el grupo, como, por ejemplo, un contexto de contención y la motivación para el cambio al recibir individualmente los logros de los demás.

Además, si tomamos en consideración que en los grupos previamente conformados está permanentemente circulando la psicología de sus miembros, pudiéramos llegar a pensar que cualquier grupo sería potencialmente psicoterapéutico, sin embargo, la diferencia fundamental con el grupo terapéutico es que, en el segundo caso, el grupo funciona como un agente colaborador del tratamiento.

La reducción de la ansiedad social es un indicador que demuestra el incremento de la regulación emocional, lo cual concuerda con nuestros hallazgos, apoyando la idea sobre que la intervención psicoterapéutica también tuvo un impacto favorable en la regulación emocional. Se observa, por ejemplo, una mayor prevalencia de colores en los dibujos según fueron transcurriendo las sesiones. Igualmente se evidenció mayor expresividad (por ejemplo, en la sesión de presentación de personajes con máscaras y música), en el análisis de casos individuales varios adolescentes comenzaron a comunicarse y a participar más. También existió una evolución favorable en el manejo de emociones como ira, tristeza y miedo, lo cual se pudo constatar en varias de las historias representadas.

Aunque los resultados cuantitativos muestran que no existieron diferencias estadísticamente significativas en las medias de los niveles de depresión de los participantes antes y después de la intervención, los resultados de los instrumentos cualitativos reflejan lo contrario. Tanto en las entrevistas, en los discursos extraídos de cartas descriptivas y relatorías, así como en el análisis de casos individuales, se identificó depresión en varios participantes del grupo. Esto coincide con Fernández-Daza y Fernández-Parra (2013), López et al. (2012), Ruiz y Gallardo (2002) y con Sainero et al. (2015), quienes refirieron que la depresión constituye uno de los trastornos con más prevalencia en esta población; lo cual conlleva a la afectación de la regulación emocional.

En el análisis de casos individuales se observa mejor el cambio positivo en los niveles de depresión, que fueron experimentando los participantes con las intervenciones. Esto concuerda con los resultados de Benavides (2017), Biolcati et al. (2017), Gönenir et al. (2018), Reyes (2013) y Ron (2018) con grupos psicodramáticos en sujetos que presentaban ansiedad, angustia, depresión, estrés postraumático y estados profundos de melancolía.

Los hallazgos nos hacen cuestionarnos si el inventario de Beck constituye o

no el instrumento más adecuado para mostrar los valores reales de depresión en este tipo de población, o si el propio inventario no resulta suficientemente sensible para poder captar la presencia de depresión de estos adolescentes. Los resultados obtenidos con este instrumento también pudieron estar relacionados con su poca sensibilidad para que los sujetos capten la diferencia que experimentan entre los rasgos del carácter relacionados con la depresión y el estado actual que presentan, lo cual ha sido ya planteado por González (2015) y Manelic y Ortega-Soto (1995). Es por esto que sugerimos, para próximas investigaciones, la aplicación de otro instrumento para la medición de la depresión en poblaciones similares.

En el caso del Método Sociométrico (Moreno, 1978), es preciso enfatizar el cambio positivo relacionado con la estrella sociométrica. En el pretest se evidencia un liderazgo fragmentado en tres de los participantes, mientras que en el postest solo se concentró en uno. Esto sugiere el alcance de una mayor estabilidad grupal. El hecho de que en el pretest la eminencia gris fuera el participante con mayor depresión y ansiedad, sugiere que el grupo estaba siguiendo también actitudes y comportamientos de este tipo. En el postest la eminencia gris cambió hacia otro participante, lo cual también resultó un dato favorable. Además, se aprecia en el pretest la presencia de cadenas cortas, lo cual indica la poca e ineficiente comunicación en el grupo, mientras que en el postest se alargaron mucho más. Este dato nos hace pensar que también mejoró la apertura entre los participantes y disminuyó la ansiedad social.

Sin embargo, el índice de reciprocidad no muestra cambios significativos. A pesar de ello, sí es pertinente mencionar que, aunque el índice obtenido en las parejas fuertes continuó bajo, los valores aumentaron en el postest. Esto podría ser un indicador de la fortaleza de vínculos en las parejas conformadas en el grupo, lo cual nos hace pensar igualmente en una mayor autoapertura entre los participantes y por tanto menores niveles de ansiedad social.

Como se ha venido planteando, tanto entrevistas como relatorías y notas de campo confirman la existencia de depresión, ansiedad social y desregulación emocional desde el inicio de la intervención. A la vez, los estudios de casos individuales, la participación vivencial con música y máscaras para la presentación de personajes indican una evolución favorable.

En el análisis de la imagen de los dibujos realizados en la segunda sesión, se sugiere la existencia de trastornos severos en las emociones, lo cual se evidencia en el pobre o inadecuado uso del color, o su ausencia, o el uso del grafito, así como la mutilación de la figura humana; los cuales pueden resultar indicadores de bloqueo emocional o de inhibición de la respuesta afectiva. Igualmente, en estos dibujos y en las máscaras, parece existir un retraimiento de la respuesta social, cuando se observa la figura humana incompleta, sin detalles positivos en el rostro o especialmente maltratada o mutilada. Se identificó un participante con posible ideación suicida. En este caso se informó a las psicólogas de la casa hogar para su seguimiento. De forma general los dibujos sugieren la presencia de ansiedad social,



depresión y poca regulación emocional en los miembros del grupo.

En la sesión con máscaras, creación de personajes y música, llamó la atención que la mayoría de los participantes solicitaban a la investigadora tipos de música “alegre o triste”, lo cual pudiera indicar que aún existen problemas en la clarificación de otras emociones.

En el caso del cuadro conjunto los dibujos trataron temas mucho más positivos, lo cual puede indicar un cambio favorable en las variables estudiadas.

Por lo anteriormente expresado, se puede plantear que, de forma general, se cumplió con el objetivo general propuesto. Los resultados del presente estudio confirman los hallados por Ribero y Vargas (2013), quienes plantearon que la regulación emocional es considerada un proceso dinámico que puede mejorar mediante procesos psicoterapéuticos. Y se concuerda con Akinsola y Udoka (2013), quienes apoyan la eficacia del psicodrama para tratar trastornos como la ansiedad o la depresión.

En cuanto a la implementación de la psicoterapia psicodramática, puede decirse que fue pertinente su utilización en el trabajo con los adolescentes de casas hogares, lo cual confirma lo planteado por autores como Cuadrado y Herranz (2000); Durán et al. (2020); Herranz et al. (2014) y Ruiz et al. (1995) sobre lo positivo de esta terapia en el trabajo con este tipo de población.

Es preciso puntualizar que los cambios realizados en la implementación de la metodología del psicodrama permitieron un mejor desarrollo de las sesiones psicodramáticas. Consideramos acertado que nuestro equipo tomara la determinación de eliminar el trabajo con escenas del pasado debido al desborde emocional que existió en los primeros intentos con esta modalidad de trabajo.

Sin embargo, dejamos abiertas las puertas para intentarlo en futuras investigaciones con este tipo de población.

No se contó con un instrumento que midiera regulación emocional en este tipo de población, por lo que hubo que utilizar uno de los factores del *Inventario de 5 Factores de Personalidad* (McGhee et al., 2018). Para próximos estudios se sugiere la construcción de un instrumento.

No se pudo contar con grabaciones de audio y video de las sesiones, lo cual hubiera sido aportador para el análisis de datos cualitativos.

Hubiera sido recomendable aplicar pretest y postest de los dibujos dedicados al futuro oficio o profesión, pues este instrumento solo se aplicó en sesiones iniciales y pudo haber sido más revelador.

### Conclusiones

Puede concluirse que, en este estudio piloto, existieron cambios positivos en la regulación emocional en los participantes, lo cual sugiere que el psicodrama puede ser una opción psicoterapéutica válida para la intervención con este tipo de población ante problemáticas relacionadas con regulación emocional. Debe resaltarse cómo este tipo de psicoterapia permite acompañamiento del director

a los protagonistas ante variadas situaciones reales e imaginarias, brindando la posibilidad de reconfiguración de emociones, actitudes y conductas a través de la dramatización. El arte y las técnicas proyectivas como el dibujo y la construcción de máscaras, constituyen recursos valiosos para la intervención psicodramática con este tipo de grupos. En posteriores estudios se debe poner especial atención a los instrumentos para medir depresión y regulación emocional, y en caso de ser necesario, realizar ajustes en la metodología del psicodrama clásico, para lograr una mejor efectividad.

La escasa bibliografía en bases de datos como Scielo, Scopus, Redalyc, Pub-Med, y PsycINF, relacionadas con nuestro trabajo, ha hecho que se vean limitadas las discusiones con otros investigadores. Precisamente uno de los aportes del presente estudio es la contribución para llenar vacíos existentes en esta temática.

## Referencias

- Akinsola, E. y Udoka, P. (2013). Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama [Influencia de los padres sobre la ansiedad social en niños y adolescentes: su evaluación y manejo mediante el psicodrama]. *Psychology*, 4(3A), 246-253. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2013.43A037>
- Beltrán, M., Freyre, M. y Hernández, L. (2017). El inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Benavides, G. (2017). Aplicación de la técnica psicodramática a 30 víctimas de desaparición forzada. *Revista Universidad y Salud*, 19(3), 319-320. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3692>
- Bilge, A. y Keskin, G. (2017). An evaluation of the effectiveness of anger management education enriched by psychodrama [Una evaluación de la eficacia de la educación sobre el manejo de la ira enriquecida por el psicodrama]. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 59-65. <https://doi.org/10.14744/PHD.2017.08760>
- Biolcati, R., Agostini, F. y Mancini, G. (2017). Analytical psychodrama with college students suffering from mental health problems: Preliminary outcomes [Psicodrama analítico con estudiantes que sufren problemas de salud mental: resultados preliminares]. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(3), 201-219. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.272>
- Bogdan, I. y Gherasim-Diaconu, L. R. (2018). Psychological well-being and adjustment to illness of adolescents with cancer [Bienestar psicológico y adaptación a la enfermedad de adolescentes con cáncer]. *Annals of All Cuza University. Psychology Series*, 27, 45-59.
- Campos, M. J. y Muriel, E. (2005). Propuesta de psicoterapia grupal en la ansiedad social: De la disfunción desadaptativa a la ansiedad que nos une. <http://psiqu.com/2-8929>
- Consejería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud (2012). *Salud mental de menores en acogimiento residencial: Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=3&subs=246&cod=3643&page>
- Company, R., Oberst, U. y Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*, 104, 7-36.
- Cuadrado, S. y Herranz T. (2000). Historias con niños y niños con historias. Una propuesta narrativa con niños institucionalizados. *Revista Psicoterapia*, 11(42/43), 27-59. <https://doi.org/10.33898/rdp.v11i44.523>
- Durán, M. L., Arias, A. y Torrado, A. (2020). De aquí para allá y al revés: mapas para la vida. En C. Stern (Ed.), *Subjetividad y representación: nuevas generaciones en México delante y detrás del espejo* (pp. 69-97). Ediciones Ibero.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. Manual Moderno.
- Fernández-Daza, M. P. y Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-3.pccp>

- García, A. (2014). Metodología para la aplicación del dibujo temático en la evaluación e intervención psicológica. *Alternativas cubanas en Psicología*, 2(6), 47-62. <https://www.academia.edu/17073724/07-dibujo-tematico-aurora-garcia>
- García, C. y Fabelo, L. (2017). Psicodrama con niños y niñas: las primeras preguntas. *Integración académica en Psicología*, 5(14), 56-68. <https://integracion-academica.org/anteriores/24-volumen-5-numero-14-2017/165-psicodrama-con-ninos-y-ninas-las-primeras-preguntas>
- Gómez, N. (2019). El aprendizaje grupal en arte y salud mental [Sesión de conferencia]. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-111/21>
- Gönenir, L., Reyhani, I., Ünal, S., Özcan, C., Özgöçer, T., Ucar, C. y Yıldız, S. (2018). Does psychodrama affect perceived stress, anxiety-depression scores and saliva cortisol in patients with depression? [¿Afecta el psicodrama el estrés percibido, las puntuaciones de ansiedad-depresión y el cortisol en saliva en pacientes con depresión?]. *Psychiatry Investigation*, 15(10), 970-975. <https://dx.doi.org/10.30773%2Fpi.2018.08.11.2>
- González, C., Ampudia, A. y Guevara, Y. (2012). Programa de Intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 43-52. <https://actacolombiana-psicologia.ucatolica.edu.co/article/view/265>
- González, S. (2015). *Depresión, conceptualización y medición: una aproximación etnopsicológica*. [Tesis de Doctorado, Universidad Iberoamericana, México]. <http://biblio.ibero.mx/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=613983>
- Herranz, T., Silva, L. y Herranz, M. (2014). *Psicoterapia con niños y psicodrama: La cura por la alegría*. Síntesis.
- Jiménez, L. M., Valencia, A. y Sánchez, R. (2013). Escala de Ansiedad Social para Adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 72-84. <https://doi.org/10.48102/pi.v21i2.156>
- Katsurada, E., Mitsue, T. y Akazawa, J. (2017). A study of associations among attachment patterns, maltreatment, and behavior problem in institutionalized children in Japan. [Un estudio de asociaciones entre patrones de apego, maltrato y problemas de conducta en niños institucionalizados en Japón]. *Child Abuse and Neglect*, 70, 274-282. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.018>
- Lizano, K. (2017). *Psicodrama y resiliencia* [Trabajo fin de licenciatura, Universidad de San Francisco de Quito, Ecuador]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6585/1/131136.pdf>
- López, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M. y López, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28(3), 780-788. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>
- Manelic, R. H. y Ortega-Soto, H. A. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Panteón de las Virreyes. *Salud Mental*, 18(2), 31-34. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/558/558](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/558/558)
- Manterola, C., Grande, L., Otzen, T., García, N., Salazar, P. y Quiroz, G. (2018). Confiabilidad, precisión o reproducibilidad de las mediciones. Métodos de valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Revista Chilena Infectología*, 35(6), 680-688. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182018000600680>
- McGhee, R. L., Ehrlert, D. J. y Buckhalt, J. A. (2018). *Inventario de Cinco factores de Personalidad para Niños*. Manual Moderno.
- Mennen, F. E. (2004). PTSD Symptoms in Abused Latino Children. [Síntomas de PTSD en niños latinos maltratados]. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 21(5), 477-493. <https://doi.org/10.1023/B:CASW.0000043360.98041.48>
- Moreno, J. (1978). *Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy and sociodrama* [¿Quién sobrevivirá? Fundamentos de la sociometría, psicoterapia de grupo y sociodrama]. Beacon House.
- Olivares, J., Ruiz, X., Hidalgo, M., García, L., Hernández, M., Rosa, A. y Piqueras, J. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a spanish-speaking population [Escala de ansiedad social (SAS-A): Propiedades psicométricas en una población de habla hispana]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 85-97. <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coi=English&id=134>
- Ramírez, J. A. (1997). *Psicodrama, teoría y práctica*. DDB.
- Reyes, G. (2013). Psicoterapia psicodramática: una forma de diagnóstico y tratamiento para la depresión. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(2), 53-64. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-53932013000200005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-53932013000200005&script=sci_abstract&tlng=es)
- Ribero, S. y Vargas, R. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 495-525. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/5045/6940>

- Ron, Y. (2018). Psychodrama's role in alleviating acute distress: a case study of an open therapy group in a psychiatric inpatient ward [El papel del psicodrama en el alivio de la angustia aguda: un estudio de caso de un grupo de terapia abierta en una sala de hospitalización psiquiátrica]. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02075>
- Ruiz, I. y Gallardo, J. A. (2002). Impacto psicológico en la negligencia familiar en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18(2), 261-272. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28481>
- Ruiz, L., González, S., Garcés, E. y Olza, I. (1995). Investigación psicodramática grupal en niños en situación de latencia. *Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal* [APAGNET].
- Sainero, A., del Valle, J. F. y Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 31(2), 472-480. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.182051>
- Sánchez, J. (2016). *Estudio preliminar de la posible repercusión de una psicoterapia psicodramática grupal en variables clínicas y adaptativas con menores en acogimiento residencial* [Trabajo fin de Máster, Universidad de Comillas, Madrid, España]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/13193>
- Tarashoeva, G., Marinova, P. y Kojuharov H. (2017). Effectiveness of psychodrama therapy in patients with panic disorders: final results [Efectividad de la terapia psicodramática en pacientes con trastornos de pánico: resultados finales]. *International Journal of Psychotherapy*, 21(2), 55–66. <https://www.researchgate.net/publication/318942384>

# EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ONLINE BASADA EN MINDFULNESS FRENTE AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO HABITUAL PARA LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

## EFFICACY OF AN ONLINE MINDFULNESS-BASED INTERVENTION VERSUS TREATMENT AS USUAL FOR THE REDUCTION OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS

**Juan Nieto<sup>a, b</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5697-9287>

**Borja Arribas<sup>a</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5873-4523>

**Dafne Cataluña<sup>a</sup>**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5554-6778>

<sup>a</sup>Instituto Europeo de Psicología Positiva (IEPP). España

<sup>b</sup>Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Nieto, J., Arribas, B. y Cataluña, D. (2021). Eficacia de una intervención online basada en mindfulness frente al tratamiento psicológico habitual para la reducción de síntomas de ansiedad y depresión. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 37-54. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.992>



## Resumen

*La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos más predominantes y gran parte de los afectados no reciben la ayuda necesaria. Las intervenciones online están emergiendo como una alternativa accesible para más personas. Se quiso comprobar la eficacia de una Intervención online Basada en Mindfulness (IBM online) para reducir la sintomatología en ansiedad y depresión. Para ello se seleccionan a 152 sujetos con sintomatología ansiosa y depresiva que solicitan una IBM online o el Tratamiento psicológico Habitual en el IEPP, creando dos grupos no aleatorizados según la intervención que demanda cada participante. Los resultados indicaron que se encuentra una mejora significativa de la sintomatología aplicando ambos tratamientos. El TH es más eficaz reduciendo la sintomatología en ansiedad, mientras que para depresión no se encuentran diferencias entre ambas intervenciones. Por ello, una IBM online puede resultar una alternativa viable para la reducción de síntomas ansioso-depresivos cuando el Tratamiento psicológico Habitual no es accesible.*

Palabras clave: *mindfulness, IBM online, ansiedad, depresión, TAU*

## Abstract

*Anxiety and Depression are two of the most prevalent disorders and most of the people affected don't receive the necessary assistance. Online Interventions are emerging as an affordable alternative. It was wanted to verify the test the efficacy of an online mindfulness-based intervention to reduce symptoms of anxiety and depression. For it, 152 participants were selected with anxious and depressive symptomatology that requested an online Mindfulness Based Intervention (MBI online) or the treatment as usual (TAU), creating two non-randomized groups, according to the intervention required by each participant. The results showed a significant improvement of anxious and depressive symptomatology applying both treatments was found. TAU is more effective reducing symptomatology in Anxiety, while no differences are found in Depression between both treatments. Thus, an online Mindfulness-based intervention may be a viable alternative for the reduction of anxious-depressive symptoms when the usual psychological treatment is not accessible.*

Keywords: *mindfulness, IBM online, anxiety, depression, TAU*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) la depresión y la ansiedad son dos de las problemáticas más presentes en la sociedad actual, afectando de forma directa tanto a la calidad de vida cómo al rendimiento de las personas. Se estima que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, situándose como una de las enfermedades mentales más presentes y la principal causa de discapacidad, afectando de forma directa a la capacidad de las personas para realizar tareas simples, pudiendo cursar con ideas de suicidio en los casos más graves. En cuanto a la ansiedad, se cree que afecta a más de 260 millones de personas en el mundo, siendo una afección vinculada a pensamientos negativos y a un estado de alerta o amenaza constante que causa respuestas fisiológicas desagradables en la persona (Lazarus y Folkman, 1986).

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSE; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social., 2019) llevada a cabo en 2017, en España, la depresión afecta a un 6.7% de la población, por lo que se estima que unos tres millones de personas padecen esta enfermedad mental. Respecto a la prevalencia de la ansiedad en España, el 9.4% de la población ha tenido un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Haro et al., 2006)

La prescripción de fármacos es el método principal utilizado para la reducción de síntomas depresivos y ansiosos (López-Montoyo, 2020). Siempre se ha justificado su uso debido a una teórica mayor eficacia, pero, aparte de ser tratamientos invasivos y que producen efectos secundarios (Minaya et al., 2007), son diversos estudios los que han mostrado cómo las psicoterapias para combatir la depresión presentan una mayor eficacia a largo plazo, tal y como señala el metaanálisis de De Maat et al. (2006), mientras que para la ansiedad el estudio de Bandelow et al. (2007) ha mostrado que no existe una diferencia significativa entre éstas para la reducción de sintomatología.

Aunque se ha mostrado que las psicoterapias son eficaces para la reducción de la ansiedad (Borkovec y Ruscio, 2001) y de la depresión (Palpacuer et al., 2017), se estima que la mitad de los casos graves de enfermedad mental en países occidentales no reciben ayuda psicológica profesional, una cuarta parte de las personas tratadas no tienen seguimiento (Wang et al., 2007), el tratamiento no es eficaz al no cumplir los estándares mínimos adecuados: recibir un mes o más de medicación y haber tenido cuatro o más visitas a un médico o haber acudido a ocho sesiones o más de psicoterapia (Thornicroft et al., 2017).

Una de las causas principales reside en el modelo de dispensación tradicional de las terapias psicológicas, que se han basado en intervenciones individuales, presenciales y, en la mayoría de los casos, realizada por profesionales en sus consultas privadas. Se habla de tratamientos efectivos, pero que requieren meses de intervención y seguimiento, así como una alta implicación del paciente. Unos requisitos que, junto a la saturación o ausencia de profesionales de la psicología en la red pública de atención sanitaria española, dificultan el acceso masivo a los tratamientos eficaces o hacen que el factor económico sea un condicionante para



recibir la ayuda adecuada (Evans-Lacko et al., 2017). También el estigma asociado a la salud mental (Alonso et al., 2008) podría ser una de las variables que dificultaría dar el paso para recibir la ayuda adecuada.

Con el auge y la gran difusión de las tecnologías de la información y la comunicación, están apareciendo nuevas alternativas de intervención que democratizan el acceso a la terapia y que permiten el desarrollo de nuevos modelos de intervención online, autoaplicados y más ecológicos (integrados en el entorno habitual del paciente) y que van arrojando evidencias de su efectividad (Garrido et al., 2019; Saddichha et al., 2014), incluso sobre intervenciones basadas en mindfulness y aplicadas online (Krusche et al., 2013; Querstret et al., 2018).

Si se pone el foco en las psicoterapias que han mostrado efectividad para la ansiedad, las terapias cognitivo-conductuales y la relajación aplicada han sido las que mejores resultados han obtenido (Dugas et al., 2010). Mientras que para la depresión la terapia interpersonal parece ser una de las que más evidencias aporta (Cuijpers et al., 2011).

En los últimos años, han empezado a cobrar importancia las denominadas Terapias de Tercera Generación, añadiendo a las terapias cognitivo-conductuales la perspectiva del contexto que se había perdido en los enfoques terapéuticos anteriores (Mañas, 2007). La terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítica funcional, terapia de conducta dialéctica, terapia integral de pareja y las terapias basadas en mindfulness son el grupo de terapias que conforman esta nueva vertiente. Se ha estudiado la eficacia que tienen estos tratamientos frente a la ansiedad y la depresión, obteniendo resultados semejantes a los tratamientos clásicos (Hunot et al., 2013). Dentro de estas terapias, las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) son las que más protagonismo han acaparado. Con programas como el de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction [MBSR]), desarrollado por Kabat-Zinn (2009) donde las técnicas como el movimiento consciente, el escaneo del cuerpo y la meditación sentada permiten llegar a la consciencia de uno mismo, y el Programa de Terapia Cognitiva basado en Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy [MBCT]). Este último programa fue desarrollado por Segal et al. (2012) poniendo el foco en aspectos psicológicos. Son diversos los estudios que han demostrado la eficacia del entrenamiento en Mindfulness en la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva (Hofmann y Gómez, 2017) o en una mejora de la salud mental de trabajadores (Janssen et al., 2018).

Niemiec (2014) hizo un acercamiento al Mindfulness desde la Psicología Positiva y las fortalezas del carácter, abriendo una nueva vía donde la atención plena se convierte en una facilitadora en el uso de las fortalezas (Niemiec et al., 2012). Como evidencias empíricas ante este nuevo enfoque, nos encontramos con el estudio de Pang y Ruch (2019).

Es por ello, que en el presente estudio se quiere estudiar la eficacia de una IBM online autoaplicada para reducir la sintomatología en ansiedad y depresión,

comparándola frente al Tratamiento psicológico Habitual (TH).

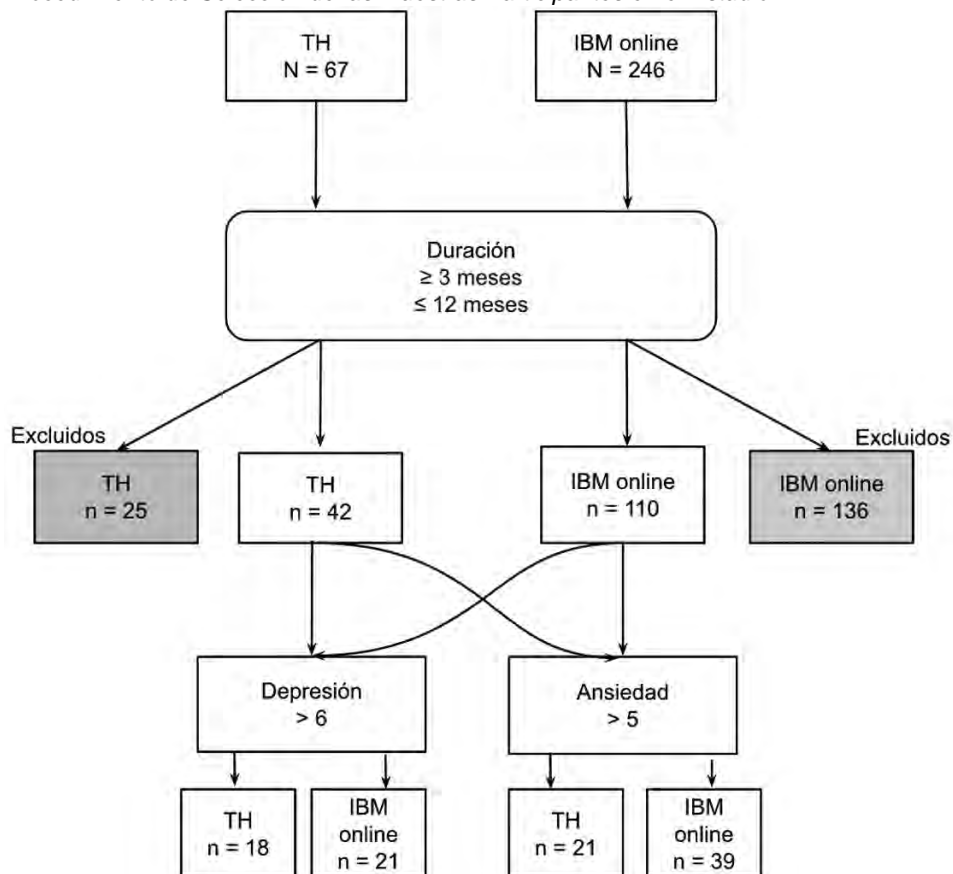
## Método

### Participantes

Para la selección de la muestra partimos inicialmente de un conjunto de 313 personas que habían solicitado y finalizado, o bien una Terapia de psicología Habitual (grupo TH, n = 67) o bien una Intervención online autoaplicada Basada en Mindfulness (grupo IBM online, n = 246) antes de marzo de 2020, en una Clínica sanitaria de Psicología. Tanto a los participantes del grupo TH como al IBM, se les informó mediante una entrevista o llamada telefónica, respectivamente, en qué iba a consistir la intervención por la que habían mostrado interés, el carácter voluntario de esta y la posibilidad de interrumpirla en cualquier momento. Ninguna de estas personas presentaba esquizofrenia, adicciones, problemas de salud mental crónicos o trastornos de la personalidad graves, al no ser población objetivo del centro.

El grupo que recibió la terapia psicológica incluye a personas con diferentes casuísticas que solicitan ayuda psicológica en un centro sanitario donde se realiza un proceso de evaluación e intervención en formato individual y presencial. Por su parte, el grupo que recibió la intervención online basada en Mindfulness (IBM online) incluye a personas que realizan un programa estructurado y auto aplicado de Mindfulness online donde se introducen en sus fundamentos aplicados a la gestión emocional (figura 1).

Figura 1

*Procedimiento de Selección de las Muestras Participantes en el Estudio*

A esa selección inicial se aplicó un criterio de exclusión (véase figura 1): que la duración tanto de la IBM online como de la TH superasen los 3 meses y no excedieran los 12. Se incluyó el 48.5% de la muestra total ( $n = 152$ ): el 44.7% del grupo IBM online y el 62.6% del grupo TH.

Debido a una posible diferencia en la sintomatología de las muestras, se seleccionó de ambos grupos a aquellas personas que presentaban sintomatología en ansiedad y/o en depresión como se observa en la figura 1. Para determinar la existencia de sintomatología en ansiedad y depresión, se utilizó el cuestionario escala de depresión, ansiedad y estrés (*DASS-21*; Lovibond y Lovibond, 1995) escogiendo como puntos de corte los valores 5 y 6, respectivamente, siendo los obtenidos en el trabajo de Román et al. (2016) en muestra chilena, los cuales se asemejan al estudio original. Son 28 sujetos (16 del grupo IBM online y 11 del grupo TH) los que coinciden con ansiedad y depresión. Los grupos finales y sus características pueden verse en la siguiente tabla.

Tabla 1  
Sexo y Edad de las Muestras

Grupo	Depresión			Ansiedad		
	n	Sexo	M(DT) Edad	n	Sexo	M(DT) Edad
IBM	21	90.4% Mujeres 9.6% Hombres	42.9 (12.39)	39	89.7% Mujeres 10.3% Hombres	44 (10.43)
TH	18	72.2% Mujeres 27.8% Hombres	33 (6.96)	21	76.2% Mujeres 23.8% Hombres	36.3 (7.50)
Total	39	82% Mujeres 18% Hombres	37.9 (9.67)	60	85% Mujeres 15% Hombres	40.1 (8.96)

Nota. IBM: Intervención Basada en Mindfulness; TH: Tratamiento Habitual.

## Procedimiento

El procedimiento comienza cuando los participantes solicitan de manera voluntaria una de las dos intervenciones (TH o IBM online). Al comienzo, y antes de empezar cualquier intervención, se les administró una batería de cuestionarios. El grupo TH contenía el *DASS-21* y la *escala de bienestar psicológico de Ryff (SPWB; Ryff, 1989)*. El grupo IBM se le administró *DASS-21* la *escala de satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985)* y el *cuestionario de regulación emocional (ERQ; Gross y John, 2003)*, que se volvió a aplicar cuando finalizaban las intervenciones. Los participantes del grupo IBM online solicitaron una intervención autoaplicada con el objetivo de crecimiento personal, mientras que en el grupo de TH los participantes demandaron ayuda psicológica acudiendo a un centro sanitario donde recibieron terapia presencial. En este segundo caso, los psicólogos y psicólogas fueron quienes establecieron los tratamientos más adecuados para cada participante. El periodo que abarca esta recogida de datos es desde septiembre de 2017 hasta noviembre de 2019.

## Tratamientos

### *Intervención Basada en Mindfulness online (IBM online)*

Se trata de un programa online estructurado y autoaplicado, elaborado a partir del programa MBSR (Kabat-Zinn, 2009), que incluye las fortalezas del carácter como vehículo para la atención plena (Niemiec, 2014). Esta IBM consiste en prácticas meditativas, cuyo objetivo es fomentar la atención plena y el uso de las fortalezas para generar un efecto bidireccional de apoyo, profundización y potenciación, que permite desarrollar una mayor conexión con el momento presente. Tiene una duración aproximada de 200 horas, siendo cada participante quien determina los momentos de realizarla. El contenido se distribuye en 12 módulos (anexo I). En cada módulo se imparten tanto conocimientos teóricos como ejercicios prácticos autoaplicados. Dentro de estos ejercicios nos encontramos con meditaciones video guiadas, prácticas meditativas y de gestión emocional.

### ***Tratamiento psicológico Habitual (TH)***

El Tratamiento psicológico Habitual que recibe un paciente en una Clínica de Psicología parte de un proceso de evaluación psicológica, donde se determinan y consensuan los objetivos de intervención a partir de los cuales se diseña un tratamiento utilizando el amplio abanico de técnicas de primera, segunda y tercera generación basadas en la evidencia, en nuestro caso haciendo hincapié en las técnicas basadas en Psicología Positiva. El tratamiento fue dispensado de manera presencial en sesiones individuales de una hora, semanalmente. La duración del tratamiento fue variable, se moduló en función del problema y de las necesidades individuales de cada paciente. Con una duración media de 5.3 meses.

### **Variables e instrumentos**

Para estudiar las variables dependientes: ansiedad y depresión se utilizó la *Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)*, Lovibond y Lovibond, 1995) adaptada al español por Bados et al. (2005). Cuenta con 21 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, desde 0 «*No es aplicable en mi caso*» hasta 3 «*Estoy completamente de acuerdo, me sucede durante prácticamente siempre*». Cada escala contiene 7 ítems, siendo 21 la puntuación máxima posible. Los índices de fiabilidad para las escalas de depresión y ansiedad son .84 y .70, respectivamente (Bados et al., 2005). Respecto a la invarianza temporal en las puntuaciones, el estudio de Anghel (2020) muestra evidencias de que mide apropiadamente los cambios en depresión, ansiedad y estrés, aunque encontraron que la escala de estrés no es tan fiable a la hora de distinguir entre distintos grados de sintomatología grave.

### **Análisis**

Comenzamos con un análisis descriptivo de las puntuaciones de cada grupo en las variables ansiedad y depresión. A continuación, para los análisis de este estudio se efectuó, para la variable ansiedad un ANOVA mixto con dos factores: Tiempo (medida intra-sujetos, con niveles pre y post) y Grupo (TH e IBM online). Para depresión se utilizaron análisis no paramétricos (U de Mann-Whitney y Wilcoxon) debido al incumplimiento del supuesto de normalidad en la variable.

## **Resultados**

Se presentarán los resultados separados para cada variable dependiente.

### **Ansiedad**

En la tabla 2 se pueden observar los resultados de los análisis descriptivos para la variable ansiedad en los dos grupos existentes y los dos momentos.

Tabla 2  
*Estadísticos Descriptivos para la Variable Ansiedad*

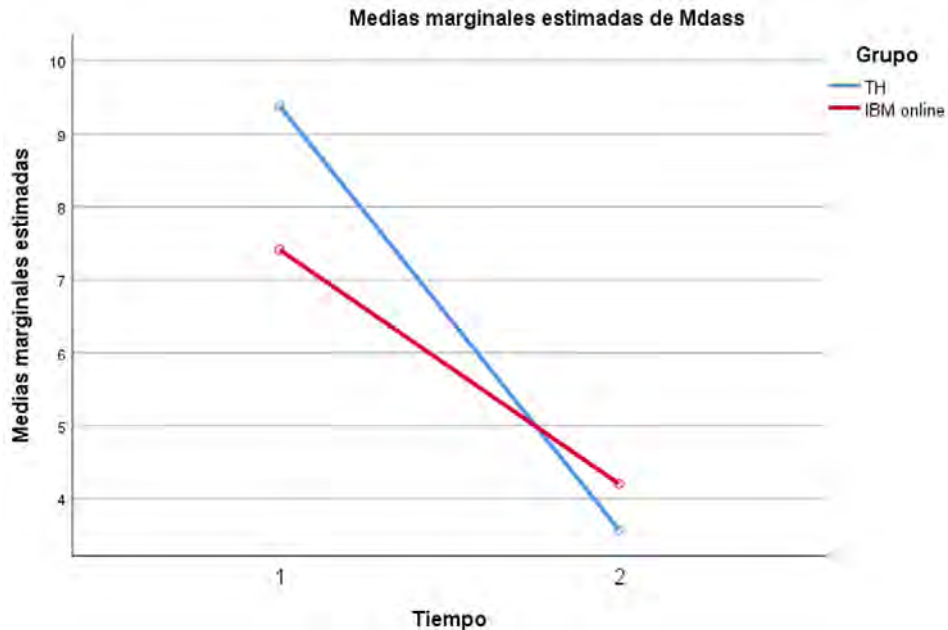
Grupo	Ansiedad	
	<i>M(DT)</i> Pre	<i>M(DT)</i> Post
<b>IBM</b>	7.41 (2.67)	4.21(2.99)
<b>TH</b>	9.38(3.35)	3.57(2.67)
<b>Total</b>	8.10(3.05)	3.98(2.88)

*Nota.* IBM: Intervención Basada en Mindfulness; TH: Tratamiento Habitual.

El estadístico Shapiro-Wilk mostró que la variable ansiedad medida en el grupo IBM online no cumplía el supuesto de normalidad ni en la fase pre ni en la fase post (ambos  $p \leq .00$ ). Tampoco se cumplió en el grupo de TH en la fase post ( $p = .038$ ) pero sí en la pre ( $p = .15$ ). El estadístico de *Levene* por su parte mostró que ambos grupos cumplían el supuesto de homocedasticidad en la fase pre ( $p = .116$ ) y post ( $p = .538$ ). Debido a que el estadístico *F* es robusto ante la violación del supuesto de normalidad (Blanca et al., 2017) y que existe igualdad de varianzas se utilizó el ANOVA para realizar la comparación.

Los resultados mostraron diferencias significativas tanto entre las medidas pre y post;  $F_{(1, 58)} = 106.94$ ,  $p = .000$ ,  $\eta^2 = 0.65$  como en la interacción entre el factor tiempo y grupo;  $F_{(1, 58)} = 8.93$ ,  $p = .004$ ,  $\eta^2 = 0.13$ . No se encontró, sin embargo, ninguna diferencia significativa entre ambos grupos;  $F_{(1, 58)} = 1.04$ ,  $p = .312$ ,  $\eta^2 = 0.18$  (figura 2). La tabla 2 muestra las medias para ambos grupos en las dos medidas.

Figura 2  
Comparación de la Ansiedad Pre/Post



Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, en ambos se puede inferir que existe una mejora de la sintomatología en la dimensión de ansiedad llegando a un decremento de las puntuaciones por debajo de 5, donde no se considera la existencia de una sintomatología. Este cambio es más acusado en el grupo TH. Si se analizan los efectos simples, estos muestran que efectivamente hay mayor tasa de cambio en el grupo TH. Fase pre  $M_{TH} = 9.4$  y  $M_{IBM} = 7.4$ , ( $p = .016$ ) y fase post  $M_{TH} = 3.6$  y  $M_{IBM} = 4.2$ , ( $p = .312$ ).

### Depresión

En la tabla 3 se pueden observar los resultados de los análisis descriptivos para la variable *Depresión* en los dos grupos existentes y los dos momentos.



Tabla 3  
*Estadísticos Descriptivos para la Variable Depresión*

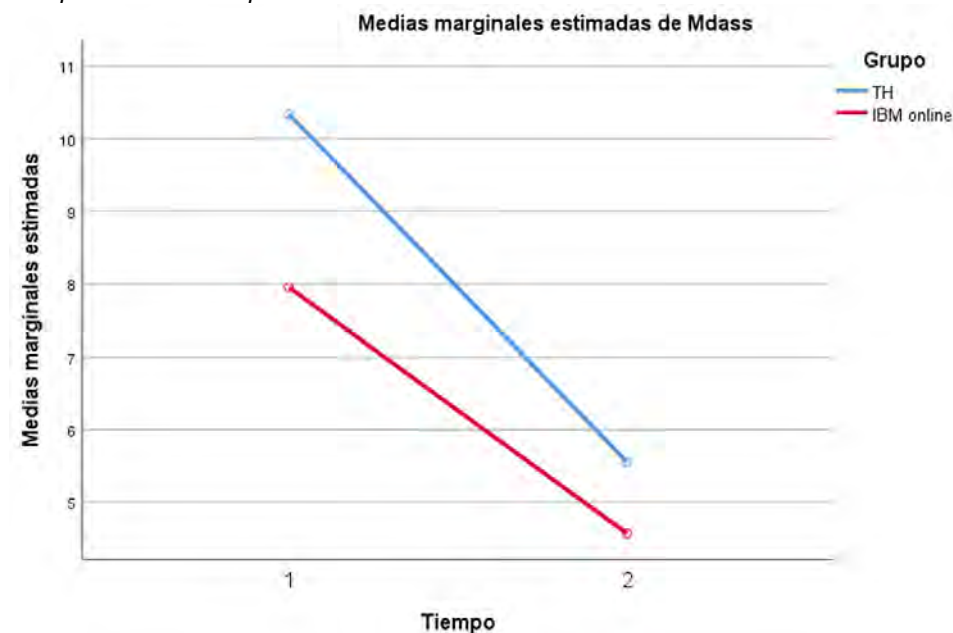
Grupo	Depresión	
	M(DT) Pre	M(DT) Post
IBM	7.95 (0.60)	4.57 (3.26)
TH	10.33 (3.25)	5.56 (5.49)
Total	9.05 (2.98)	5.03 (4.40)

*Nota.* IBM: Intervención Basada en Mindfulness; TH: Tratamiento Habitual.

Un análisis exploratorio de la variable depresión en ambos grupos y momentos mostró el incumplimiento tanto del supuesto de normalidad (todos los  $p < .04$ , excepto para el grupo TH en la medida pre,  $p = .08$ ) como del de homocedasticidad (ambos  $p < .02$ ). Por esta razón, se ha utilizado tanto un ANOVA como los estadísticos de Wilcoxon y U de Mann-Whitney para realizar las comparaciones intragrupos e intergrupos respectivamente.

En cuanto a las pruebas con el estadístico de Wilcoxon se encontró diferencias significativas en las fases pre y post, tanto en el grupo IBM online ( $p = .002$ ), como en el grupo TH ( $p = .001$ ). Atendiendo a la prueba de U de Mann-Whitney para comparar a los grupos de TH y IBM online en las fases Pre y Post, se encuentran diferencias significativas en la fase Pre entre ambos grupos ( $p = .012$ ), mientras que en la fase Post ( $p = .90$ ) no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (véase figura 3).

Figura 3  
Comparación de la Depresión Pre/Post



El ANOVA muestra resultados semejantes a los obtenidos con las pruebas anteriores. Nos indica cómo la diferencia entre la fase Pre y Post sí que es significativa  $F_{(1, 37)} = 34.69, p = .000, \eta^2 = 0.48$ . Ambos tratamientos tienen un efecto reductor en la sintomatología, estableciendo la media en la fase post por debajo del punto de corte de 6 en la sintomatología. Atendiendo a la interacción de los factores tiempo y grupo, observamos que la tasa de cambio no es significativa entre ambos tratamientos  $F_{(1, 37)} = 1.01, p = .320, \eta^2 = 0.03$ . Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos;  $F_{(1, 37)} = 3.06, p = .089, \eta^2 = 0.08$ . Luego ambos tratamientos muestran una reducción de la sintomatología similar.

### Discusión

El modelo de dispensación actual, donde predominan las terapias individuales y presenciales, y desde donde se han estudiado la efectividad de las diversas intervenciones (Borkovec y Ruscio, 2001; Palpacuer et al., 2017) puede no ser suficiente para abarcar la necesidad de intervención que requieren los síntomas depresivos o ansiosos de la población (Wang et al., 2007). Es por ello, que es importante caminar hacia un nuevo modelo de dispensación escalable donde las intervenciones, que han mostrado su eficacia, puedan llegar a muchas más personas a través de las nuevas tecnologías. Múltiples estudios (Garrido et al., 2019; Saddichha et al., 2014) muestran cómo las intervenciones presenciales y las online presentan efectos similares y los resultados obtenidos en el presente estudio estarían en línea con los

anteriormente mencionados.

Como era de esperar, las medias iniciales en sintomatología son significativamente más altas en el grupo de TH. No se puede perder de vista el hecho de que las personas que solicitaron terapia psicológica en este estudio presentaban mayores puntuaciones en ansiedad y depresión que las personas que solicitaban la IBM online. No obstante, se encuentran cambios significativos entre las puntuaciones pretratamiento y postratamiento de ambos grupos, demostrando su eficacia para reducir la sintomatología de ansiedad y depresión e incluso para hacerla remitir hasta una puntuación subclínica (Román et al., 2016). Esto quiere decir que tanto la TH como la IBM online, son tratamientos eficaces para la reducción de la ansiedad y de la depresión. Sin embargo, en ansiedad la tasa de mejora en el grupo TH es mayor que en el grupo de IBM online, aunque la relevancia de esta diferencia se ha de tomar con precaución. En cambio, esto no ocurre en la variable depresión, donde no hay diferencias en la tasa de cambio de ambos grupos, es decir, la tasa de reducción en depresión no difiere entre TH e IBM online. Estos resultados se deben a que el grupo TH presenta mayores puntuaciones en depresión, es decir, estamos ante casos de depresión grave, donde los efectos de los tratamientos psicológicos habituales pueden demorarse. Por ello, no se encuentran diferencias en la tasa de cambio entre ambos grupos. Estos resultados nos hacen pensar que una Intervención online Basada en Mindfulness puede resultar una alternativa viable para la reducción de síntomas de ansiedad y de depresión cuando TH no es accesible.

Nos encontramos frente a un cambio de paradigma del modelo de dispensación de las terapias psicológicas donde el formato online y las nuevas tecnologías nos brindan una oportunidad sin precedentes. Todo ello, facilita el acceso a tratamientos efectivos, eficaces y de calidad para aquellas personas que no dispongan de recursos económicos o temporales para asistir a terapias individualizadas y/o presenciales.

El presente trabajo presenta ciertas limitaciones que podrían dar lugar a conclusiones sesgadas si no se toman con precaución. La primera de ellas sería la falta de aleatorización de los participantes a la asignación de ambos grupos, IBM online o TH, siendo esta asignación aleatoria un elemento esencial para que el proceso inferencial sea válido y se eliminen así posibles fuentes que alterasen la validez interna. Una segunda limitación sería la falta de medidas de seguimiento para ver si los resultados se mantienen a largo plazo en ambas intervenciones. Que una intervención a corto plazo sea eficaz es importante, pero que este cambio se mantenga en el tiempo es algo primordial y una de las claves que se buscan en el desarrollo de terapias. La tercera limitación que encontramos es la utilización de los puntos de corte que indican la presencia de sintomatología extraído de una muestra chilena y no de la población diana a pesar de que la escala utilizada está validada con población española y como última limitación el uso de un solo instrumento autoaplicado y la no utilización de medidas heteroaplicadas o implícitas ha podido afectar a la pérdida de información valiosa.

En futuros estudios se realizará un diseño aleatorizado con grupo control,

así como la inclusión de medidas de seguimiento y cuestionarios adicionales que permitan ver cómo impactan las IBM online sobre el bienestar psicológico.

## Referencias

- Anghel, E. (2020). Longitudinal invariance and information of the depression, anxiety, and stress scales [Invarianza longitudinal e información de la escala de depresión, ansiedad y estrés]. *Journal of Clinical Psychology*, 76(10), 1923-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22968>
- Alonso, J., Buron Pust, A. y World Mental Health Consortium. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys [Asociación entre el estigma percibido y los trastornos del estado del ánimo y ansiedad: resultados de la Encuesta Mundial sobre Salud Mental]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 305-314. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x>
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS) [Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS)]. *Psicothema*, 17(4), 679-683.
- Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D. y Rütger, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders [Meta análisis de las comparaciones entre tratamientos psicofarmacológicos y psicológicos controlado aleatorizado para los trastornos de ansiedad]. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8(3), 175-187. <https://doi.org/10.1080/15622970301110273>
- Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R. y Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? [Datos no-normales: ¿Es el ANOVA aún así una opción válida?]. *Psicothema*, 29(4), 552-557. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.383>
- Borkovec, T. D. y Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder [Psicoterapia para el trastorno de ansiedad generalizada]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 37-45.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. y van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses [Tratamiento psicológico para la depresión: resultados de una serie de meta-análisis]. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354-364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. y De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis [Eficacia relativa de la psicoterapia y la farmacoterapia en el tratamiento de la depresión: Un meta-análisis]. *Psychotherapy Research*, 16(5), 566-578. <https://doi.org/10.1080/10503300600756402>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale [Escala de satisfacción con la vida]. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Dugas, M. J., Brillón, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R. y Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder [Un ensayo clínico aleatorizado de terapia cognitiva-conductual y relajación aplicada a adultos con trastorno de ansiedad generalizada]. *Behavior Therapy*, 41(1), 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.12.004>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys [Variaciones Socioeconómicas en la brecha del tratamiento de la salud mental de las personas con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y por consumo de sustancias: resultados de las encuestas de la OMS sobre la salud mental en el mundo]. *Psychological Medicine*, 48(9), 1560-1571. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Garrido, S., Millington, C., Cheers, D., Boydell, K., Schubert, E., Meade, T. y Nguyen, Q. V. (2019). What works and what doesn't work? A systematic review of digital mental health interventions for depression and anxiety in young people [¿Qué funciona y qué no? Una revisión sistemática de las intervenciones digitales de salud mental para la depresión y la ansiedad en gente joven]. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 759. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00759>

- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being [Diferencias individuales en dos procesos de regulación emocional. Implicaciones para el afecto, relaciones, y bienestar]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hofmann, S. G. y Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression [Intervenciones basadas en Mindfulness para ansiedad y depresión]. *Psychiatric clinics*, 40(4), 739-749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
- Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., Honyashiki, M., Chen, P., Lewis, G. y Churchill, R. (2013). Third wave cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression [Tercera ola de las terapias cognitivas y conductuales frente a otras terapias para la depresión]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2>
- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., Van Der Heijden, B. y Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review [Efectos de la intervención basada en la reducción de estrés en empleados de salud mental: Una revisión sistemática]. *PloS one*, 13(1), e0191332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332>
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living [Vivir con plenitud las crisis]*. Bantam Dell.
- Krusche, A., Cyhlarova, E. y Williams, J. M. G. (2013). Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression [Mindfulness online: Una evaluación de la viabilidad de un curso basado en mindfulness para estrés, ansiedad y depresión]. *BMJ open*, 3(11), e003498. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003498>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- López-Montoyo, A. (2020). *Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria: aplicación cara a cara, aplicación mediante TICs versus tratamiento habitual* [Tesis doctoral, Universitat Jaume I, España]. <http://dx.doi.org/10.6035/14109.2020.261277>
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories [La estructura de los estados emocionales negativos: Comparación de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) frente al inventario de Depresión y Ansiedad de Beck]. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40(1), 26-34.
- Minaya, O., Ugalde, O. y Fresán, A. (2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Mental*, 32(5), 405-411.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL*. <https://www.mscols.gov.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Niemiec, R. M. (2014). *Mindfulness and character strengths: A practical guide to flourishing [Mindfulness y fortalezas del carácter: Una guía práctica para florecer]*. Hogrefe.
- Niemiec, R. M., Rashid, T. y Spinella, M. (2012). Strong mindfulness: Integrating mindfulness and character strengths [Mindfulness fuerte: Integrando mindfulness y fortalezas del carácter]. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 240-253. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.34p6328x2v204v21>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimación de salud global]*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Palpacuer, C., Gallet, L., Drapier, D., Reymann, J. M., Falissard, B. y Naudet, F. (2017). Specific and non-specific effects of psychotherapeutic interventions for depression: Results from a meta-analysis of 84 studies [Efectos específicos y no específicos en las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión: Resultados de un meta análisis de 84 estudios]. *Journal of Psychiatric Research*, 87, 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.12.015>
- Pang, D. y Ruch, W. (2019). The mutual support model of mindfulness and character strengths [El modelo de apoyo mutuo del mindfulness y las fortalezas del carácter]. *Mindfulness*, 10, 1545-1559. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01103-z>

- Querstret, D., Croleby, M. y Fife-Schaw, C. (2018). The effects of an online mindfulness intervention on perceived stress, depression and anxiety in a non-clinical sample: a randomised waitlist control trial [Efectos de una intervención de mindfulness online sobre el estrés percibido, la depresión y la ansiedad en una muestra no clínica: un ensayo aleatorio con grupo control en lista de espera]. *Mindfulness*, 9(6), 1825-1836. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0925-0>
- Román, F., Santibáñez, P. y Vinet, V. V. (2016). Uso de las escalas de depresión, ansiedad estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being [La felicidad lo es todo, ¿o no? Exploraciones sobre el significado del bienestar psicológico]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Saddichha, S., Al-Desouki, M., Lamia, A., Linden, I. A. y Krausz, M. (2014). Online interventions for depression and anxiety—a systematic review [Intervención online para la depresión y ansiedad - una revisión sistemática]. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 841-881. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.945934>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* [Mindfulness basado en la terapia cognitiva para la depresión]. The Guilford Press.
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas, JM., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, JM., He, Y., Hinkov, H., Karam, E., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries [Subtratamiento de personas con trastorno depresivo mayor en 21 países]. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119-124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., ... Wells, E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys [Uso de los servicios de salud mental para los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y por sustancias en 17 países en las encuestas mundiales de salud mental (WHO)]. *The Lancet*, 370(9590), 841-50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)

## Anexo

### *Guión de contenidos de la IBM online*

- ❖ **Introducción al Mindfulness y la gestión emocional**
  - Tomando Consciencia
- ❖ **Actitudes y primeros pasos**
  - Practica la meditación sentada
- ❖ **Fortalezas “emocionales”**
  - Practicando el intervalo
- ❖ **Crear consciencia de las reacciones automáticas**
  - Practica la meditación de emociones
- ❖ **Práctica del Mindfulness mediante la apreciación de la belleza, Curiosidad y Vitalidad**
  - Potenciando emociones positivas
  - Meditación con los sentidos
  - Saboreo
  - Body Scan
- ❖ **Práctica del Mindfulness mediante la aceptación, la armonía, el universalismo y la gratitud**
  - Para, piensa, actúa
  - Ducha de agua fría
  - Micromomentos de conexión
  - ¿Quién dobló hoy tu paracaídas?
  - Dejar caer la mochila
  - Meditación para dejar ir
- ❖ **Beneficios de la plena consciencia**
  - Meditación Tonglen
- ❖ **Cambiando el foco: Potenciando emociones positivas**
  - Meditación Metta
- ❖ **Relaciones Conscientes I**
  - De la desmotivación a la inspiración
  - No seas prejuicioso
  - Escucha activa
  - La grosería ajena
  - Aprende a leer a los demás
  - Agudiza tu intuición
  - De la tensión a la tranquilidad
- ❖ **Relaciones Conscientes II**
  - Comunicación No violenta
  - ¿Hablas AMOR?
  - Superar los momentos de soledad



- Generosidad de 5 minutos
- ❖ **Consciencia plena para el manejo del estrés I**
  - No dejes que el estrés haga mella en ti
  - En la multitarea solo céntrate en una cosa
  - Matriz Einsenhower
  - Posturas que hablan
  - Pausa
  - Practica la respiración cuadrada
  - Para y disfruta
  - Regálate las 3 “eses”
  - Celebra el silencio
- ❖ **Consciencia plena para el manejo del estrés II**
  - Salir de la ansiedad, estrés y rutina
  - Optimiza tu tiempo
  - Sé paciente con el ritmo de la vida

# COGNITIVE CONFLICTS IN FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

## CONFLICTOS COGNITIVOS EN TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS

**Ruth Benasayag**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6585-3712>

Psicoterapeuta especialista en trastorno funcional digestivo en Centro Médico Teknon, Barcelona. España.

**Fermín Mearin**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6821-0619>

Director del Servicio de Aparato Digestivo en Centro Médico Teknon, Barcelona. España.

**Mari Aguilera**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2656-2688>

Profesora agregada en la Universidad de Barcelona. España

**Guillem Feixas**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6288-6009>

Catedrático en la Universidad de Barcelona. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Benasayag, R., Mearin, F., Aguilera, M., & Feixas, G. (2021). Cognitive conflicts in functional gastrointestinal disorders [Conflictos cognitivos en trastornos funcionales digestivos]. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 55-69. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.995>



## Abstract

*The importance of psychological factors in functional gastrointestinal disorders (FGID) is well-established in the literature; however, cognitive factors have hardly been researched and, in particular, cognitive conflicts have not been explored for these disorders. The aim of this study is to compare the cognitive and symptomatic characteristics of a group of 66 FGID patients (33 diagnosed with irritable bowel syndrome and 33 with functional dyspepsia) with a control group of participants without FGID or psychopathological symptoms. Both groups were matched by sex and age. The evaluation of the clinical sample was carried out following the criteria of the DSM-IV-TR. The SCL 90-R, and also the Repertory Grid for the identification of cognitive conflicts (implicative dilemmas) and self-ideal discrepancy, were administered to both the clinical sample and the control group. Results showed that 85% of FGID patients met the criteria for one axis I disorder of the DSM-IV-TR, mainly anxiety and somatization disorders. Regarding axis II, 23% presented at least one personality disorder, the most common ones being those of avoidance and dependence. Regarding axis IV, the patients reported a higher number of problems relative to the primary support group. FGID patients showed greater symptoms compared to the control group on various SCL 90-R scales. On the other hand, FGID patients presented more implicative dilemmas than healthy controls, as well as lower self-esteem. No significant differences were observed depending on the type of FGID (irritable bowel syndrome or functional dyspepsia).*

*Keywords: irritable bowel syndrome, functional dyspepsia, repertory grid technique, constructivism, implicative dilemma, self-identity*

## Resumen

*La importancia de los factores psicológicos en los Trastornos Funcionales Digestivos (TFD) queda plasmada en la literatura, sin embargo, los factores cognitivos apenas se han investigado y en particular, los conflictos cognitivos nunca se han explorado en este tipo de trastornos. El objetivo de este estudio es comparar las características cognitivas y sintomáticas de un grupo de 66 pacientes con TFD (33 diagnosticados de Síndrome del Intestino Irritable y 33 de Dispepsia Funcional) en comparación con un grupo control de participantes sin síntomas de TFD ni psicopatológicos. Ambos grupos fueron apareados por sexo y edad. La evaluación de la muestra clínica se llevó a cabo siguiendo los criterios del DSM-IV-TR y tanto a la muestra clínica como al grupo control se les administró el SCL 90-R, y además la Técnica de la Rejilla para la identificación de los conflictos cognitivos (dilemas implicativos) y de la discrepancia yo-ideal. Los resultados mostraron que el 85% de TFD cumplía criterios para algún trastorno del eje I del DSM-IV-TR, principalmente trastornos de ansiedad y de somatización. Respecto al eje II, el 23% presentó por lo menos un trastorno de personalidad, siendo los más comunes los de evitación y dependencia. En cuanto al eje IV, los pacientes informaron de un mayor número de problemas relativos al grupo primario de apoyo. Los pacientes con TFD mostraron mayor sintomatología con respecto al grupo control en diversas escalas del SCL-90-R. Por otro lado, los pacientes con TFD presentaron más dilemas implicativos que los controles sanos, así como una menor autoestima. No se observaron diferencias significativas en función del tipo de TFD (Síndrome del Intestino Irritable o Dispepsia Funcional).*

*Palabras clave: síndrome del intestino irritable, dispepsia funcional, técnica de rejilla, constructivismo, dilema implicativo, identidad personal*

Functional gastrointestinal disorders (FGID) are symptom-based entities characterized by chronic or recurrent symptoms not explained by known structural or biochemical abnormalities (Drossman, 1999; Jones et al., 2007; Lacy et al., 2016). Irritable Bowel Syndrome (IBS), defined as chronic abdominal discomfort with alternating bowel symptom, and functional dyspepsia (FD), defined as chronic upper abdomen discomfort, are two of the most commonly encountered FGID. Since diagnosis of FGID need to exclude organic or biochemical pathological alterations, it is based mainly on consensual criteria among experts.

Epidemiological studies reported prevalence rates between 10% and 20% in western population although they might vary notably depending of the set of criteria uses for the diagnosis (Chey et al., 2015; Hungin et al., 2003; Mearin et al., 2001). Furthermore, FGID have been associated with significant decrement in quality of life and increased healthcare resources (Hungin et al., 2003; Maxion-Bergemann et al., 2006; Sandler et al., 2002). Interestingly, several authors pointed out comorbidity as an explanatory factor for use of healthy resources in patients with IBS (Chey et al., 2015; Johansson et al., 2010). Specifically, one of the main predictors of health care costs was psychiatric comorbidity. In this sense, existing literature suggests a high presence of psychiatric comorbidity in FGID patients, roughly 42% to 90%, with the most common diagnoses being anxiety, mood, and somatoform disorders (Benasayag et al., 2004; Drossman et al., 1999b; North et al., 2007; Vandvik et al., 2004; Whitehead et al., 2002). FGID are heterogenous syndromes, therefore, psychiatric comorbidity in these patients could be key for choice of interventions and outcomes in design of treatment trials. Nevertheless, these evidences are based basically on IBS patients, but few are known about psychiatric comorbidity in other types of FGID patients such as FD patients.

Because the study of FGID cannot be focused only in pathophysiology, it has become a truly multidisciplinary inquiry (Chey et al., 2015). From a psychological perspective (see also Benasayag et al., 2002), the study of cognitive conflicts could offer a putative understanding of the severe psychological suffering of these patients as suggested by our previous exploratory study (Benasayag et al., 2004). Kelly's (Kelly, 1955/1991; Walker & Winter, 2007) Personal Construct Theory (PCT) probably represents the most elaborate framework for an understanding of cognitive conflict. This constructivist considers human activity as a meaning making process. According to PCT, individuals create informal theories about the self, other people, their health, and so on. Moreover, their response to events (bodily sensations, interpersonal experiences, professional interventions, etc.) is mediated by this interpretation. In this model, these theories or mental models are formed by a set of bipolar personal constructs which are distinctions drawn from the perception of similarities and differences encountered in daily experience of each person, and then incorporated into their construction system to anticipate and make sense of events. All these constructs are organized into an interdependent, complex and hierarchical network of meanings, so that the constructs of a lower hierarchical

level, or peripheral, can be directly related to other superordinate core constructs, i.e. those forming personal identity. The perspective of a change in these core constructs could be “resisted” by the person, as it would imply an overall change of the system and a possible “threat” to her or his sense of personal identity. Thus, facing change that involves core constructs entails a cognitive conflict or dilemma for the individual.

Personal constructs, viewed as the distinctions human draw on their experience, are not necessarily verbal or conscious, and even less so the implications of a construct for the network of other constructs that form a cognitive system. When the implications of a construct in the construct network entail a conflict, an implicative dilemma in the terms of PCT, the person may feel stressed and blocked in his or her movements (taking decisions or actions which are required for his or her development or well being) but may not necessarily be aware of the reasons of that distress. The source of this stress is internal but usually triggered by external events that require the entangled constructs forming the dilemma to be understood and to respond to them.

To put an example from Esther, one of the participants of our study, she sees herself as “sluggish” and wants to become “energetic” (in her own terms) but in her network of constructs (more information is provided below regarding the assessment of the construct system) people who are “energetic” are usually also “bad person”. This implication is based on her experience of significant people in her life, most of them are either “energetic” and “bad person” or “sluggish” and “good person” like her. Thus, situations in her life in which acting with energy is needed are somehow problematic for her. Becoming able to do so might imply, in her network of meanings, to become more bad as a person, like some disliked figures in her life (the “persona non grata”, in this example).

Both the content and structure of personal construct systems have been explored using the Repertory Grid Technique (RGT). We consider that the RGT is a particularly useful tool for studying a phenomenon as complex as the relationship between identity and pain or discomfort present in FGID patients because it is a form of evaluation that combines an idiographic approach, focusing on the constructs relevant to each particular person, with nomothetic measures, which allow for comparison among individuals (Feixas, 2003). In fact, the RGT has already been used for this purpose in other chronic pain samples (Aguilera et al., 2019; Compañ et al., 2011).

The RGT also allow to gauge self-esteem, a key concept in the construction of the identity of an individual. Low self-esteem has been widely related to a large number of psychological disorders as well as to subjective well-being and effective functioning (Cheng & Furnham, 2003; Furnham & Cheng, 2000; Robson, 1998). The RGT provides a measure of discrepancy between “self now” (a person current view of him/her self) and “ideal self” (how a person would ideally like to be) could be considered a measure of self-esteem.

In this sense, a recent exploratory study with IBS patients showed more cognitive conflicts as well as less self-esteem compared to the normal sample (Benasayag et al., 2004). Further research is needed to understand the putative role of cognitive conflicts defined as implicative dilemmas in the maintenance of physical and/or psychological symptoms in FGID subgroup of patients (Feixas et al., 2000).

The first aim of this study was to gauge putative differences in psychiatric comorbidity and symptoms of IBS and FD patients between them and with respect to controls. The second goal was to explore the relevance of two cognitive indexes, implicative dilemmas and self-ideal discrepancy, to characterize the construal of self and others of FGID patients.

## Methods

### Participants

The clinical sample consisted of 66 patients with FGID, 52 women and 14 men with a mean age of 36.6 years ( $SD$  11.7- range 18-72). Following Roma II criteria, 33 patients were diagnosed with IBS and 33 with FD. Patients were recruited in the Institute of Functional and Motor Digestive Disorders, *Centro Médico Teknon*, Barcelona. Clinical interview for mental disorders following American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> TR ed., DSM-IV-TR) diagnostic criteria and thorough assessment for FGID following Roma II diagnostic criteria (Drossman et al., 1999a) were carried out by a psychologist (first author) and a senior digestologist (third author), respectively.

Control group was formed by 66 (52 women and 14 men) healthy individuals. Their average age was 35.6 years ( $SD$  = 10.26; range = 18-60) with no significant age differences with respect to the clinical group ( $F$  = 0.28;  $p$  = 0.59). These individuals were selected from databases derived from Multicentric Dilema Project (see [www.usal.es/tcp](http://www.usal.es/tcp) for more information) and matched by sex and age (as approximate as possible). Exclusion criteria were presence of any psychiatric disorder or presence of FGID. Healthy sample was assessed by psychology students trained by expert psychologists from the *Universitat de Barcelona* and the *Universidad de Salamanca*.

### Instruments and Measures

*Repertory Grid Technique* (RGT, Feixas & Cornejo-Alvarez, 2002; Fransella et al., 2004): The administration of RGT involves three stages in the context of a structured interview. Firstly, a set of 10-20 elements representing the self and significant others (typically mother, father, siblings, partner, friends) is selected. Also, a “non grata person” (“someone whom you know but do not like”) and the “ideal self” (“how I would like to be”) are included. For the clinical sample of this study, we also included the element “I before the symptoms” to tap putative alterations in identity after developing a FGID. In the second phase, a dyad of elements (e.g., father and mother) is selected and the individual must compare them in terms of their similarities and differences according to the subject’s view. In the

grid example of Esther, both parents were seen as “good person” and, then, she was asked to provide a label for the opposite (“bad person”). Additionally, one or more perceived differences between the two elements were explored, so that the father was seen as “passive” while the mother is described as “active”. The person is encouraged to provide more differences or similarities, and then a new dyad of elements is selected (e.g., self and brother). This process of selection of dyads of elements and construct elicitation is repeated until all elements appear at least once in the comparisons and the subject does not provide new constructs. These personal constructs, which reflect the interviewee’s subjective views (rather than previously set and standardized items, like those of questionnaires) are displayed in the rows of the grid form (see figure 1) whereas the elements are represented in the columns.

Figure 1  
*Repertory Grid as Completed by One of the Participants of the Study*

		Actual Self	Father	Mother	Brother	Sister	Friend 1 (same gender)	Friend 2 (same gender)	Friend 3 (same gender)	Mate 1	Mate 2	Non grata	Self before symptoms	Ideal Self
1 - Dependent	Independent	2	4	2	5	4	7	7	4	4	4	7	2	5
2 - Active	Passive	2	7	3	5	1	5	2	2	4	4	1	2	2
3 - Lives from day to day	Pessimist	3	5	3	3	2	3	2	5	4	4	2	3	2
4 - Happy	Does not show joy	3	5	2	4	2	3	5	3	4	4	2	2	2
5 - Has everything under control	Does not control	1	3	5	3	5	5	3	2	2	4	4	1	3
6 - Stressed	Not stressed	2	3	5	1	3	2	4	4	4	4	4	3	4
7 - Faces problems	Fearful	2	3	3	3	2	3	1	3	4	4	4	2	3
8 - Knows how to prioritize	Without priorities	5	5	5	2	4	4	4	4	4	4	4	5	2
9 - Sluggish	Energetic	1	1	5	4	2	1	3	3	4	4	6	2	6
10 - Confident	Insecure	5	6	3	4	4	3	2	2	4	4	1	5	2
11 - Manipulative	Sincere	7	5	6	6	4	4	4	4	4	4	1	7	5
12 - Good person	Bad person	6	6	6	6	6	6	5	5	4	4	1	6	6

1	2	3	4	5	6	7
Very much so	Quite a lot	A little	Middle point	A little	Quite a lot	Very much so

Finally, the person rates each element in terms of all the elicited constructs, employing a 7-point Likert-type scale. For example, a score of “7” is given to the element “father” for the construct “active vs. passive” meaning that he is viewed as “very passive”, and a score of “3” for the mother (“a little active”), and thus a grid data matrix is created. We analyzed this matrix with the GRIDCOR 4.0 (Feixas & Cornejo-Alvarez, 2002) computer program designed specifically for repertory grid analysis.



Implicative dilemmas were identified when a positive correlation (higher than 0.34) was found between the scores given to a discrepant construct (“present self” and “ideal self” scored in opposite poles of the construct, like “sluggish vs. energetic” in the example) and those given to a congruent construct (“present self” and “ideal self” scored in the same pole of the construct, “good person” in the example). This correlation suggests that the change desired in the discrepant construct involves an undesired change in the congruent construct (in the example, becoming “energetic” would imply stopping to be a “good person”). Finally, self-ideal discrepancy, an indication of self-esteem, was measured by the Euclidian distance between the “ideal self” and “self now” elements, that is, the more distance, the fewer self-esteem.

*Symptom Check List–Revised* (SCL-90-R, Derogatis, 1994; Gonzalez de Rivera et al., 1989): This is a self-administered questionnaire composed of 90 items that assesses psychological distress across nine dimensions: somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism. Additionally, a Global Severity Index (GSI) can be calculated.

*Global Assessment of Functioning Scale (GAF)*: This scale reported the clinician’s judgment of the individual’s overall level of functioning and daily activities. It is a 100-point scale that measures a patient’s overall level of psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum, with ratings from 1 to 10 indicating severe impairment and ratings from 90 to 100 indicating superior functioning.

### Statistical Analyses

Chi-squared tests were performed to test difference comorbidity rates in Axis I disorders between IBS and FD patients and to examine whether the proportion of participants having implicative dilemmas was different across samples. Analyses of Variance (ANOVA) were carried out to explore the differences between control and clinical groups (IBS and FD) concerning SCL-90-R scales and RGT variables. Post hoc tests were performed when differences between clinical groups were detected.

## Results

### Clinical diagnosis (DSM-IV-TR)

Fifty-five (85%) FGID patients were found to have currently one or more DSM-IV-TR Axis I disorders. Similar percentages were found between IBS (90%) and FD patients (79%). The predominant diagnoses were anxiety disorders (41%) and somatization disorders (34%). Generalized anxiety disorder was the most frequently encountered anxiety disorder, with 17 (26%) instances, followed by panic disorder with 8 (12%) (taking together those with and without agoraphobia). Mood disorders were also commonly observed. Specifically, dysthymic disorder was present in 11 patients and major depression in 4 (see table 1).

Table 1

*Type of Diagnosis (n = 66)*

Axis 1 of DSM-IV-R Diagnosis	N <sup>1</sup>
Generalized Anxiety Disorder	17
Panic attack without agoraphobia	2
Panic attack with agoraphobia	6
Social fobia	4
Posttraumatic Stress Disorder	1
Anxiety disorders in total	30
Somatization disorder	23
Hypochondriasis	2
Somatization disorders in total	25
Major depressive disorder	4
Dysthymic disorder	11
Mood disorders in total	15
Adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood	4
Others	4
No diagnosis	10

*Note.* <sup>1</sup>Of the 56 patients receiving a diagnosis, 16 received more than one. The numbers here reflect the number of diagnostic categories employed in the sample overall (a total of 74).

Comorbidity between Axis I disorders was high in these FGID patients, sixteen patients (24%) presented more than one diagnosis at the moment of the assessment. No differences were found between IBS and FD patients concerning the number of diagnosis or type of diagnosis in Axis I ( $\chi^2 = 1.95$ ,  $p = 0.37$ ). With respect to Axis II disorders (American Psychiatric Association, 2000), sixteen patients (23%) presented at least one personality disorder. Avoidant and dependent personality disorders were the most common personality disorders.

Concerning psychosocial and environmental problems in FGID patients, results showed that these patients (IBS and FD) presented mainly problems with their primary support group (family) and occupational problems (see table 2). On the other hand, the mean of GAF for these FGID patients was 73.4 ( $SD = 10.3$ ; min: 50 max: 90). GAF ratings did not differ much between IBS (mean = 73.6;  $SD = 12.2$ ) and FD (mean = 73.6;  $SD = 8.2$ ) patients.

Table 2  
Types of Psychosocial and Environmental Problems (Axis IV, DSM-IV-TR)

Psychosocial and environmental problems*	IBS	FD
Problems with primary support group	23	21
Occupational difficulties	11	11
Problems with social environment	2	2
Economic problems	1	0
Without problems	3	5

Note. \* Several patients had more than one problem.

### Psychopathologic Symptomatology (SCL-90-R)

FGID patients and controls differed significantly on somatization, interpersonal sensitivity, depression, anxiety symptom scales and global severity index (*GSI*) (table 3). Least Significant Difference (*LSD*) post-hoc test showed that patients presented higher scores compared to controls, but no significant differences were found between IBS and FD patients.

Table 3  
Analyses of Variance Results of SCL-90-R Scales (Mean  $\pm$  Standard Deviation) for IBS ( $n = 33$ ), FD ( $n = 33$ ) and Control Groups ( $n = 66$ )

SCL-90-R scales	FGID		Control	F	p
	IBS Mean (SD)	FD Mean (SD)	Mean (SD)		
Somatization	1.20 (0.84)	1.12 (0.81)	0.76 (0.65)	4.94	0.009*
Obsessive-Compulsive	0.95 (0.82)	1.02 (0.65)	0.82 (0.59)	1.02	0.365
Interpersonal Sensitivity	0.99 (0.79)	1.14 (0.76)	0.74 (0.54)	4.34	0.015*
Depression	1.25 (0.86)	1.29 (0.79)	0.92 (0.66)	3.66	0.028*
Anxiety	1.09 (0.91)	0.99 (0.74)	0.65 (0.50)	5.67	0.004*
Hostility	0.73 (0.74)	0.65 (0.56)	0.67 (0.74)	0.12	0.890
Phobic Anxiety	0.39 (0.56)	0.46 (0.74)	0.25 (0.42)	1.92	0.151
Paranoid Ideation	0.82 (0.69)	0.88 (0.58)	0.66 (0.48)	1.99	0.141
Psychoticism	0.56 (0.54)	0.54 (0.49)	0.35 (0.42)	2.85	0.062
Global Severity Index	0.92 (0.62)	0.93 (0.55)	0.66 (0.43)	4.43	0.014*

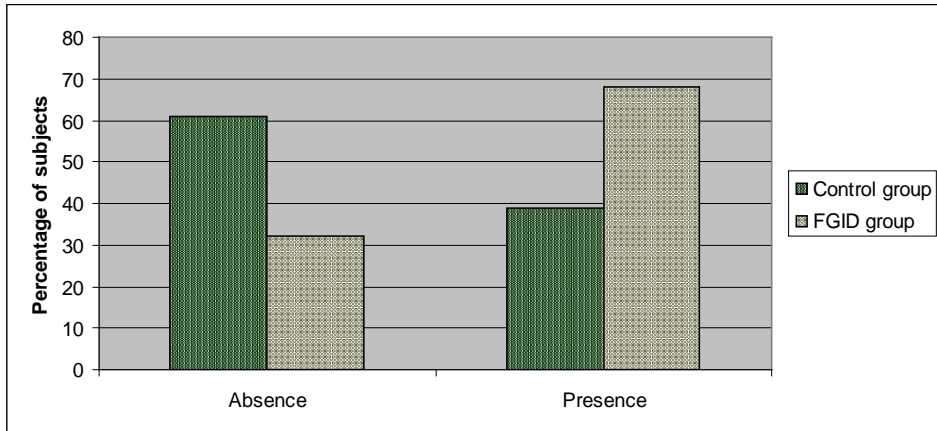
Note. \* Least Significant Difference post-hoc tests revealed that differences were found only between controls and FGID patients (no significant differences were found comparing IBS to FD).

### Cognitive Indexes (RGT)

Self-ideal discrepancy was significantly higher in the clinical sample ( $F = 10.20, p < 0.001$ ). LSD post-hoc analyses revealed that control group had lower distance (higher self-esteem) compared to both IBS and FD patients, and no differences were found between IBS and FD patients (see Table 4). With respect to the presence of implicative dilemmas (IDs), we found that 68% of the patients in the clinical group had at least one ID in their grids, compared to the 39% found in the control group ( $X^2 = 11.03, df = 2; p = 0.001$ ) (see figure 2). Again, no differences were found between IBS and FD patients ( $X^2 = 0.63, df = 1; p = 0.428$ ).

Figure 2

Percentage Distribution of Presence/absence of Implicative Dilemmas between FGID ( $n = 66$ ) and Controls ( $n = 66$ )



Note.  $\chi^2 = 11.03, p = 0.001$ .

To investigate further the relevance of the number implicative dilemmas among FGID patients, an additional analysis was made considering only those patients and controls who had at least one ID, so that participants with no IDs were excluded of this analysis. The percentage of IDs (which takes into account number of constructs in each grid) revealed significant differences between control group and FGID patients ( $F = 5.85, p = 0.005$ ). No differences were found between IBS and FD patients (table 4).

Table 4

*Analyses of Variance for Repertory Grid Technique (RGT) Measures between IBS (n = 33), FD (n = 33) and Control Group (n = 66)*

RGT variables	FGID		Control	F	p
	IBS Mean (SD) (n =33)	FD Mean (SD) (n =33)	Mean (SD) (n =66)		
Self-ideal discrepancy	0.48 (0.34) (n =33)	0.36 (0.22) (n =33)	0.24 (0.22) (n =66)	10.20	0.000*
Implicative dilemma percentage**	4.29 (3.43) (n =24)	3.59 (3.09) (n =21)	1.69 (1.35) (n =25)	5.85	0.005*

Note. \* LSD post-hoc analyses revealed that differences were found only between controls and FGID patients (no significant differences were found comparing IBS to FD).

\*\* Only patients with at least one implicative dilemma were computed for this measure.

## Discussion

Our results showed a high prevalence of psychiatric disorders in FGID patients (85%, with similar percentages for IBS and FD patients) which is consistent with the prevalence range from 42% to 90% reported in previous studies (Benasayag et al., 2004; Drossman et al., 1999b; North et al., 2007; Vandvik et al., 2004; Whitehead et al., 2002). As previously reported in the literature (Jones et al., 2007; Whitehead et al., 2002), predominant concurrent diagnoses were anxiety, somatization, and affective disorders. Concerning anxiety disorders, the same prevalence of concurrent FGID and generalized anxiety disorder is found in our study and in Lydiard et al. (26%), although we found a lower prevalence of panic disorders (12%) than they did (26%). However, our prevalence rates are higher than those of Walker et al. (7%) (Lydiard et al., 1993; Walker et al., 1990). In respect to specific somatization disorders, we found a higher concurrent prevalence of somatisation disorder (35%) compared to Lydiard et al. (17%). Finally, we found a lower prevalence of current major depression (6%) compared with previous studies which reported a range from 23% to 21% (Lydiard et al. and Walker et al., respectively), but a higher prevalence of dysthymic disorder (17%). A possible explanation for this difference could be related to diagnostic criteria for affective disorders which could be applied in our study favouring the prevalence of dysthymic disorder or in the other studies favouring the prevalence of major depression. Additionally, when comparing with non-clinical sample, FGID patients presented higher scores on somatization, interpersonal sensitivity, depression, and anxiety symptom scales. Therefore, the high degree of overlap between functional-gastrointestinal and psychological disorders found in the literature was confirmed also in our study. It may point out the putative key role of psychological factors involved in etiopathology or/and maintenance of functional gut dysfunction.

Interestingly, our results showed that IBS and FD patients presented similar psychopathological symptom profile with relatively high levels of severity, sensibly higher from those in the control sample. In this sense, a categorical approach pointed out that there were no differences between IBS and FD patients in respect to number or type of diagnoses within Axis I disorders. Therefore, both types of patients seemed to present similar psychological distress despite of the differences related to physical symptomatology.

Comorbidity with Axis II disorders was lower (23%) compared to Axis I (85%). The most frequent personality disorders were avoidant and dependent, both included in Cluster C. The low number of cases precluded details analysis on the role of these disorders. Although personality features seem not to be directly associated in symptom-generation in FGID, they seem to influence healthcare-seeking and levels of distress (Jones et al., 2007). Further research is needed to elucidate such complex relationship between personality features and development of FGID.

According to the biopsychosocial model of FGID, our results showed that psychosocial stressors such as problems with primary support group and occupational problems are the most frequently reported in both IBS and FD patients before the onset of the disorder. Our clinical sample presented a reasonably good global functioning as assessed using the clinician-rated GAF scale, this result is not consistent with other studies focused on quality of life of these patients in which FGID were associated with significant decrement in quality of life (Mearin et al., 2001). This inconsistency could be attributed to the use of self-report instruments about quality of life that could contain more detailed information about environmental and psychical limitations of daily life.

Concerning cognitive measures derived from the RGT, our results showed a higher self-ideal discrepancy in the clinical sample than in control group. Since no significant differences were found between IBS and FD patients, we can consider this discrepancy as a common aspect of FGID. These results are consistent with a previous study in a group of patients with IBS (Benasayag et al., 2004). Along these lines, another study with chronic pain patients revealed that those with high self-discrepancies showed more pain levels and higher levels of psychological distress (Waters et al., 2004). High discrepancy between self and ideal self has been associated with self-esteem (Dada, 2008), and other studies had also pointed out self-esteem as a putative variable in the mediating effects between the impact of chronic pain and psychological well being (Nagyova et al., 2005).

Besides measuring self-ideal discrepancy, RGT allows for the identification of cognitive conflicts in construing self and others. Our results showed a higher number of participants with implicative dilemmas in the clinical sample than control group, while no differences were found between IBS and FD patients. Interestingly, 68% of patients presented at least one implicative dilemma compared to the 39% of control group. These results replicate our previous study (Benasayag et al., 2004) with IBS patients who also presented with more implicative dilemmas than controls.

This higher number of implicative dilemmas has also been reported in fibromyalgia (Compañ et al., 2011), depression (Feixas et al., 2014) and other disorders (Montesano et al., 2015). Therefore, future studies should focus on understanding cognitive mechanisms involved in symptom severity and/or maintenance of FGID patients and its implication for psychological treatment. Further, it should be interesting to clarify whether this type of cognitive conflicts is transdiagnostic or a common mechanism in functional disorders of different kinds (e.g., FGID, fibromyalgia and other medically unexplained syndromes) or there are patterns which are specific of FGID. For example, further content analysis of the conflicts found might reveal which aspects are dilemmatic in the cognitive system of FGID patients, and whether these issues are common in their content to those of other disorders.

Certainly, the role of internal conflicts in psychological distress has been a tenet of a variety of theories (e.g., psychoanalysis) but assessment methods for identifying these conflicts are scarce and, thus, there is little evidence about their role in mental wellbeing, and even less in FGID. The method employed in this study, based on the RGT, can be considered a plausible option to measure both cognitive conflicts and self-ideal discrepancy. Our results suggest that both cognitive factors are prevalent in FGID patients and might stimulate further research on their specific role in the development and maintenance of these disorders. But an additional merit of the study of implicative dilemmas is that there exist psychotherapeutic interventions designed to resolving those dilemmas in other disorders, like depression (Feixas & Compañ, 2015, 2016), which proved to be effective (Feixas et al., 2018) and could be adapted for FGID patients and this might help increase the efficacy of its current psychological treatment.

Finally, there are some limitations in this study. For the FGID diagnosis it was not possible the inclusion of biological diagnostic tests such as proctosigmoidoscopy, complete blood cell count, and erythrocyte sedimentation rate, although a senior digestologist was in charge of doing FGID diagnostics following Rome II criteria. Concerning clinical psychological diagnosis, a structured psychiatric interview was not used, although a senior clinical psychologist (second author) participated in the diagnosis along with the psychologist (first author) conducting the clinical interviews.

In summary, FGID patients presented high levels of psychopathology considering both categorical diagnosis and dimensional symptoms, and this psychopathological pattern was similar in IBS and FD subgroups of patients. Moreover, cognitive indexes such as self-ideal discrepancy (indicating low self-esteem) and high presence and number of implicative dilemmas proved to be involved in the psychological processes of patients with FGID.



## References

- Aguilera, M., Paz, C., Compañ, V., Medina, J. C., & Feixas, G. (2019). Cognitive rigidity in patients with depression and fibromyalgia. *International journal of clinical and health psychology*, *19*(2), 160–164. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.002>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text rev.).
- Benasayag, R., Feixas, G., & Mearín, F. (2002). Aspectos psicológicos en el Síndrome del Intestino Irritable [Psychological aspects in Irritable Bowel Syndrome]. *Gastroenterología Práctica*, *11*, 14–17.
- Benasayag, R., Feixas, G., Mearin, F., Saúl, L. A., & Laso, E. (2004). Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio [Cognitive conflicts in Irritable Bowel Syndrome (IBS): an exploratory study]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *4*(1), 105–119.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Attributional style and self-esteem as predictors of psychological well being. *Counselling Psychology Quarterly*, *16*(2), 121–130. <https://doi.org/10.1080/0951507031000151516>
- Chey, W. D., Kurlander, J., & Eswaran, S. (2015). Irritable bowel syndrome: a clinical review: A clinical review. *The Journal of the American Medical Association*, *313*(9), 949–958.
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta-Domínguez, N., Torres-Viñals, M., Aguilar-Alonso, A., Dada, G., & Saúl, L. A. (2011). Cognitive factors in fibromyalgia: The role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, *24*(1), 56–77. <https://doi.org/10.1080/10720537.2011.530492>
- Dada, G. (2008). *Autovaloración, factores cognitivos y de personalidad en la predicción de sintomatología alimentaria en mujeres universitarias [Self-assessment, cognitive and personality factors in the prediction of eating symptoms in university women]* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Barcelona.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual* (3<sup>rd</sup> ed.). National Computer System.
- Drossman D. A. (1999). The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*, *45*(Suppl 2), II1–II5. <https://doi.org/10.1136/gut.45.2008.ii1>
- Drossman, D. A., Corazzari, E., Talley, N. J., Thompson, W. G., & Whitehead, W. E. (1999a). Rome II: Multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut*, *45*(Suppl 2), II1–II81.
- Drossman, D. A., Creed, F. H., Olden, K. W., Svedlund, J., Toner, B. B., & Whitehead, W. E. (1999b). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, *45*(Suppl 2), II25–II30. <https://doi.org/10.1136/gut.45.2008.ii25>
- Feixas, G. (2003). Subjective methods. In R. Fernandez-Ballesteros (ed.), *The Encyclopedia of Psychological Assessment* (pp. 937–943). Sage.
- Feixas, G., & Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión [Dilemma-Focused Intervention Manual for Depression]*. Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., & Compañ, V. (2016). Dilemma-focused intervention for unipolar depression: a treatment manual. *BMC psychiatry*, *16*, 235. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0947-x>
- Feixas, G., & Cornejo-Alvarez, J. M. (2002). *A manual for the repertory grid: Using the GRIDCOR programme* (version 4.0). <http://www.terapiacognitiva.net/record>
- Feixas, G., Montesano, A., Compañ, V., Salla, M., Dada, G., Pucurull, O., Trujillo, A., Paz, C., Muñoz, D., Gasol, M., Saúl, L. Á., Lana, F., Bros, I., Ribeiro, E., Winter, D., Carrera-Fernández, M. J. & Guàrdia, J. (2014). Cognitive conflicts in major depression: Between desired change and personal coherence. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*, 369–385. <https://doi.org/10.1111/bjc.12050>
- Feixas, G., Paz, C., García-Grau, E., Montesano, A., Medina, J. C., Bados, A., Trujillo, A., Ortíz, E., Compañ, V., Salla, M., Aguilera, M., Guasch, V., Codina, J., & Winter, D. A. (2018). **One-year follow-up of a randomized trial with a dilemma-focused intervention for depression: Exploring an alternative to problem-oriented strategies.** *PLoS One*, *13*(12), e0208245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208245>
- Feixas, G., Saúl, L. A., & Sanchez, V. (2000). Detection and analysis of implicative dilemmas: Implications for the therapeutic process. In J. W. Scheer (Ed.), *The person in society: Challenges to a constructivist theory* (391–399). Psychosozial-Verlag.
- Fransella, F., Bell, F., & Bannister, D. (2004). *A Manual for Repertory Grid Technique* (2<sup>nd</sup> ed.). John Wiley & Sons.
- Furnham, A., & Cheng, H. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *35*(10), 463–470. <https://doi.org/10.1007/s001270050265>
- Gonzalez de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido F., Henry-Benítez M., & Monterrey, A. L. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population.* Clinical Psychometric Research.

- Hungin, A. P. S., Whorwell, P. J., Tack, J., & Mearin, F. (2003). The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *17*(5), 643–650. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2003.01456.x>
- Johansson, P. A., Farup, P. G., Bracco, A., & Vandvik, P. O. (2010). How does comorbidity affect cost of health care in patients with irritable bowel syndrome? A cohort study in general practice. *BMC Gastroenterology*, *10*, 31. <https://doi.org/10.1186/1471-230X-10-31>
- Jones, M. P., Crowell, M. D., Olden, K. W., & Creed, F. (2007). Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychosomatics*, *48*(2), 93–102. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.2.93>
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Norton. (Original work published in 1955)
- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel disorders. *Gastroenterology*, *150*(6), 1393–1407. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>
- Lydiard, R. B., Fossey, M. D., Marsh, W., & Ballenger, J. C. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*, *34*(3), 229–234. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(93\)71884-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(93)71884-8)
- Maxion-Bergemann, S., Thielecke, F., Abel, F., & Bergemann, R. (2006). Costs of irritable bowel syndrome in the UK and US. *PharmacoEconomics*, *24*(1), 21–37. <https://doi.org/10.2165/00019053-200624010-00002>
- Mearin, F., Badia, X., Balboa, A., Baró, E., Caldwell, E., Cucala, M., Diaz-Rubio, M., Fueyo, A., Ponce, J., Roset, M., & Talley, N. J. (2001). Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *36*(11), 1155–1161. <https://doi.org/10.1080/00365520152584770>
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. A., & Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: A meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 2997–3006. <https://doi.org/10.2147/NDT.S91861>
- Nagyova, I., Stewart, R. E., Macejova, Z., van Dijk, J. P., & van den Heuvel, W. J. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*, *58*(1), 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.06.011>
- North, C. S., Hong, B. A., & Alpers, D. H. (2007). Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World Journal of Gastroenterology*, *13*(14), 2020–2027. <https://doi.org/10.3748/wjg.v13.i14.2020>
- Robson, P. J. (1988). Self-esteem--a psychiatric view. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *153*, 6–15. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.1.6>
- Sandler, R. S. (1990). Epidemiology of irritable bowel syndrome in the United States. *Gastroenterology*, *99*(2), 409–415. [https://doi.org/10.1016/0016-5085\(90\)91023-Y](https://doi.org/10.1016/0016-5085(90)91023-Y)
- Sandler, R. S., Everhart, J. E., Donowitz, M., Adams, E., Cronin, K., Goodman, C., Gemmen, E., Shah, S., Avdic, A., & Rubin, R. (2002). The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology*, *122*(5), 1500–1511. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.32978>
- Vandvik, P. O., Wilhelmsen, I., Ihlebaek, C., & Farup, P. G. (2004). Comorbidity of irritable bowel syndrome in general practice: a striking feature with clinical implications. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *20*(10), 1195–1203. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2004.02250.x>
- Walker, E. A., Roy-Byrne, P. P., & Katon, W. J. (1990). Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, *147*(5), 565–572. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.5.565>
- Walker, B. M., & Winter, D. A. (2007). The elaboration of personal construct psychology. *Annual Review of Psychology*, *58*, 453–477. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085535>
- Waters, S. J., Keefe, F. J., & Strauman, T. J. (2004). Self-discrepancy in chronic low back pain: relation to pain, depression, and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, *27*(3), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.07.001>
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*, *122*(4), 1140–1156. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.32392>



# PSICOANÁLISIS RELACIONAL Y PSICOTERAPIA INDIVIDUAL SISTÉMICA: EPISTEMOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA

## RELATIONAL PSYCHOANALYSIS AND SYSTEMIC INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY: EPISTEMOLOGY AND PSYCHOPATHOLOGY

**Juan Miguel de Pablo Urban**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3724-0465>

Codirector de COOPERACIÓN,

Instituto de Formación Sistémica, Cádiz. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

De Pablo, J. M. (2021). Psicoanálisis relacional y psicoterapia individual sistémica: Epistemología y psicopatología. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 71-88. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.848>

### Resumen

*En el presente artículo se analizan algunos de los elementos teóricos comunes encontrados entre el psicoanálisis relacional y la psicoterapia individual sistémica, en particular, aquellos que hacen referencia a la importancia del modelo epistemológico aportado desde la posmodernidad, a la concepción que prima sobre el concepto de enfermedad y/o la salud mental y, en consecuencia, a la visión existente en torno al uso del diagnóstico psicopatológico en psicoterapia.*

**Palabras clave:** *psicoanálisis relacional, psicoterapia individual sistémica, epistemología, diagnóstico psicopatológico, integración en psicoterapia*

### Abstract

*This article analyzes some of the common theoretical elements found between relational psychoanalysis and systemic individual psychotherapy, in particular those which make reference to the importance of the epistemological model contributed by postmodernity, to the prevailing conception about the concepts of illness and / or mental health and, consequently, the existing view about the use of psychopathological diagnosis in psychotherapy.*

**Keywords:** *relational psychoanalysis, systemic individual psychotherapy, epistemology, psychopathological diagnosis, integration in psychotherapy*



A raíz del cambio de paradigma que supuso el surgimiento de la posmodernidad, a mediados del siglo pasado, se han producido acercamientos progresivos en los presupuestos teóricos de los diferentes enfoques psicoterapéuticos; los mismos que, en sus inicios, se mostraron antagónicos, cuando no abiertamente confrontados.

Ciertamente la posmodernidad a través de los conceptos derivados del constructivismo, del construccionismo social, del pensamiento complejo o de la epistemología del observador, han generado interesantes cuestionamientos de los modelos teóricos preeminentes durante el siglo XX en la psicología y la psicoterapia. La objetividad como pilar de la investigación y de la ciencia quedó en entredicho, cuestionada en la certeza o en el sentido de “verdad” que, cuasi religiosamente, se le atribuía. El multiverso hizo su aparición, la incertidumbre en torno a las realidades únicas se consolidó, abriendo espacios interesantes de reflexión y de pensamiento alternativo.

Este proceso, presente en todas las disciplinas, ha tenido efectos muy interesantes. Uno de ellos ha sido la creación de nuevos espacios de confluencia conceptual, espacios donde anteriormente solo estaba presente la confrontación en torno a “las verdades” de las que se trataba.

En el ámbito de la psicología clínica y de la psicoterapia este proceso ha sido especialmente fructífero. Las “realidades” vigentes en cuestiones tan medulares como el concepto de enfermedad mental, los presupuestos sobre el origen de los trastornos psicopatológicos, las concepciones sobre los modos de intervención psicoterapéutica, sobre la posición del psicoterapeuta o sobre el uso del poder del profesional (poder/saber), han sido seriamente cuestionadas por las nuevas ideas, enriqueciendo a la psicoterapia como disciplina. En la actualidad, este proceso se ha ido amplificando y ha permitido el establecimiento de múltiples conexiones entre diferentes abordajes de la psicología clínica, así como la presentación de propuestas integradoras. En síntesis, las tesis construccionistas, los enfoques narrativos, el abordaje dialógico; han calado en los modelos de intervención clínica, acercando los planteamientos conceptuales de los distintos enfoques, originalmente antagónicos, permitiendo la convergencia de algunos de sus conceptos teóricos y facilitando elementos integradores para la psicoterapia como disciplina.

Desde la cibernética (Von Foerster), la lingüística (Derrida), la filosofía, la filosofía de la ciencia y la sociología (Deleuze, Morin, Foucault o Kuhn), la hermenéutica (Gadamer), la biología (Maturana y Varela), la psicología social (Gergen), las teorías feministas (Butler) o la física (Heisenberg), se encarnan nuevas perspectivas sobre el mundo y sus fenómenos, visiones duramente críticas con los mitos sostenidos desde la ciencia de la modernidad: la objetividad y neutralidad del investigador, el determinismo y el acceso a la “realidad” o a la “verdad” a través del aclamado método científico.

Esto ha impregnado el abordaje de los teóricos y de los clínicos de la psicoterapia. Por ejemplo, el trabajo narrativo se introduce en la metodología de las psicoterapias cognitivas, sistémicas y psicoanalíticas, armando un lenguaje con importantes similitudes, donde es posible compartir experiencias y entenderse a

través de conceptos comunes, ya alejados en alguna medida de las construcciones teóricas originales de esos mismos enfoques.

Aquellas corrientes que, dentro de cada modelo psicoterapéutico, persisten en sus presupuestos originales y se mantienen radicalmente fieles a sus inicios acaban viéndose seriamente cuestionadas. Se puede observar cómo los planteamientos de los profesionales que siguen defendiendo la perspectiva modernista, se mantienen en posiciones más excluyentes y rígidas. Mientras tanto, los que han asumido el cambio propuesto desde el nuevo paradigma, han ampliado sus límites y sus fronteras teórico-prácticas al profundizar y acercarse a nuevas visiones de los fenómenos objeto de estudio. Además, estas nuevas visiones aparecen enriquecidas exponencialmente, gracias a las múltiples aportaciones que la complejidad y el carácter transdisciplinar de la posmodernidad provee (lingüística, biología, cibernética, filosofía, sociología).

Este proceso supone una excelente oportunidad para los profesionales de la psicoterapia. Resulta ahora más fácil integrar conceptos y modalidades pragmáticas de intervención, porque una parte de las diferencias existentes con anterioridad se han diluido gradualmente. Es, en este punto, donde se precisa realizar nuevas lecturas que permitan un acercamiento entre enfoques y un enriquecimiento de los abordajes que se han venido utilizando.

¿Dónde aparecían las dificultades? Básicamente, en los intentos de conciliar encuadres y epistemologías diferentes. En aquellos casos donde se proviene originalmente de una formación en un modelo específico, por ejemplo psicoanalítico, y, con posterioridad, se accede a otro abordaje diferente, por ejemplo sistémico, pueden presentarse problemas para la integración de ambas perspectivas en el momento de la intervención psicoterapéutica, derivados de las incertidumbres que esta doble visión y sus diferentes encuadres ocasiona (De Pablo, 1996). Parte de las dificultades que se presentan en los profesionales que intentan conciliar modelos diferentes, o que procuran salir, en alguna medida, del encuadre original en el que se han formado, pueden encontrarse descritas por Boscolo y Bertrando (1996) en su texto pionero sobre terapia sistémica individual, en Selvini (2001) y en De Pablo (1996). Coinciden básicamente en que estas dificultades aparecen a la hora de definir aspectos como: el formato de atención (individual, familiar o de pareja), la periodicidad de las sesiones (frecuentes o más dilatadas en el tiempo), la duración de los tratamientos (breves o prolongados), la posición más o menos participativa o activa del terapeuta, los objetivos de tratamiento, etc.

Con el transcurso del tiempo, y tras el advenimiento de las aportaciones del construccionismo social, se hace patente que la presencia del modelo epistemológico posmodernista permitía integrar, a un nivel macro (Pakman, 1995), otros modelos intermedios (sistémicos y psicoanalíticos) así como modelos clínicos diversos (técnicas de intervención).

Evidentemente, el modelo de formación psicoanalítica original del que se parte influye en la facilidad o dificultad de esta integración. Si, en sus inicios, el terapeuta

se ha formado en un modelo de psicoterapia psicoanalítica de corte más social o humanista (por ejemplo, en las líneas de pensamiento de Fromm o de Ferenczi), se hará más factible este acercamiento. Por el contrario, será más complejo y dificultoso si el terapeuta se hubiera formado en un modelo más cercano al psicoanálisis ortodoxo o a las corrientes del psicoanálisis kleiniano o lacaniano.

De igual forma, en el enfoque sistémico, influye el apego o cercanía del profesional a determinadas escuelas, en detrimento de otras corrientes dentro del mismo marco. Por ejemplo, la preferencia por las tesis transgeneracionales o por los enfoques narrativos, ayudan a realizar más fácilmente una integración con el modelo psicoanalítico. Sin embargo, en el caso de que el profesional se defina defensor de los enfoques estratégicos de la terapia familiar, verá obstaculizado este proceso por las mayores diferencias que se mantienen en sus fundamentos.

Es la aparición de los presupuestos de la segunda cibernética, lo que comienza a dar un sentido adecuado y un marco comprensivo común, a este camino de confluencia que se venía implementando por muchos profesionales de la psicoterapia en los últimos años. Con el tiempo necesario de trabajo llegan a atenuarse las dificultades o incomodidades iniciales que se originaron ante la presencia simultánea de abordajes diferentes.

Se puede señalar también cómo han evolucionado los enfoques a través del tiempo y cómo se han flexibilizado respecto a los planteamientos de las corrientes oficiales. Concretamente, son las aportaciones del psicoanálisis relacional (a través de autores como Mitchell, Greenberg, Fosshage o Wachtel) –nacidas en la tradición psicoanalítica inaugurada por Ferenczi o Adler en los primeros tiempos, y su desarrollo posterior en el Reino Unido (Winnicott, Fairbairn, Balint o Kohut) y en los EEUU (Thompson, Sullivan, Horney o Fromm)–, las que han generado todo un marco comprensivo común que, a pesar de las diferencias, permite un adopción conceptual y pragmática integradora respecto a los enfoques sistémicos.

El trabajo en psicoterapia individual desde un enfoque sistémico (De Pablo, 2018), ha permitido profundizar e incorporar las visiones de terapeutas familiares de la talla de Boscolo y Bertrando (1996), Canevaro et al. (2008), Canevaro (2010), Selvini (2000 y 2007) o Cancrini y La Rosa (1991), junto con los trabajos de aquellos otros terapeutas que se han destacado por incorporar las narrativas en el proceso terapéutico (Pakman, White, Epston, Andersen, Anderson, Goolishian o Sluzki, ente otros). El proceso natural de evolución conceptual que se ha producido en el modelo sistémico puede verse excelentemente reflejado en las reflexiones de Mara Selvini-Palazzoli, recogidas en el libro *Crónica de una investigación* (Selvini, 1990), fruto de la experiencia clínica e investigadora de toda su vida, donde destaca finalmente la importancia de retomar lo individual y lo intrapsíquico en la intervención clínica sistémica, así como de la necesidad de flexibilizar muchos de los presupuestos de los encuadres originales. En una entrevista de 1996, manifiesta:

Para expresarlo en forma simple, pienso que al modelo psicoanalítico le faltan los brazos y al sistémico las piernas. Puesto que el modelo sistémi-



co no se preocupaba por el individuo, sino por las diadas y triadas, no se preocupaba por la historia, sino por el *hic et nunc*, aquí y ahora. Pero en cambio trabajaba muy bien con las interacciones y las relaciones. Colocando juntos un modelo sin piernas y un modelo sin brazos se construye el cuerpo de un modelo completo. (Selvini, 1996, p. 19)

La importancia de rescatar lo individual, lo subjetivo, es un elemento destacado de este proceso. Montesano (2012) señala que una de las evidentes influencias de los enfoques narrativos se centra:

En el interés por la subjetividad del individuo, la identidad y los procesos de cambio ligados a ella. La causalidad lineal y la circular se compatibilizan en vez de contraponerse. El foco sobre el mundo de los significados expande considerablemente las posibilidades terapéuticas pues estos no son nunca únicos, siempre están abiertos a la transacción y pueden ser discutidos, re-definidos y re-valorizados. (p. 13)

El resultado de este viaje suscita una reflexión en torno a los espacios de integración que se han generado entre la psicoterapia psicoanalítica relacional y la psicoterapia sistémica, en especial, en su formato de intervención individual. Por ello, se propone un recorrido por aquellos elementos más significativos en ambos enfoques, que pueden facilitar una intervención terapéutica integrada del profesional.

No se pretende realizar una propuesta cerrada sino hacer patente las concordancias que surgen en este proceso integrador. De igual forma, interesa realizar planteamientos a futuro sobre cómo utilizar algunos de los elementos que puedan ser más difícilmente integrables como, por ejemplo, el trabajo con los contenidos inconscientes (por ejemplo, sueños) desde una perspectiva sistémica.

Para ello se precisa realizar un recorrido intenso en ambas perspectivas a través de ciertos elementos esenciales, a saber: el marco epistemológico, el concepto de enfermedad/salud mental, lo relacional como eje primordial de la construcción de la identidad, la posición del terapeuta y el uso de sus emociones o el trabajo narrativo en la intervención psicoterapéutica.

Tras esta introducción, se procede a analizar los dos primeros presupuestos señalados en el párrafo anterior (epistemología y psicopatología), para permitirnos observar las concordancias principales que se presentan entre el trabajo psicoanalítico relacional y el trabajo sistémico individual.

A modo de señalamiento previo, se pueden mencionar las similitudes existentes en esta propuesta con muchas de las aportaciones realizadas por las llamadas “terapias de tercera generación” en los enfoques cognitivos.

### **Lo Epistemológico. Partiendo de un Lenguaje Macro para Interpretar los Fenómenos**

Los presupuestos del modernismo y su pretensión en garantizar la certeza y la seguridad de la objetividad del método científico, coadyuvó al mantenimiento de férreas posiciones conceptuales en las diferentes corrientes psicoterapéuticas,

formas de defender cada cual su “verdad”, a través de aquellos conceptos que los cimientos teóricos, y la investigación enmarcada en ellos, iba generando.

Por ejemplo, si los conceptos freudianos de pulsión e instinto, así como las metáforas mecanicistas o energéticas, fueron revolucionarias a principios del siglo pasado; tras la aparición de las tesis posmodernas se vieron profundamente cuestionados. Del mismo modo, el “mito cartesiano de la mente aislada” implícito en la teoría freudiana se ve interpelado ante el auge de la intersubjetividad y de la importancia de lo relacional en los nuevos enfoques del psicoanálisis (Storolow, 2012). El cambio epistemológico que se produce es el que transcurre entre la esencia y la existencia, es decir, entre lo que es y viene dado (energía, libido, pulsión, instinto) respecto a lo que se construye como fruto de su relación con el mundo (relaciones de objeto, afectividad, hermenéutica, simbolismo, lenguaje).

De ahí que, en el campo del psicoanálisis, los representantes de la perspectiva relacional presenten una visión del proceso terapéutico novedoso y actualizado en contraste con los mandamientos del psicoanálisis clásico. El psicoanálisis relacional defiende la concepción de que, lo que mueve al individuo, no son los instintos o las pulsiones sexuales y agresivas, innatas y biológicamente determinadas, como defendería el psicoanálisis freudiano, sino la búsqueda de la relación con los otros (Rodríguez-Sutil, 2007). Por ello, estamos hablando de elementos constituyentes de un modelo epistemológico más cercano al socioconstruccionismo. En todos sus planteamientos es patente la idea de que, la construcción de la identidad y de la realidad relacional, no es un mero fruto de la herencia y de las estructuras innatas, sino el producto de su existencia en un contexto y de las interacciones continuas que se producen en él.

De igual forma, en el ámbito de la terapia familiar, las teorías sistémicas presentes en los padres fundadores, aún hijos de la primera cibernética, se afianzaban en una visión alimentada desde la teoría general de sistemas, con sus correspondientes metáforas constituyentes. En sus orígenes, desapareció el interés por lo intrapsíquico como reacción al psicoanálisis, hasta el punto de invisibilizarlo en las diferentes propuestas teóricas y en la práctica clínica.

El surgimiento de la segunda cibernética, en el caso de las terapias sistémicas, produce otra evidente revolución, aquella que nos recuerda la participación del observador y de su subjetividad en la percepción e interpretación de los acontecimientos. Montesano (2012) nos dice, que uno de los efectos directos de las prácticas narrativas consiste:

En el rechazo de la postura objetivista del terapeuta. El observador es parte integrante de lo observado y como tal, el terapeuta forma parte de la red de narrativas generadas en torno a un problema determinado. El terapeuta no es poseedor de la verdad, ni busca corregir las desviaciones a la norma, sino que se erige como un experto facilitador en la generación de nuevos mundos posibles y nuevas narrativas. Fruto de ello, se fomenta extensamente el estudio de los factores del terapeuta implicados en el cambio. (p.13)

Los modelos normativos estratégicos, estructurales y transgeneracionales de la terapia familiar sistémica se ven alterados por un continuo flujo de información crítica, produciéndose un giro importante en estos enfoques.

De esta forma nos encontramos, de una parte, con que se realiza la importancia del contexto relacional, social y cultural en el psicoanálisis a la vez que, de otra parte, en el enfoque sistémico, se vuelve la mirada al espacio de lo individual y lo intrasubjetivo, como si, en ambos abordajes, “pareciera que cada uno está retomando aspectos que habían sido olvidados dada la demanda y el momento histórico en el que fueron creados” (Gerstle, 2014).

La condición posmoderna genera un continuo flujo de información y modelos de vida (...) que modifican la identidad. Ésta tiende a hacerse más difusa, múltiple, fluctuante, desunida y privada que aquel centro fuerte que había sido característico en la época moderna. Estos desarrollos, junto al construccionismo social y a los enfoques que ponían al lenguaje y a la interacción social como protagonistas, generan un modo de concebir el mundo distinto a los cibernéticos de las décadas precedentes. Para éstos, cambiando el patrón de acción, se podía cambiar el modo de pensar y actuar. Los terapeutas que se adscriben al construccionismo, invierten el acento, creando la terapia más centrada sobre el lenguaje en toda la historia de la terapia familiar (2004, p. 260). Así, las raíces cibernéticas con sus residuos neopositivistas, son abandonadas a favor de una posición que se orienta hacia la crítica literaria y la hermenéutica, a la interpretación textual. De este modo el acento pasa del contexto de Bateson al texto de Derrida, y en otro nivel, se podría pensar que pasa de la familia al individuo. (Gerstle, 2014, p.12)

Ciertamente muchos profesionales han podido mantenerse en los planteamientos originales de cada uno de los modelos, no permitiendo oxigenar su práctica profesional con estos nuevos aires. Los giros que se han generado por la irrupción del posmodernismo, han permitido mayores márgenes de actuación, mayor flexibilidad y relativización en los puntos de vista de los profesionales, incrementando los procesos autorreflexivos y autocríticos como terapeutas en ejercicio.

A modo de ejemplo, Orange (2013) destaca que se ha promovido la transición a una *hermenéutica de la confianza*, dejando en un segundo término la *hermenéutica de la sospecha*, modelo imperante en la versión modernista. La hermenéutica de la sospecha –con representantes como Freud, Marx o Nietzsche– se sustenta en una relación con los objetos de estudio donde siempre existen significados ocultos que es preciso desentrañar (en psicoterapia se establece, por tanto, una relación de desconfianza). En la hermenéutica de la confianza, por el contrario, la psicoterapia debe construirse como una relación colaborativa, segura y confiable. Orange (2013), ante esto, propone una conjunción de ambas hermenéuticas, pero primando como marco de referencia la de la confianza.

En los aportes de las terapias narrativas, por ejemplo, se observa este tipo de

planteamientos, fruto del cuestionamiento implícito del marco epistemológico posmoderno. La reducción del poder del profesional, la disminución de las asimetrías presentes en la praxis profesional de la psicoterapia clásica es otro de los temas más destacados, incluyendo la transición de lo puramente narrativo a lo dialógico. “Reenfocar o cambiar lo narrativo por lo dialógico permite precisamente poner el acento en el “entre”, en el conocimiento como creación conjunta en un espacio terapéutico en que las voces del terapeuta y del paciente tengan el mismo peso” (Berezín, 2013. p. 23).

En síntesis, desde los diferentes enfoques, impregnados por la nueva epistemología, se organiza el proceso terapéutico como la construcción de un espacio compartido común, en el que tanto el terapeuta como el paciente participan activamente en lo que ocurre, facilitando de esta forma la emergencia de nuevos significados y la aparición de relatos alternativos que permiten resignificar la experiencia de los pacientes y fomentar la construcción de una identidad más saludable, liberándolos así de las restricciones y de los márgenes que imponen los relatos saturados de problemas (White y Epston, 1980).

Por ejemplo, en la terapia familiar sistémica, se empiezan a dejar de lado las clásicas hipótesis clínicas basadas en la organización y estructura familiar como explicación de los problemas, pasando a primer término la atención a la narración familiar y a sus efectos en los miembros del sistema. Se insiste en la importancia de la reescritura del relato y se abandona al sistema como explicación, buscando más la comprensión e interpretación de los acontecimientos. Terapeutas conversacionales que fomentan la colaboración en contraposición hacia aquellos terapeutas expertos que introducían *inputs* en los sistemas familiares para producir cambios.

El horizonte de comprensión de las terapias sistémicas por estos años abandona el discurso cerrado y hegemónico de sistema, y avanza hacia una comprensión hermenéutica. En este camino, los terapeutas sistémicos tienden a volverse terapeutas conversacionales y narrativos, en la medida en que se posicionan como colaboradores más que como expertos. (Gerstle, 2014, p. 13)

El psicoterapeuta que, anteriormente, ostentaba el poder/saber en la relación es invitado ahora, por ejemplo, a adoptar una posición de “ignorancia deliberada” (Anderson y Goolishian, 1992) en los modelos dialógicos de la terapia sistémica. Mientras tanto, en el psicoanálisis relacional se cuestiona la visión y relación transferencia-contratransferencia de los preceptos freudianos buscando un nuevo equilibrio donde tanto el terapeuta como el paciente son participantes del proceso, sin que sea el terapeuta el que ostenta el conocimiento sobre la verdad respecto a lo que ocurre en el paciente. Estos elementos en torno a la verdad y el poder ya fueron señalados en las tesis de Michel Foucault, que analizaba las dimensiones principales de esta relación entre verdad y poder (Morey, 1991, p. 25), a destacar especialmente la que hace referencia al uso del poder que se establece en las relaciones profesionales entre los individuos y las posiciones de privilegio que llevan

implícitas (médico-enfermo) (Rodríguez-Neira, 1995).

Es decir, el ángulo de observación novedoso que aporta el posmodernismo provoca un vuelco total en muchos de los supuestos teóricos existentes y cuestiona la praxis profesional en tanto el psicoterapeuta es parte participante del proceso. En palabras de Boscolo y Bertrando (1996):

Este importante cambio epistemológico ha ampliado y profundizado los efectos de la apertura de la «caja negra» ocurrida casi diez años antes, favoreciendo el pasaje de una visión reduccionista –basada en la importancia de las pautas de conducta– a una visión de mayor complejidad y apertura incluso hacia el mundo interno del individuo, sus historias, los significados y las emociones. (p. 40)

Como se desprende de lo señalado por Kuhn (1962) en su mítico libro *La estructura de las revoluciones científicas*, el cambio en la concepción del mundo es un elemento presente en los cambios de paradigmas y cuyos efectos pueden observarse, entre otras cosas, en las diferentes revoluciones científicas que se han venido sucediendo. El giro copernicano que se produce en el siglo XVI, de la teoría geocéntrica a la teoría heliocéntrica, es el ejemplo más evidente de lo que venimos hablando. El cambio de paradigma permite entender los consecuentes cambios que se van a producir en la ciencia y en el pensamiento de las diferentes disciplinas, en un momento determinado. Las novedosas formas de mirar el mundo y sus fenómenos aparecen como nuevos aires que hacen desaparecer determinadas restricciones y, al ampliarse los márgenes de observación, permiten contemplar nuevas perspectivas que, a su vez, generan nuevas posibilidades de estudio e investigación. La posmodernidad ha permitido la introducción de nuevos ángulos de visión de cuyos frutos nos venimos alimentando.

En el campo que nos ocupa concordamos que: “Lo que nos hace considerar los planteamientos del psicoanálisis relacional, es su aproximación hermenéutica a la psicoterapia. Aproximación que también esperamos desde una psicoterapia sistémica relacional” (Gestler, 2014, p. 45).

### **Concepción de la Salud/Enfermedad Mental. La Importancia de la Normalización y de la Visión Salutogénica de los Procesos Emocionales y Relacionales**

El modelo médico –que es el que ha primado en la percepción de las dificultades emocionales entendiéndolas como enfermedades–, ha sido muy útil para la profundización y el estudio de los llamados “trastornos mentales” en la psicología clínica y la psiquiatría. Desde las perspectivas más biologicistas y, posteriormente, desde los abordajes de la psicología conductual, cognitiva y psicoanalítica, se ha mantenido viva la noción de lo psicopatológico, es decir, del hecho de entender el sufrimiento psíquico y emocional de las personas encuadrados bajo el rótulo de “enfermedad mental”. Con el sistema nosológico de clasificación, con la descripción de síndromes y síntomas, se han realizado importantes esfuerzos en la conceptualización de la clínica psicopatológica desde el modelo lineal clásico:

diagnóstico-intervención-pronóstico. Pero este modelo de comprensión, prestado de la medicina, no permite ubicar adecuadamente los diferentes fenómenos, en torno al sufrimiento humano, que la vida psíquica presenta.

Orange (2010) va más allá cuando dice:

cada vez que caemos en la tentación de clavarle etiquetas objetivadoras a nuestros pacientes, ya sea que provengan de categorías diagnósticas o de nuestras teorías, se levanta una bandera de advertencia. Es que probablemente hemos sucumbido a una tendencia reduccionista esencialista que no acierta a ver la complejidad... (pp. 54)

La aparición de las tesis posmodernas introduce elementos disruptores en la observación, ya que los síntomas pasan a ser entendidos, ahora, no como averías que han de ser reparadas (Caillé, 1991), sino como certeros mensajes que aparecen durante el ciclo vital individual o familiar, que informan sobre el drama emocional y social del individuo y de la familia, en interrelación con la matriz social y cultural que los define, enmarca y otorga sentido.

Por ejemplo, Liberman (2014) analizando la concepción de la psicopatología presente en el psicoanálisis relacional de Mitchell (1988), señala que, “estas dificultades en el vivir” (expresión que en sí misma muestra la distancia que se establece desde esta nueva perspectiva) están más relacionadas al grado de adhesión a la matriz de las relaciones tempranas del sujeto o al grado de libertad para salir de esos patrones relacionales establecidos, que a las señaladas por el modelo médico normativo que prima en la concepción clásica de la psicopatología y del diagnóstico.

En consecuencia, esto ha supuesto una revisión de los conceptos que se manejan sobre los trastornos emocionales, entendiéndolos como síntomas de las crisis personales del desarrollo, como desajustes evolutivos ante los requerimientos sociales o familiares o como consecuencia de malas relaciones de apego, abusivas o maltratantes, en lo físico o lo emocional, producidas en edades tempranas. Mitchell (1988) dice:

si cada quien es un producto autocreado que debe ajustarse a un contexto interpersonal *sui generis*, no existe una norma genérica para medir las desviaciones. Más bien, las dificultades del vivir deben considerarse con base en el grado de “adhesión” a la primera matriz relacional y, en sentido inverso, al grado relativo de libertad para tener nuevas experiencias que permite esta fijación. (p. 317)

En cualquier caso, las tesis posmodernas nos empujan a un serio cuestionamiento de la psicopatología y, especialmente, del uso habitual del diagnóstico en la clínica psicoterapéutica. Se tiende a revisar y, por tanto, a simplificar la organización y clasificación de los denominados trastornos mentales. De las proliferas clasificaciones oficiales utilizadas habitualmente en salud mental (DSM o CIE) –por ejemplo, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.; DSM-V, American Psychiatric Association, 2014) describe un total de 216 trastornos–; se ha pasado a un acercamiento a los síntomas como sufrimiento emocional desde



una visión más normalizadora, generados en el marco de las relaciones sistémicas donde surgen. Ya De Pablo (2018), entre otros, insiste en torno al problema que genera la estigmatización y el etiquetado en el diagnóstico psicopatológico y en cómo influye en el desempeño de la intervención psicoterapéutica.

En las terapias sistémicas, por tradición más normalizadoras, han existido históricamente dos corrientes diferenciadas en torno al diagnóstico y la psicopatología (Pereira, 2013). Una, la antropológica, que parte de Bateson y las escuelas estratégicas, caracterizada por rechazar el diagnóstico psiquiátrico o considerarlo irrelevante, y que cuenta con representantes como Haley y Watzlawick o, más actualmente, los terapeutas socioconstruccionistas, narrativos y/o dialógicos, como Anderson, Goolishian o Seikkula. Estos parten de una premisa: “no hay una idea de patología individual o relacional, sino problemas existenciales que se sustentan entre familia/pareja/paciente y terapeuta” (Pereira, 2013, p. 181).

La otra corriente, iniciada por Jackson, está presente en otros autores del enfoque familiar sistémico, por ejemplo, en las corrientes transgeneracionales, como es el caso de Bowen, o en otros notables representantes de la terapia familiar como son Selvini-Palazzoli o Cancrini. En este caso, se opta por destacar la necesidad de un diagnóstico relacional, es decir, se procura vincular la psicopatología con los modos de funcionamiento relacional del sistema familiar. En palabras de Pereira (2013):

El planteamiento de desarrollar una «psicopatología relacional» es apasionante. Se trata de sustituir las descripciones fenomenológicas de los signos y síntomas que nutren la psicopatología tradicional por las disfunciones, trastornos y conflictos relacionales, especialmente los asociados con la familia de origen, que estarían en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos relacionales. (p. 182)

Por su valor, se pueden resaltar las aportaciones de Cancrini, quien, a pesar de respetar la tradición psiquiátrica, incide en la necesidad de poner en valor lo que llamaríamos las grandes áreas de la psicopatología, a saber: el área de las reacciones, el área de las neurosis, el área de las transiciones y el área de los desarrollos, en contra de la profusa y obsesiva descripción de múltiples síndromes y diagnósticos de la que se hace gala en los manuales oficiales. Cancrini (Cancrini y La Rosa, 1991), uniendo la tradición de la psiquiatría clásica (Jaspers), del psicoanálisis (Laplanche, Pontalis, Kernberg y Bergeret) y de los abordajes transgeneracionales de la terapia familiar (Bowen), realiza una propuesta integral muy coherente y ordenada, especialmente útil cuando trabajamos en psicoterapia familiar o individual (De Pablo, 2018). Esto es así porque, en gran medida, el trabajo terapéutico no requiere de un excesivo nivel de concreción y ajuste en el diagnóstico, a pesar de lo que las clasificaciones nosológicas oficiales proponen e imponen. Por el contrario, puede considerarse contraproducente este sobre esfuerzo dirigido al diagnóstico. Sin entrar en profundidad en este aspecto, a modo de ejemplo, se pueden resaltar las palabras de Gøtzsche (2020): “incluso los diagnósticos más serios son altamente inciertos” (p. 23).



No debe confundir al lector la tesis que se viene planteando, la amplia investigación realizada durante tantos años en torno al diagnóstico psicopatológico y a las intervenciones psicoterapéuticas más pertinentes o adecuadas en cada caso; es de máxima importancia y valor. Se pueden incorporar muchas de sus conclusiones, pero es preciso recordar que el diagnóstico no es un elemento tan fundamental en el proceso psicoterapéutico, es decir, no se requiere tener un diagnóstico tan detallado para la intervención en psicoterapia. Sí se necesita, y esto es básico, tener una visión abierta de la situación estructural y de desarrollo emocional del paciente, más en la línea de prevenir al profesional de ciertos posibles movimientos y respuestas que puedan aparecer en el proceso psicoterapéutico. Por ejemplo, una persona que presente trastornos graves de la personalidad va a poner en funcionamiento toda una serie de conductas y reacciones defensivas, intensas y perturbadoras, que el terapeuta debe estar preparado para entender y atender.

De ahí que se apueste por visualizar lo psicopatológico desde una perspectiva diferente, entendiendo a los trastornos desde su ubicación dentro de unas áreas estructurales amplias (neurosis, psicosis, límites), como han defendido Cancrini y La Rosa (1991) o De Pablo (2018), que nos permita reconocer, a rasgos generales, las posibles dificultades que el proceso psicoterapéutico puede presentar sin quedar atrapados en el etiquetado diagnóstico. Pensemos, pues, el diagnóstico como un acercamiento a la situación del sujeto, pero sin que esa definición sea rígida ni fija, por el contrario, se precisa, y es especialmente importante, que el diagnóstico sea flexible y mutable a través del tiempo, que nos acerquemos al tipo de dificultades del paciente y a la posibilidad de que este diagnóstico pueda ser modificado y evolucionar en el tiempo.

En psicoterapia psicoanalítica hay apuestas interesantes como la que hace Killungmo (1989). Este autor incide en plantear la psicopatología como la manifestación de un fracaso en conseguir un balance óptimo, centrándose en dos ámbitos: el primero, que denomina patologías del conflicto, es decir, “trastornos psicológicos que reflejan la consolidación de estructuras patológicas que operan rígidamente para restringir el campo subjetivo de la persona (patologías de la rigidez de las defensas)” (Ávila-Espada, 2009). Y, en segundo lugar, las que denomina patologías del déficit, es decir, aquellas que “reflejan déficits por la insuficiencia o el fracaso de la estructuración evolutiva a la hora de consolidar el mundo subjetivo (Stolorow y Lachmann, 1980), organizaciones psicológicas proclives, según Kohut, a la autofragmentación, requiriendo la inmersión en objetos y vínculos arcaicos del self, que necesita ser sostenido en su precaria cohesión” (Ávila-Espada, 2009).

A la postre, lo que se propone por el autor es una clasificación entre los que denominaríamos trastornos en el ámbito neurótico (patologías del conflicto) y trastornos en el ámbito límite o psicótico (patologías del déficit).

Liberman (2014), citando a Sullivan (1950), insistía en no estudiar al individuo aisladamente sino al “campo interpersonal” en que está inserto, y aclaraba su concepto social de la mente:

porque no es el estudio de un individuo imposible que sufre trastornos mentales, sino el estudio de los trastornos en las relaciones interpersonales que son visibles en una persona en particular. El único contexto significativo de comprensión y estudio es, por tanto, el campo interpersonal. (Lieberman, 2014, p. 48)

Los patrones repetitivos mantienen al paciente dentro del reino de lo familiar, apegado a patrones ficticios que lo protegen de la ansiedad asociada al crecimiento y a las nuevas experiencias.

Por otra parte, el psicodiagnóstico puede suponer un claro ejemplo de práctica de poder, de “poder-saber” en el sentido expresado por Foucault, ya que su establecimiento, y el etiquetado que conlleva (desde el déficit, la carencia y la no competencia), no fomenta la libertad del individuo ni facilita su rebelión contra la imposición que supone. En muchos casos, el diagnóstico psiquiátrico implica, para el individuo, ser clasificado con una categorización negativa y, por tanto, desposeído de las propias capacidades y de la propia voz. No debe olvidarse el posible efecto cosificador del diagnóstico psicopatológico y, en muchos casos, su carácter yatrogénico. Como diría Foucault (1986):

Esta forma de poder se ejerce sobre la vida cotidiana inmediata, clasifica a los individuos en categorías, los designa por su individualidad propia, los ata a su identidad, les impone una ley de verdad que deben reconocer y que los otros han de reconocer en ellos. (citado por Rodríguez-Neira, 1995, p. 168)

También encontramos comentarios centrados en la poca utilidad del diagnóstico para el ejercicio de la psicoterapia como, por ejemplo, los expresados por Mirapeix (2017) cuando señala:

Muchos años de práctica clínica en psicoterapia, y con la experiencia de ser a su vez psiquiatra, me permiten llegar a una conclusión compartida con otros muchos profesionales: el diagnóstico clínico nos informa muy poco acerca de la tarea que tenemos por delante en un tratamiento psicoterapéutico. (p.16)

El autor enfatiza la necesidad de realizar un trabajo transdiagnóstico, término polisémico que es cada vez más empleado y que termina definiéndose como una labor más centrada en las variables presentes en los trastornos emocionales que en modelos de intervención basados en los cuadros o síndromes específicos.

En las terapias narrativas de los enfoques sistémicos ocurre algo similar. Si se analiza, por ejemplo, el trabajo de White (1994), autor manifiestamente crítico en este tema, puede observarse cómo entiende que el psicodiagnóstico:

y su red de significados forman parte de los discursos sociales opresivos que generan y mantienen la patología. Entiende que los trastornos psicológicos son consecuencia de los efectos opresivos y alienantes que las creencias y discursos sociales tienen en las narrativas personales. (Montesano, 2012, p. 18)

En síntesis, la posmodernidad ha sido muy crítica con los discursos de poder

y, en el campo de la salud mental, especialmente, con la nosología psicopatológica, el diagnóstico y los tratamientos con psicofármacos. Clasificación con etiquetado negativo y desvalorización de las capacidades y competencias, son las consecuencias derivadas del psicodiagnóstico y de los tratamientos implementados por la psiquiatría o la psicología clínica. Los psicofármacos o las terapias aversivas pueden ocasionar efectos secundarios negativos, reacciones adversas y una nefasta cronificación.

En justa correspondencia con el punto anterior, las corrientes posmodernas han insistido en trabajar las competencias y recursos de los pacientes y las familias como el camino más adecuado, obviando así la patología, las carencias y los problemas. En alguna medida, es lo que se ha llamado en epígrafes anteriores trabajar desde una *hermenéutica de la confianza* (Orange, 2013), a diferencia de la hermenéutica de la sospecha propia del modernismo. Centrarse en los logros y competencias pretende amplificar los relatos que construyen una identidad positiva.

En los enfoques psicoanalíticos relacionales, el propio Wachtel (2020), desde su modelo cíclico, recuerda uno de los obstáculos principales para una psicoterapia efectiva: el profesional que se enfoca en lo patológico, obviando las fortalezas del paciente. Además, recuerda cómo esta visión desde lo patológico hace que el paciente se sienta expuesto emocionalmente, desalentado y que incremente sus “resistencias” con el terapeuta.

En estos casos, se rescatan de la tradición psicoanalítica aquellas visiones más optimistas. El psicoanálisis relacional prefiere destacar las conceptualizaciones de autores pioneros como Ferenczi, inspirador de la escuela inglesa, cuyos presupuestos consiguieron situarse en un espacio diferenciado de la herencia freudiana. De esta línea, más centrada en lo social (Adler) y lo relacional, surgieron autores del peso de Balint, Winnicott, Guntrip, Bowlby y Fairbairn. En EEUU, en esta misma apuesta conceptual, se encuentran terapeutas de la talla de Thompson y los componentes del *William Alanson White Institute* de Nueva York (Sullivan, Fromm y Horney).

Kohut (1982), es otro de los autores a considerar, por ejemplo, cuando se basó en el mito de la Odisea, proponiendo a la figura de Ulises y a su hijo Telémaco, como una alternativa a la constelación del Complejo de Edipo freudiano (Fosshage, 2002). Esta perspectiva –que posteriormente se ha visto reformulada como el Complejo de Telémaco por el psicoanalista italiano Massimo Recalcati (2013)– modifica radicalmente los aspectos medulares de los enfoques psicoanalíticos, dando a modo de ejemplo una mayor riqueza, complejidad, bondad y profundidad a las características de la relación paterno-filial (De Pablo, 2021).

De igual forma, las terapias sistémicas, especialmente las derivadas del construccinismo social y de los enfoques narrativos, han insistido vehementemente sobre los riesgos de la focalización en los problemas o en las dificultades. Las terapias breves centradas en las excepciones o en las soluciones (De Shazer, Hudson O’Hanlon o Weiner-Davis) son ejemplos de esta perspectiva, aunque la encontramos también en todos los abordajes narrativos de la psicoterapia sustentados en la necesidad de la coconstrucción de relatos alternativos –centrados en los recursos

y las competencias— y, por ende, en la deconstrucción de los relatos saturados del problema (White, Epston, Anderson y Goolishian, Andersen, entre otros).

En la misma dirección terapeutas familiares como el francés Ausloos (1995) centran el trabajo psicoterapéutico en destacar los recursos y competencias de la familia o Cyrulnik (2001), profundizando en las capacidades resilientes de los individuos y de los sistemas.

En la terapia individual sistémica, se propone sustituir el diagnóstico psicopatológico por un diagnóstico relacional (cómo la red de relaciones del sujeto y sus características, afectan o generan sufrimiento emocional) o por un diagnóstico metafórico (centrado en la conformación de un relato o narración analógica a la situación vivencial y relacional del paciente) (De Pablo, 2018).

### Conclusiones

En el presente artículo se ha expuesto cómo el cambio epistemológico posmodernista, presente desde mediados del siglo XX, ha permitido el acercamiento del psicoanálisis relacional y de la psicoterapia individual sistémica, a través de la generación de presupuestos teóricos más afines que pueden ser compartidos, a pesar de las diferencias existentes en los enfoques originales, y de los que pueden deducirse líneas concordantes para la intervención psicoterapéutica. Lo epistemológico se convierte en marco común, permitiendo el uso de lenguajes y presupuestos teóricos similares.

En segundo lugar, se puede destacar la visión unificada de ambos abordajes en torno al concepto de salud/enfermedad mental, siendo coincidentes en señalar la necesidad de normalizar los trastornos y reducir la importancia del diagnóstico psicopatológico para la intervención en psicoterapia al no ser este un aspecto sustancial del proceso.

Se procura, en los dos enfoques, normalizar la emergencia sintomática, incidiendo en las capacidades, recursos y competencias de los pacientes y de las familias, para la mejora de su desarrollo emocional y social, en vez de centrarse en las patologías, los déficits y las carencias. Por tanto, se justifica la necesidad de incidir en la despatologización y desmedicalización de la salud mental. Las propuestas derivadas de este planteamiento, caminan en la dirección de entender la sintomatología de los individuos como reflejo de las crisis vitales que atraviesan y de las crisis que concurren en los sistemas en los que están insertos. Se destaca, por tanto, la importancia del contexto para comprender los trastornos emocionales.

En justa correspondencia, se insiste en defender una visión salutogénica y positiva de la emergencia sintomática, así como de la creencia en la presencia de recursos y competencias en los individuos y en las familias para abordar sus dificultades y mejorar la eficacia en la intervención terapéutica.

Por último, hay otros elementos que se proponen en la introducción de este artículo como importantes en la confluencia entre ambos abordajes, que podrán ampliarse en futuros trabajos. Son, al menos, los siguientes:

- a) La preeminencia conceptual de la matriz o trama relacional como base para la construcción de la identidad individual y de los patrones relacionales. La importancia de lo contextual y del marco relacional como sustento medular de la constitución identitaria de los individuos; incorporando una visión desde la complejidad (Morin) y desde la perspectiva sistémica familiar. La multicausalidad presente, así como la circularidad de los fenómenos relacionales que concurren en un contexto determinado, aparecen como los elementos que forjan la identidad de los individuos: las relaciones de apego (Bowlby), la construcción social de la personalidad y los relatos o narrativas construidas en los sistemas significativos de referencia.
- b) La posición más democrática y simétrica de los profesionales en la relación psicoterapéutica. La recolocación de la figura del terapeuta, derivada de este proceso de cambio epistemológico, ha supuesto: primero, el reconocimiento de su inevitable influencia en los procesos terapéuticos en los que participa y, segundo, la reducción de la asimetría existente, rebajando sensiblemente el poder/saber que se adjudicaba al profesional, en beneficio de un saludable empoderamiento de los pacientes. De igual forma, se puede incidir en la importancia que adquieren las emociones en la relación terapéutica, tanto en los pacientes como en los profesionales.
- c) El final de las restricciones a la hora de utilizar técnicas y/o herramientas provenientes de los diferentes abordajes terapéuticos –nacidas en las terapias de primera y segunda generación– y que, sin complejos, pueden ser incorporadas a los procesos psicoterapéuticos en base a la utilidad que hayan demostrado en cada caso. Aquí se puede reseñar, quizás como elemento esencial común, la presencia del trabajo narrativo en psicoterapia (deconstrucción y coconstrucción de relatos), la importancia de la resignificación de acontecimientos vitales y la concepción de la psicoterapia como proceso de reescritura.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Paidós.
- Ausloos, G. (1995). *Las capacidades de la familia*. Herder.
- Ávila-Espada, A. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica relacional: Conceptos fundamentales y perspectivas* [Conferencia]. Simposio Interpsiquis 2009, 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/la-psicoterapia-psicoanalitica-relacional-conceptos-fundamentales-y-perspectivas/>
- Berezín, A. (2013). *La perspectiva dialógica en psicoterapia sistémica, avanzando hacia una integración entre la experticia del cliente y la experticia del terapeuta: un estudio exploratorio del saber en torno a una sesión de ingreso*. [Trabajo de Máster en Psicología Clínica de Adultos. Santiago de Chile, Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/131033>
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia sistémica individual*. Amorrortu.
- Caillé, P. (1991). *Uno más uno son tres*. Paidós.

- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *La caja de Pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología*. Paidós.
- Canevaro, A. (2010). *Terapia Individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Morata.
- Canevaro, A., Selvini, M., Lifranchi, F. y Peveri, I. (2008). La terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi: un protocollo integrato per pazienti richiedenti e competenti [La terapia individual sistémica con la participación de los familiares significativos. Un protocolo integrado para pacientes consultantes y competentes]. *Psicobiettivo*, 2008(1), 1-24.
- Cyrułnik, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa.
- De Pablo, J. M. (1996). Enfoques diversos, métodos distintos y práctica psicoterapéutica. *Revista Sistemica*, 1, 93-105.
- De Pablo, J. M. (2018). *Psicoterapia individual desde una perspectiva sistémica integradora*. Letrame.
- De Pablo, J. M. (2021). *El ciclo de Andros: masculinidad, paternidad y psicoterapia*. Letrame.
- Fosshage, J. L. (2002). Una perspectiva relacional basada en la psicología del Self. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(2), 333-353. <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2016.100201>
- Gerstle, V. (2014). *Psicoterapia Sistémica Relacional Hermenéutica: Hacia una reflexión de la relación y la constitución subjetiva en la Terceridad Sistémica* [Trabajo Fin de Máster en Psicología Clínica Adultos, Universidad de Chile, Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135481/Gerstle%20%20V.%20-%20TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Gøtzsche, P. C. (2020). *Kit de supervivencia para la salud mental y retirada de psicofármacos*. Dinamarca, Instituto para la Libertad Científica.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique [Conflicto y déficit: implicaciones para la técnica]. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.
- Kuhn, T. S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- Lieberman, A. (2014). *Interacción y proceso psicoanalítico. La contribución de Stephen A. Mitchell* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, España]. <http://hdl.handle.net/10486/661867>
- Mirapeix, C. (2017). La integración más allá del diagnóstico: aplicación de los nuevos modelos transdiagnósticos. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 15-38. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.198>
- Mitchell, S. A. (1988). *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: una integración*. Siglo XXI.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 5-50. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.638>
- Moreno, A. (2009). Teoría relacional y la práctica de la psicoterapia [Wachtel, P. (2008)]. *Aperturas Psicoanalíticas*, 31.
- Morey, M. (1991). *Introducción a tecnologías del yo y otros textos afines de M. Foucault* [M. Allendesalazar, Trad.]. Paidós.
- Orange, D. M. (2010). *Pensar la práctica clínica. Recursos filosóficos para el psicoanálisis contemporáneo y las psicoterapias humanistas*. Cuatro Vientos.
- Orange, D. M. (2013). El extraño que sufre: actitudes para la comprensión y la respuesta clínica cotidiana. *Clínica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia*, 7(1), 33-34.
- Pakman, M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Coord.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 359-377). Síntesis.
- Pereira, R. (2013). Psicopatología y terapia familiar: una relación compleja. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 175-183.
- Recalcati, M. (2013). *El Complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*. Anagrama.
- Rodríguez-Neira, T. (1995). Poder y saber (la micropolítica foucaultiana y la práctica escolar). *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 7(14), 163-181.
- Rodríguez-Sutil, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 1(1), 9-41.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Paidós.
- Selvini, M. (1996). Ética y responsabilidad en psicoterapia. Entrevista a Mara Selvini Palazzoli. *Mosaico*, 6, 17-19.
- Selvini, M. (2000). Hacia un modelo individual-relacional. *Revista Redes*, 6, 11-24.
- Selvini, M. (2001). El futuro de la psicoterapia. Aprender de los errores. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, 9-21.
- Stolorow, R. D. y Lanchmann, F. M. (1980). *Psychoanalysis of developmental arrests: Theory and treatment [Psicoanálisis de las detenciones del desarrollo: teoría y tratamiento]*. International Universities Press.
- Wachtel, P. L. (2020). Repensando la interpretación: Narrativas explicativas, narrativas de posibilidad y la necesidad de promover nuevas acciones en el mundo. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 14. <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/10-paulwachtel.pdf>

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1980). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.



# PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA Y LA IDEACIÓN SUICIDA

## PERSON-CENTERED PSYCHOTHERAPY AND SUICIDAL IDEATION

**Alejandro López Marín**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1482-0515>

Espacio ECP - Núcleo de estudios y formación en psicología humanista. Chile

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López, A. (2021). Psicoterapia centrada en la persona y la ideación suicida. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 89-103. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.574>

### Resumen

*El presente artículo corresponde a un ensayo teórico que explora el trabajo centrado en la persona con clientes que presentan ideación suicida. Inicialmente se presenta un panorama general sobre el suicidio, luego, se plantea una mirada comprensiva sobre el fenómeno de la ideación suicida desde el enfoque centrado en la persona, y, finalmente, se plantean algunas reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico para trabajar con personas que presentan ideación suicida. Se concluye que este enfoque puede contribuir al trabajo terapéutico en personas que presentan ideación suicida, y, por lo mismo, la necesidad de realizar mayores investigaciones sobre el tema.*

**Palabras claves:** *enfoque centrado en la persona, Carl Rogers, suicidalidad, ideación suicida, psicoterapia centrada en la persona*

### Abstract

*This article regards to a theoretical work in which person-centered approach with suicidal ideation people was analyzed. First of all, it is introduced a general panorama on suicide. After that, a comprehensive look at the suicidal ideation phenomenon is presented through a person-centered approach. At the end, the article offers some reflections on the psychotherapeutic process to work with suicidal ideation people. It is concluded through this article, that this approach can contribute to therapeutic work in people who present suicidal ideation, and, therefore, the need for further research on the subject.*

**Keywords:** *person-centered approach, Carl Rogers, suicidality, suicidal ideation, person-centered psychotherapy*



El suicidio es un tema definitivamente sensible y complejo, en las últimas décadas ha tenido un aumento considerable en Sudamérica, a pesar de las estrategias de prevención y las políticas públicas que se implementan. En general, el suicidio es un tema tabú, por lo que existe escasa información en la población, que es proclive a diversos mitos respecto al tema (Ministerio de Salud de Chile, 2019).

El suicidio no tiene una etiológica única, es básicamente multifactorial, por lo tanto, el trabajo de prevención requiere un abordaje integral y multidisciplinario (Mora et al., 2019), además, esto requiere de un entrenamiento y formación específica, no sólo de profesionales de la psicología, sino de otros actores de la salud, de la medicina, trabajo social, enfermería, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021) la mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios. El suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 15 y 29 años.

Los datos señalan que una persona muere por suicidio cada 40 segundos, más de 700.000 personas al año aproximadamente (Organización Mundial de la Salud, 2021). De las personas que intentaron suicidarse y fallaron, se estima que una tercera parte vuelve a intentarlo en el año siguiente (Alfonso, 2014). También, existe una fuerte asociación entre quienes repiten un intento suicida y quienes lo consuman (Azcárate-Jiménez et al., 2019).

La suicidalidad incluye un continuo que va desde la a) ideación suicida, la cual abarca pensamientos sobre la muerte o sobre morir, deseos de morir, pensamientos de hacerse daño, e incluso un plan específico para suicidarse; b) el intento de suicidio, implica una serie de conductas o actos con los que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación; y el c) suicidio consumado, que se refiere al término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida (Ministerio de Salud de Chile, 2012).

Entre los factores de riesgo respecto al suicidio, podemos encontrar los aspectos socioeconómicos, disfunciones familiares, falta de redes de apoyo, consumo de drogas, características personales, entre otros (Tizón, 2016). Además, la evidencia señala que un 90% de las personas que intentan el suicidio presentan un diagnóstico de salud mental, de los cuales entre el 40 y 70 % son cuadros depresivos (Echeburúa, 2015). Entre los factores protectores se puede encontrar un adecuado soporte familiar, relaciones interpersonales saludables, sistema de creencias y espiritualidad, habilidades personales para enfrentar las dificultades de la vida, entre otros.

En general, el tema del suicidio causa controversia y suele ser un tema de difícil abordaje para los psicólogos y profesionales de salud en general, muchas veces por falta de preparación, creencias personales y prejuicios respecto a las personas que hacen intentos o presentan ideación suicida.

En psicología, en el nivel de pregrado habitualmente no existen espacios formativos para la intervención clínica en personas con riesgo de suicidio. Esto

también suele ocurrir en otras profesiones de salud y de ciencias sociales. Además, es necesario comprender que no se trata sólo de aprender procedimientos y técnicas, sino que implica un entrenamiento a nivel personal, es decir, de la persona del terapeuta. Por lo tanto, no sólo sería necesario instaurar capacitación teórica, sino un entrenamiento experiencial.

Respecto a la psicología humanista, es importante señalar que no se trata de un enfoque psicológico que tenga un núcleo común, más bien, es un conglomerado que reúne a un grupo de modelos psicológicos con algunos puntos de encuentro centrales (López, 2018, 2019; Valdivia, 2019). Los elementos en común se relacionan con una visión del ser humano como un individuo autónomo, responsable de sus actos, holístico, y capaz de desarrollar sus potencialidades. El enfoque centrado en la persona (ECP) es uno de estos modelos que pertenece a la denominada psicología humanista.

El enfoque centrado en la persona surge de la investigación, Carl Rogers fue un pionero en la investigación en psicoterapia y quien desarrolló este modelo a comienzos de los años cuarenta (Carrenho et al., 2010). La obra de Rogers tuvo una constante evolución, inicialmente se denominó terapia no directiva, luego como psicoterapia centrada en el cliente y en la última década y hasta la actualidad como enfoque centrado en la persona (Castelo, 2019; Cury, 1987; Hart, 1970; Moreira, 2010; Wood, 1983). Esta última denominación surge considerando que este enfoque se puede aplicar a diferentes esferas del quehacer psicológico, e incluso en otras áreas como la educación, mediación de conflictos, etc. La psicoterapia centrada en la persona sería la aplicación del enfoque centrado en la persona al quehacer psicoterapéutico.

El presente artículo corresponde a un ensayo teórico basado en la experiencia clínica del autor, y la revisión de la teoría del enfoque centrado en la persona clásica y contemporánea, con el objetivo de comprender las posibilidades terapéuticas que ofrece este enfoque para trabajar con población en riesgo de suicidio en el contexto psicoterapéutico. A partir de este propósito, se busca responder las siguientes interrogantes: ¿existe un modo específico desde la psicoterapia centrada en la persona para trabajar el riesgo suicida? ¿cómo puede aportar el enfoque centrado en la persona al trabajo psicoterapéutico con personas que están con riesgo suicida?

Para responder estas interrogantes, se realizó inicialmente una contextualización y descripción de la teoría básica del Enfoque Centrado en la Persona de Carl Rogers. A continuación, se plantean algunas ideas sobre la comprensión del suicidio desde este enfoque, a la luz de su teoría. Y, finalmente se plantean algunas propuestas para trabajar el riesgo de suicidio en el espacio psicoterapéutico individual.

La importancia de este escrito radica en dos elementos claves, en primer lugar, la literatura académica en español sobre el suicidio desde el enfoque centrado en la persona es sumamente escasa; en segundo lugar, tal como se ha señalado, las estadísticas sobre el suicidio no son alentadoras, por este motivo se hace imperioso seguir explorando posibilidades para trabajar este tema desde la psicología clínica

y la psicoterapia. Y en este sentido, la psicoterapia centrada en la persona ofrece posibilidades para el abordaje y acompañamiento de estas experiencias.

### **Enfoque Centrado en la Persona**

Entre diversas influencias epistemológicas en el pensamiento de Carl Rogers, es prudente considerar el contexto donde se forma y desarrolla. En este sentido, Rogers se forma cómo terapeuta e investigador en un contexto donde es influenciado por la psicología funcionalista y pragmática estadounidense, la teoría de la gestalt alemana (Castelo, 2019), y algunos autores neo-freudianos como Karen Horney y Otto Rank (Castelo et al., 2016). También es importante considerar el contexto histórico estadounidense (Meireles et al., 2018).

El enfoque centrado en la persona surge a través de la investigación científica, a mediados de los años 40, con Carl Rogers en la Universidad de Chicago y luego de Wisconsin (Castelo y Cirino, 2016; López, 2020). Estos estudios fueron claves para demostrar con evidencia que los psicólogos clínicos podían practicar la psicoterapia con éxito, ya que hasta ese momento sólo podía ser ejercida por médicos psicoanalistas y psiquiatras (P. Castelo, comunicación personal, julio de 2020). Los psicólogos en general se dedicaban a la investigación, y la práctica aplicada se relacionaba con la aplicación de diversas pruebas psicológicas y procesos muy breves de consejería u orientación.

La psicoterapia centrada en la persona proporciona la posibilidad de acompañar empáticamente a personas que viven diversas experiencias, privilegiando el encuentro genuino y en profundidad (Rogers, 1961). Este enfoque prioriza la relación por sobre las técnicas, y ese sentido aporta una mirada opuesta a otros modelos que plantean intervenciones estandarizadas, sin considerar la particularidad de la experiencia humana.

Rogers fue descubriendo que, si el terapeuta facilita un clima psicológico apropiado, el proceso terapéutico ocurriría de forma favorable (Rogers y Kinget, 1962). Para que este clima esté presente existen ciertas condiciones terapéuticas que se espera sean parte de las actitudes esenciales mostradas por el psicoterapeuta centrado en la persona, estas son, a) comprensión empática, b) consideración positiva e incondicional y c) congruencia (Rogers, 1959). Además, Rogers (1957) describe tres condiciones más para que el proceso terapéutico sea eficaz, a) contacto psicológico, b) el cliente se encuentra en un estado de incongruencia, c) el cliente percibe las actitudes del terapeuta.

El enfoque centrado en la persona ha seguido su su evolución con varias líneas de desarrollo, entre ellas, el modelo experiencial de Eugene Gendlin, la pre-terapia de Garry Prouty (1994, 1997, 2007), incorporación de perspectivas fenomenológicas-existenciales (Segrera, 2008), la terapia de juego centrada en el niño de Virginia Axline (Axline, 1975), la conexión creativa de Natalie Rogers (Rogers, 1993), entre otros.

## El Concepto de Organismo

El enfoque centrado en la persona tiene una visión integral del ser humano, en este sentido, define al individuo como un organismo, que refiere a un “sistema total que funciona en el individuo y es el lugar de todas sus experiencias, simbolizaciones de conciencia, pensamientos, emociones y percepciones” (Castelo, 2019, p. 53).

Esta noción contiene elementos biológicos, funciones psicológicas básicas y un aspecto relaciona. El ser humano es individual y relacional/social a la vez.

## La Tendencia Actualizante

Para Carl Rogers (1959) la tendencia actualizante define que “todo organismo tiene la tendencia innata a desarrollar todas sus potencialidades para conservarlo o mejorarlo” (p. 24). La tendencia actualizante es la única fuerza de motivación (Mearns y Thorne, 2009), está siempre presente en el individuo, independiente su contexto y sus cualidades personales (Rogers y Kinget, 1962).

Sobre la tendencia actualizante, a considerar:

No es una visión ingenua de los seres humanos como “seres salvajes”, ni es un juicio de valor de que las personas sean intrínsecamente buenas. El crecimiento no está en el ámbito de la moral; tiene que ver con el desarrollo y la adaptación, no con el bien y el mal. La tendencia al crecimiento, pues, es esencialmente una tendencia biológica hacia la supervivencia y la satisfacción de las propias necesidades en el ambiente social complejo. Funciona como parte de un proceso dialéctico de restablecimiento constante del equilibrio entre un organismo y su ambiente siempre cambiantes, y al hacerlo, aumenta el bienestar del organismo. Los seres humanos, además de estar orientados hacia el crecimiento, tiene la capacidad de elegir y esto es lo que determina, en último término, si sus acciones son buenas o malas. (Greenberg et al., 1996, p. 96)

A partir de estas definiciones, se puede plantear tres reflexiones importantes, a) la tendencia actualizante está funcionando, en cualquier problema humano, incluido en la ideación suicida; b) la tendencia actualizante no define que el organismo siempre va a lograr desarrollar todo su potencial, c) las condiciones ambientales y relacionales influyen considerablemente, y son un aspecto importante en el desarrollo de las personas; d) el individuo tiene la posibilidad de elegir y tomar decisiones, y decide según como percibe la realidad.

## La Noción del Yo

La noción del yo es definida como “una estructura perceptual, es decir, un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren al sujeto” (Rogers, 1959, p. 30). Esto significa que las personas organizan parte de su experiencia en una estructura organizada, que se compone de percepciones acerca de sí mismo, de los demás y del entorno en general.

Rogers (1951) plantea que “la conducta es básicamente el esfuerzo intencional

del organismo por satisfacer sus necesidades tal como las experimenta, en el campo tal como lo percibe” (p. 417). Entonces, las personas actúan de acuerdo con como perciben la realidad, es decir, toman decisiones y realizan las acciones que crean necesarias y favorables para sí misma, desde su marco de referencia, no desde una realidad objetiva.

Rogers (1951) señala que “el mejor punto de vista para comprender la conducta es desde el propio marco de referencia del individuo” (p. 419). Esta definición, entre otras, fundamentan la práctica habitual de un psicoterapeuta centrado en la persona, donde prioriza trabajar desde la experiencia del consultante, o, dicho de otro modo, desde el marco de referencia del consultante, sin buscar imponer el propio.

Es importante señalar que este conjunto organizado de percepciones puede ser más de uno. Algunos autores lo denominan pluralidad del sí mismo o configuraciones del self, es decir, la persona parece funcionar en distintas partes, voces internas, o configuraciones (Mearns y Thorne, 2009).

### **Congruencia e Incongruencia**

Una persona congruente percibe las experiencias tal como ocurren, sin negarlas o distorsionarlas, está abierto a las nuevas experiencias, su centro de valoración es su propia experiencia (Rogers y Kinget, 1962). Por lo tanto, está menos determinado por valoraciones externas. Como señala Rogers (1959) la persona que funciona plenamente está constantemente cambiando, adaptándose creativamente y actualizándose.

En ocasiones, cuando una experiencia no coincide con la noción de yo que tiene el individuo, esta tiende a ser ignorada, negada o distorsionada (Rogers y Kinget, 1962), esto puede ocurrir cuando la experiencia es demasiado abrumadora, compleja y/o dolorosa de aceptar. Este proceso da cuenta de un estado de incongruencia, es decir, existe una “discrepancia entre la noción del yo y la experiencia del organismo” (Rogers, 1959, p. 34).

En el caso de la incongruencia, el individuo está vulnerable a la angustia y la desorganización (Rogers, 1959). Rogers (1951) describe que “cualquier experiencia incompatible con la organización o estructura de la persona puede ser percibida como una amenaza, y cuanto más numerosas sean estas percepciones, más rígidamente se organizará la estructura de la persona para preservarse” (p. 436). El mismo autor señala que “en ausencia total de amenaza para la estructura del sí mismo, se pueden percibir y examinar experiencias incompatibles, y se puede revisar la estructura de sí-mismo para asimilar e incluir tales experiencias.” (Rogers, 1951, p. 437). La incongruencia es un proceso que ocurre frente a la percepción subjetiva de experiencias amenazantes. Esto no quita que eventualmente las situaciones sean objetiva y legítimamente amenazantes o dolorosas.

### **Ideación Suicida desde el Enfoque Centrado en la Persona**

En la ideación suicida se puede comprender que el consultante se encuentra en un estado de vulnerabilidad, es decir, en un estado de incongruencia que manifiesta el peligro a la desorganización. Este estado puede ser gatillado por factores ambientales, interpersonales y/o personales. Schmid (2014) plantea que el sufrimiento se comunica a través de síntomas, y estos síntomas indican que ha fallado el proceso de alcanzar la congruencia o autenticidad, y que se necesita ayuda para aquello, por lo tanto, el síntoma es una forma de ser visto y de pedir ayuda.

La persona percibe la opción del suicidio como la única salida, tiene la idea de que la vida no se puede vivir de otra manera. El suicidio es una forma de lidiar con la angustia, y una manera desesperada de apropiarse de la vida (Dutra, 2001).

Desde el enfoque centrado en la persona, la ideación suicida no es una tendencia innata hacia la autodestrucción, sino una forma de buscar salida al sufrimiento. Esto se puede observar en relatos en el espacio terapéutico como: “si lo hago, voy a estar mejor”, “suicidándome, dejaré de sufrir”, “si estuviera muerta/o estaría feliz junto a Dios”, “si muero, dejaré de hacer sufrir a mis seres queridos”.

Nadie querrá morir si percibe que la vida es valiosa o hay esperanzas de ello, las personas que se quitan la vida lo hacen porque la encuentran dolorosa, humillante, vacía de sentido y de esperanza, morir es una mejor opción que seguir viviendo (García-Haro et al., 2018).

Como se mencionó anteriormente, el self en ocasiones funciona en más de una configuración (Mearns y Thorne, 2009), esto es relevante, dado que en diversas situaciones es sólo una de las partes del sí mismo del consultante que desea morir. La persona suele percibir una lucha interna de experiencias y sentimientos encontrados, vive la ideación suicida como algo intrusivo con lo que debe lidiar, siente que hay una parte que quiere acabar con la vida, y que la otra no, esto suele vivenciarse con gran angustia.

Existen también consultantes que tiene mayor recurrencia a tener ideaciones suicidas o conductas autolesivas, habitualmente diagnosticados desde la psiquiatría con trastornos de personalidad o cuadros afines. Algunas de estas experiencias se pueden asociar a lo que Margareth Warner (2008) denomina proceso frágil. Según Warner (2003) las personas que viven un proceso frágil son consultantes que suelen tener dificultades para modular la intensidad de sus experiencias, para reaccionar emocionalmente a demandas sociales, o adoptar el punto de vista de otra persona sin romper el contacto con su propia experiencia.

Los clientes que están viviendo un proceso frágil, presentan dificultades para permanecer con experiencias complejas por un determinado tiempo, aceptándolas y permitiendo nuevos significados (Warner, 2008). Ante la intensidad de estas experiencias, y la dificultad de regularlas, es comprensible que desde una mirada externa se observe inestabilidad emocional, dificultades interpersonales y conductas autolesivas.

Es relevante evitar suponer que la ideación suicida se da sólo por aspectos



personales del individuo. El sistema sociopolítico, económico, y como funcionamos como sociedad genera impacto en las personas. En este sentido, cabe mencionar que el enfoque centrado en la persona considera a la persona como un ser social y en relación con otros, no solamente individual-biológico, por lo tanto, todo lo que refiere a la persona, es también un proceso relacional-social (Schmid, 2014).

Debemos considerar a la persona como un ser individual y colectivo simultáneamente, relacionado constantemente con el mundo que la rodea, con su cultura, con su historia. “La persona es, al mismo tiempo, sujeto en la creación de la sociedad en la que vive y objeto de ella” (Moreira, 2001, p. 90). Debemos evitar atribuir sólo factores psicopatológicos donde hay factores socioculturales, económicos y/o políticos, como señala Virginia Moreira (2007) “es un desafío moral y ético diario para el profesional del área de la salud mental, luchar con la psicopatología y la pobreza sin confundirlas” (p. 136).

## **Psicoterapia Centrada en la Persona en la Ideación Suicida**

### **Las Condiciones Facilitadoras**

Es fundamental que el terapeuta, en la consulta con un cliente en riesgo suicida, se mantenga de forma congruente en dicha relación, esto significa que es consciente de su propia experiencia durante la sesión, momento a momento, lo que permite que el cliente experimente empatía y aprecio por parte del terapeuta (Greenberg et al., 1996).

La congruencia, en el contexto de la suicidalidad ubica al clínico en un lugar complejo, debe relacionarse con el significado propio que le da a la muerte, con las acciones que debe cumplir desde el rol profesional/legal, con sus prejuicios, temores, y también con su deseo de movilizar al cliente hacia un mayor bienestar. Esto paradójicamente puede causar que el terapeuta confronte, critique o tome acciones que generen más fragilidad y vulnerabilidad del vínculo y en el consultante.

Para lograr la congruencia es relevante soltar las expectativas, dado que, si el trabajo del clínico se centra sólo en el resultado, estará pasando por alto la experiencia tal como la vive el cliente. Desde este enfoque lo fundamental es acompañar la experiencia, con el cliente tomando la dirección del proceso. El terapeuta debe estar atentos a los objetivos implícitos que se generan en el espacio clínico, por ejemplo, en el contexto del riesgo suicida puede ser común la necesidad del terapeuta por “mejorar” al consultante, llegando a sugerir soluciones rápidas, tratar de mejorar el ánimo del cliente con alguna frase cliché o de sentido común, o dar una larga charla de consejería sin que le haga sentido al consultante, esto suele no ayudar al proceso, aunque puede ser entendible desde la angustia del terapeuta.

Moreira (2001) señala que es necesario que el terapeuta tenga presente sus sentimientos, sus experiencias personales y comprender que la teoría y práctica no debe ser considerada como verdad absoluta y, a priori, el terapeuta debe dudar de su conocimiento para poder darse cuenta de él. Para lograr esto, el terapeuta

debe haber integrado los conocimientos antropológicos, teóricos y prácticos del enfoque desde el cuál trabaja, de lo contrario, necesitará tenerlos en su consciencia todo el tiempo.

Que el terapeuta se mantenga congruente en la relación, no significa que debe sentir sólo sentimientos positivos, o una tranquilidad extrema, por el contrario, significa que será consciente momento a momento de sus temores e inseguridades, y esto no tendrá que ser un problema, tal como señala Preston (2014) “puedo estar al lado del otro siendo empático con mis propias luchas interiores”. La congruencia también significa que como terapeuta se va diferenciando qué experiencias se relacionan con temas personales, y cuáles con los aspectos del consultante y de la relación.

Otro aspecto es la consideración positiva e incondicional, la consideración o aceptación es una pieza fundamental en la triada de las actitudes terapéuticas, y es un desafío a la vez. Suele ser difícil aceptar al cliente cuando manifiesta querer morir, que lo está pensando, o que es la mejor alternativa que ve en ese momento.

Como se ha descrito anteriormente, aceptar no significa aprobar, quiere decir que se es capaz de entender que desde su marco de referencia la opción del suicidio es comprensible y una opción posible. Considerar es esencialmente percibir como normal y esperado que las personas tengan experiencias, opiniones y que resuelvan sus problemas de una forma distinta a la propia, y que merecen ser consideradas sólo por el hecho de ser persona.

Para aceptar a otro, influirá que tanto uno mismo se puede aceptar, es decir, si como terapeuta existen dificultades para aceptar ciertos sentimientos, experiencias, o ciertas partes del sí mismo, indudablemente se tendrán dificultades para aceptar las experiencias del otro en el espacio terapéutico. Especialmente cuando estas experiencias sean ajenas a las propias, o, por el contrario, demasiado cercanas. En este sentido, es tremendamente relevante lo que señalan Mearns y Thorne (2009):

Un terapeuta centrado en la persona que se rechaza, se castiga y no pueda ejercitar la compasión comprensiva hacia sí mismo, está en peligro de actuar una farsa que va a ser rápidamente percibida por la mayoría de los consultantes y, con toda certeza, por quienes están más gravemente heridos. (p. 70)

Respecto a la comprensión empática, se entiende como el proceso de captar y sumergirse en el mundo del otro, sin perder la noción del “como si”, es decir, saber que estas experiencias son del otro, distintas a las mías (Rogers, 1957). Mantener este equilibrio es difícil, especialmente al acompañar experiencias complejas, puede que el terapeuta se aleje hacia la apatía, por el rechazo, o temor a lo que expresa el consultante, o se identifique y se inunde con sus propias experiencias, lo que algunos llaman simpatía (Bermejo, 2012).

La comprensión empática se ejecuta a través de un proceso de resonancia del terapeuta. Algunos autores identifican tres formas de resonar, la auto-resonancia, resonancia empática y resonancia dialógica, la primera se relaciona con las expe-

riencias personales del terapeuta, la segunda con las del cliente y la tercera con lo que ocurre con ambos (Schmid y Mearns, 2014).

### **Profundidad Relacional**

El terapeuta centrado en la persona busca cultivar un tipo de relación en que el consultante se sienta aceptado como otro igual, lo que le permitirá arriesgarse a ser vulnerable y abrirse a explorar aspectos dolorosos y difíciles de su experiencia. Como señalan Mearns y Thorne (2009) para lograr un encuentro realmente profundo, se requiere que el terapeuta no coloque barreras que obstaculicen el desarrollo de la intimidad, evitando refugiarse en sus habilidades de diagnóstico o aplicación de una serie de técnicas, que pudieran ser útiles, pero no es lo esencial desde este enfoque.

El enfoque centrado en la persona favorece una posibilidad de intervención que no se reduce a manuales o procedimientos estándar, por el contrario, entiende y es coherente con el hecho de que cada persona es única. Este enfoque permite al terapeuta transitar desde la universalidad de la teoría a la singularidad de cada persona como un ser humano único (Moreira, 2001).

Siguiendo las ideas planteadas por Peter Schmid (2014), el enfoque centrado en la persona siempre se propone de la misma forma, independiente de las problemáticas y características del consultante, siempre lo relevante es construir una relación y las condiciones que faciliten el crecimiento de la persona que consulta. Y, por otro lado, nunca una sesión desde el enfoque centrado en la persona será igual a otra, es decir, cada encuentro terapéutico, con cada consultante, será siempre una relación distinta, única.

El terapeuta no realiza intervenciones mecánicas, por el contrario, busca facilitar una relación que sea sanadora desde la especificidad de cada encuentro, atendiendo a la experiencia de la persona desde su marco de referencia (del consultante y del terapeuta). Esto es, en términos generales, lo que significa estar centrado en la persona.

El concepto de persona en este enfoque incluye a la persona del consultante y a la persona del terapeuta (Schmid y Mearns, 2014). Este enfoque propone una terapéutica basada en la relación, como describen Mearns y Cooper (2011) la psicoterapia centrada en la persona es un modelo dialógico donde el énfasis está en la entrega del terapeuta al encuentro de una forma transparente, donde busca generar momentos de profundo encuentro. En este sentido, es fundamental lo que señala Rogers (1942), que la primera cualidad de un terapeuta es que debe ser una persona sensible a la relación humana, y esto va incluso más allá del espacio profesional.

Sin duda, en el trabajo con personas en riesgo de suicidio, el terapeuta debe manejar los protocolos propios de su institución, el marco legal-administrativo, y las evaluaciones respecto al nivel de riesgo para hipotéticas derivaciones. Una intervención activa en relación con la exploración de los riesgos de suicidio es totalmente necesaria (Sanders, 2014). Ahora, el mirar este tema sólo desde una

mirada médica-farmacológica, o centrarse sólo en el problema y los síntomas, es restringir las posibilidades de abordaje. Igualmente, existirán diversas situaciones donde se necesita el abordaje médico-farmacológico y multidisciplinar y, en este enfoque, es perfectamente compatible el trabajo conjunto con profesionales de otras áreas como psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc. Acompañar a un consultante con ideación suicida es una situación compleja, el cliente se encuentra con gran vulnerabilidad, en ocasiones el suicidio es la única opción visible a su sufrimiento, además, en ocasiones el consultante siente desconfianza o desesperanza frente a la ayuda terapéutica.

Lo primero que busca el terapeuta en el espacio clínico es generar una relación, un vínculo, un espacio de seguridad mínimo donde el consultante en el contexto de su experiencia extremadamente vulnerable logre percibir la presencia de un terapeuta que está ahí para él/ella. Para Rocha et al. (2012) cuando las personas son capaces de enfrentar y lidiar con sus temores y experiencias dolorosas, suelen encontrar oportunidades y aprendizajes para el crecimiento. En cambio, cuando lo evalúan negativamente, buscarán formas para evitar volver a vivir esta experiencia. Sólo en un ambiente libre de amenazas el consultante podrá examinar y explorar las experiencias que no han sido adecuadamente simbolizadas (Rogers, 1951).

Crear las condiciones facilitadoras del cambio no se aplica de un modo mecánico, como un procedimiento que se puede aprender en un manual. Es esencialmente una posición humana, ética y política. Implica un encuentro existencial entre dos personas, ambas con sus experiencias y sus vulnerabilidades.

El terapeuta buscará facilitar un clima libre de amenazas para el consultante, que, a la vez, sólo a través de un encuentro profundo permitirá la autenticidad del terapeuta. El terapeuta debe lograr estar presente, y por presencia se entiende, estar totalmente allí, de forma constante durante la relación (Schmid y Mearns, 2014).

Facilitar un encuentro de este tipo requiere dejar entre paréntesis las “técnicas”, si estamos pendientes a implementar una técnica o un procedimiento de manual, nuestra atención estará centrada en el procedimiento, y no en la persona particular que tenemos en frente. Es más relevante escuchar e invitar a los consultantes a explorar el significado de sus palabras, atendiendo a la totalidad de la experiencia, con la suficiente apertura para ser tocado por el consultante (Mearns y Cooper, 2011).

Gran parte de los consultantes, incluidos los con ideación suicida, han tenido experiencias de daño en sus relaciones interpersonales, o no han tenido suficiente contención por parte de otras personas. Por lo mismo, la importancia de ofrecer una relación sanadora es fundamental. Es un gran desafío profesional y personal alcanzar este nivel encuentro, más con personas que tienen miedo de recibir ayuda, o no la creen posible.

También es relevante señalar que ningún tipo de intervención es garantía de salvar vidas, sin embargo, si el consultante encuentra que se le entiende, y que sus experiencias son aceptadas, puede esto marcar una gran diferencia (Fukumitsu, 2014).

Este tipo de relación, que algunos autores llaman profundidad relacional (Mearns

y Cooper, 2011), va más allá de lo que se denomina alianza terapéutica. Profundidad relacional es “un estado de profundo contacto y compromiso entre dos personas, en el cual cada una es profundamente real con el Otro y es capaz de comprender y valorar en muy alto nivel las experiencias del Otro” (Mearns y Cooper, 2011, p. 16). En el contexto de la ideación suicida, el psicoterapeuta necesita estar preparado para este encuentro, donde el otro puede manifestar la posibilidad de acabar con su vida (Fonseca y Lôbo, 2015).

Acompañar el sufrimiento que acompaña a la persona que piensa en el suicidio, implica entender que no tenemos una receta mágica para que el consultante se sienta mejor, que nuestra labor es estar presente en profundidad relacional.

Trabajar desde este enfoque en este nivel de relación, requiere de un profundo trabajo personal, el terapeuta debe experimentar en sí mismo la aceptación, congruencia y empatía, es decir, en la medida que tenga mayor congruencia consigo mismo, más facilitará que los demás sean congruentes, cuando más se acepte, más fácil le será aceptar a otros, cuanto más empático sea consigo mismo, más fácil será empatizar con los demás.

### Conclusiones

El suicidio es uno de los principales problemas a nivel mundial, no sólo en cuanto a salud, también desde lo político, social, económico, etc. Se realizan constantemente diversos esfuerzos en cuanto a políticas públicas y privadas para su prevención. A pesar de ello, las cifras no son alentadoras.

Como fue descrito, se estima que una persona muere cada 40 segundos en el mundo, y que las muertes por suicidio representan una mayor cantidad que las muertes por las guerras y por desastres naturales. Estos datos realmente son preocupantes y dolorosos, y hacen notar que no se trata de un problema de salud, sino que implica un funcionamiento global de la sociedad, estilos de vida y de cómo funcionan los sistemas sociopolíticos que generan que las personas tomen estas decisiones drásticas respecto a su existencia.

El enfoque centrado en la persona parte de la premisa que el individuo posee una orientación natural hacia el crecimiento, adaptación y desarrollo de sus potencialidades, denominada *tendencia actualizante*. *Esto propone una mirada radical respecto a la comprensión antropológica del ser humano, que indudablemente tiene implicancias prácticas, como el foco en las relaciones, en cultivar actitudes más que técnicas y trabajar desde la particularidad de cada persona y no desde procedimientos estandarizados y desconectados de la experiencia de la persona que está frente a nosotros.*

La principal característica en la orientación psicológica y psicoterapia desde este enfoque es la dimensión relacional, existen actitudes del profesional que favorece el cambio terapéutico, como la *congruencia, comprensión empática y aceptación positiva incondicional*. El énfasis, entonces no está puesto en el aprendizaje de procedimientos estándar y mecanizados, lo que también implica una

mirada radical de la terapia.

La psicoterapia humanista, específicamente el enfoque centrado en la persona ofrece una posibilidad de abordaje y acompañamiento para personas en riesgo suicida, en que se prioriza la relación terapeuta-consultante. Partiendo de esta relación sanadora, las personas pueden explorar experiencias dolorosas, lo que les permite percibir nuevas posibilidades y alternativas en sus vidas.

En consultantes con riesgo suicida, cuando practicamos psicoterapia centrada en la persona es esencial facilitar encuentros en profundidad relacional, es decir, un encuentro existencial entre dos seres humanos (terapeuta-consultante), ambos luchando por su autenticidad.

Este tipo de encuentro interpela al clínico ir más allá de las teorías, técnicas y protocolos, es traer al espacio terapéutico toda su humanidad, incluido sus vulnerabilidades y temores. Para lograr esto, el terapeuta requiere tener integrado profundamente los aspectos antropológicos, teóricos y técnicos del enfoque, además, un profundo trabajo personal, de autoconocimiento, desarrollo personal y supervisión.

Es necesario incluir el abordaje del suicidio a nivel de pregrado y posgrado, es tremendamente necesario contar con profesionales entrenados y lo suficientemente humanos para acompañar a personas que están sufriendo tanto, que llegan a percibir que la mejor opción para sus vidas es precisamente acabar con ella.

También es necesario que desde la psicología humanista se siga trabajando en desarrollar trabajos teóricos y de investigación en áreas y problemáticas específicas. Este trabajo representa ideas preliminares sobre el suicidio desde el enfoque centrado en la persona que deben seguir desarrollándose, especialmente en la literatura académica en español.

## Referencias

- Alfonso, C. (2014). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de Suicidio*. Instituto Nacional de Salud.
- Axline, V. (1975). *Terapia de Juego*. Diana.
- Azcárate-Jiménez, L., López-Goñi, J., Goñi-Sarriés, A., Montes-Reula, L., Portilla-Fernandez, A. y Elorza-Pardo, R. (2019). La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(4), 127-136.
- Bermejo, J. (2012). *Empatía terapéutica*. Desclee.
- Carrenho, E., Tassinari, M. y Pinto, M. (2010). *Praticando a abordagem centrada na pessoa [Practicar el enfoque centrado en la persona]*. Carrenho.
- Castelo, P. (2019). *Fundamentos Epistemológicos da abordagem centrada na pessoa [Fundamentos epistemológicos del enfoque centrado en la persona]*. Via Verita.
- Castelo, P. y Cirino, S. (2016). Reflexões sobre a consciência na fenomenologia e na abordagem centrada na pessoa [Reflexiones sobre la conciencia en fenomenología y el enfoque centrado en la persona]. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 9(2), 241-258.
- Castelo, P., Meireles, E., Cirino, S. y Moreira, J. (2016). Influências da Psicanálise neofreudiana na psicoterapia de Carl Rogers [Influencias del psicoanálisis neofreudiano en la psicoterapia de Carl Rogers]. *Contextos Clínicos*, 9(2), 279-289. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.92.12>
- Cury, V. (1987). *Psicoterapia centrada na pessoa: evolução das formulações sobre a relação terapeuta-cliente [Psicoterapia centrada en la persona: evolución de formulaciones sobre la relación terapeuta-cliente]* [Trabajo fin de Máster, Universidade de São Paulo, Brasil].



- Da Rocha, M., Boris, G. y Moreira, V. (2012). La experiência del suicídio en una perspectiva humanista fenomenológica [La experiencia del suicidio en una perspectiva fenomenológica humanista]. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 69-78.
- Dutra, E. (2001). Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa [Comprender los intentos de suicidio de los jóvenes desde un enfoque centrado en la persona] [Tesis Doctoral, Universidad de São Paulo, Brasil]. <https://repositorio.usp.br/item/001180864>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(22), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fonseca, E. y Lôbo, W. (2015). Tentativa de suicídio: reflexões em base a clínica centrada na pessoa [Intento de suicidio: reflexiones basadas en una clínica centrada en la persona]. *Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity*, 7(2), 152-165.
- Fukumitsu, K. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida [El psicoterapeuta frente a la conducta suicida]. *Psicología USP*, 25(3), 270-275. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- Greenberg, L., Rice, L. y Elliott, R. (1996). *Facilitating emotional change. The moment by moment process [Facilitando el cambio emocional. El proceso de momento a momento]*. Guilford.
- Hart, J. (1970). The development of client-centered therapy [El desarrollo de la terapia centrada en el cliente]. En J. Harty y T. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 3-22). Houghton Mifflin.
- López, A. (2018). Psicoterapia experiencial orientada al focusing: una visión general. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 241-256. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.236>
- López, A. (2019). Reflejar en el enfoque centrado en la persona y experiencial. *En-foco*, 1(3), 11-15. <http://www.focusing.es/en-foco/209-en-foco-numero-3-enero-2019.html>
- López, A. (2020). Nociones sobre el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers: teoría, práctica e investigación. *Espacio ECP*, 1(1), 4-15.
- Mearns, D. y Cooper, M. (2011). *Profundidad relacional en counseling y psicoterapia*. Gran Aldea Editores.
- Mearns, D. y Thorne, B. (2009). *Counseling centrado en la persona en acción*. Gran Aldea Editores.
- Meireles, V., Pinheiro, P., Moreira, J. y Guerra, A. (2018). Prosperidade, contestação e tecnocracia o pensamento rogeriano em seu contexto de gestação [Prosperidad, contestación y tecnocracia. El pensamiento rogeriano en su contexto de gestación]. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 24(3), 300-311. <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.4>
- Ministerio de Salud de Chile. (2012). *Prevención del Suicidio*. Uvirtual.
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Programa Nacional de Prevención de Suicidio*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>
- Mora, M., Moya, D. y Calderón, J. (2019). Suicidio en Costa Rica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 36(2), 28-45. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040443>
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona: hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Universidad de Santiago.
- Moreira, V. (2007). Significados posibles de la depresión en el mundo contemporáneo: Una lectura fenomenológica mundana. *Psyche*, 16(2), 129-137. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000200011>
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa [Revisando las fases del enfoque centrado en la persona]. *Estudos da Psicologia Campinas*, 27(4), 537-544. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>
- Organización Mundial de la Salud. (junio 2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Preston, L. (2014). The relational heart of focusing-oriented psychotherapy [El corazón relacional de la psicoterapia orientada al focusing]. En G. Madison (Ed.), *Theory and Practice of Focusing-Oriented Psychotherapy: Beyond the Talking Cure* (pp. 98-112). Jessica Kingsley Publishers.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic [Evoluciones teóricas en la terapia centrada en la persona / experiencial. Aplicaciones para esquizofrénicos]*. Praeger.
- Prouty, G. (1998). Pre-Therapy and the pre-expressive self [Pre-terapia y el yo pre-expresivo]. *Person-Centered Practice*, 6(2), 80-88.



- Prouty, G. (2007). Pre-Therapy: The application of contact reflections [Preterapia: la aplicación de reflejos de contacto]. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 283-295. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.285>
- Rogers, C. (1942). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Narcea.
- Rogers, C. (1951). *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Paidós.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change [The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change]. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (1959). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Nueva Visión.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Rogers, N. (1993). The creative connection [La conexión creativa]. En S. K. Levine y E. G. Levine (Eds.), *Foundations of Expressive Arts Therapy* (pp. 113-132). Science & Behavior Books.
- Rogers, C. y Kinget, M. (1962). *Psicoterapia y Relaciones Humanas*. Juan Pablos Editor.
- Sanders, P. (2014). *Counselling for depression [Asesoramiento para la depresión]*. Sage
- Schmid, P. (2014). Volver al consultante: un enfoque fenomenológico del proceso de comprensión y diagnóstico. En A. Segrera, J. Cornelius-White, M. Behr y S. Lombardi (Eds.), *Consultorias y psicoterapias centradas en la persona y experienciales* (pp. 227-248). Gran Aldea Editores.
- Schmid, P. y Mearns, D. (2014). Estar-con y estar-contra: psicoterapia centrada en la persona como un proceso de personalización co-creativo en profundidad. En A. Segrera, J. Cornelius-White, M. Behr y S. Lombardi (Eds.), *Consultorias y Psicoterapias Centradas en la Persona y Experienciales* (pp. 141-162). Gran Aldea Editores.
- Segrera, A. (2008). El enfoque centrado en las personas después de Rogers: Reflexiones y bibliografía en español. *Miscelánea Comillas*, 66(128), 63-82.
- Tizón, J. (2016). Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23(2), 61-76. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.05.010>
- Valdivia, E. (18 de marzo de 2019). En qué consiste la psicoterapia humanista centrada en el cliente (entrevista a Alejandro López Martín). *Revista Psiconetwork*. <https://psiconetwork.com/en-que-consiste-la-psicoterapia-humanista-centrada-en-el-cliente/>
- Warner, M. (1991). *Fragile Process*. En L. Fusek (Ed.), *New Directions in Client-Centered Therapy: Practice with*. Chicago Counseling and Psychotherapy Center.
- Warner, M. (2003). *Proceso Frágil*. En D. Mearns y B. Thorne (Eds.), *Terapia Centrada en la Persona Hoy*. Gran Aldea Editores..
- Warner, M. (12-15 de octubre de 2008). *Client-centered approach to difficult client experiences [Enfoque centrado en el cliente para las experiencias difíciles del cliente]* [Conferencia]. Congress of the World Council for Psychotherapy, Beijing, China.
- Wood, J. (1983). Terapia de grupo centrada na pessoa [Terapia de grupo centrada en la persona]. En C. Rogers, J. Wood, J., M. O'Hara, M. y A. Fonseca (Eds.), *Em busca de vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa* (pp. 21-89). Summus.



# LA COMPLEJIDAD DEL TRAUMA COMPLEJO DEL DESARROLLO: UNA PROPUESTA DEL MODELO DE APEGO Y COMPLEJIDAD (MAC)

## THE COMPLEXITY OF COMPLEX DEVELOPMENTAL TRAUMA: A PROPOSAL FROM THE ATTACHMENT & COMPLEXITY MODEL (MAC)

### Felipe Lecannelier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5008-8053>

Universidad de Santiago-Santiago de Chile. Chile

### Humberto Guajardo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-700X>

Universidad de Santiago. Chile

### Diana Kushner

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8409-1813>

Universidad de Santiago. Chile

### Carlos Barrientos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8530-8121>

Universidad San Sebastián. Chile

### Germán Monje

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0126-1451>

Universidad Santo Tomás. Chile

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Lecannelier, F., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C. y Monje, G. (2021). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: Una propuesta del modelo de apego y complejidad (MAC). *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 105-124. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.463>



## Resumen

*Las conceptualizaciones actuales sobre el trauma infantil buscan explicar el proceso que organiza la experiencia y estilo de funcionamiento de los niños que sufren vulneraciones múltiples, crónicas e interpersonales, especialmente durante los primeros años de vida. Esta conceptualización actual se la conoce como Trauma Complejo del Desarrollo (TCD) y constituye un avance en la comprensión del trauma, desde una perspectiva multinivel e interdisciplinaria. Sin embargo, consideramos que este fenómeno puede comprenderse mejor adoptando una visión desde los sistemas complejos, la teoría del caos, combinado con los aportes de la teoría del apego y un sinnúmero de enfoques actuales del desarrollo, de la psicobiología, y las nociones sobre la evolución de la mente, y la mente y acción corporizada. El presente artículo ofrece una visión paradigmática bajo un modelo que se titula Modelo de Apego & Complejidad (MAC), al entregar una explicación alternativa al trauma complejo y de paso examina algunas de las consecuencias de las intervenciones psicológicas.*

*Palabras claves: trauma complejo, sistemas complejos, predictibilidad, homeostasis*

## Abstract

*Actual proposals about infant trauma seek to explain the process which can understand the organization of the experience and the style of functioning of the many children who suffers multiple, chronic, and interpersonal pain, especially during the most important period of human development (0 to 5). This proposal has been headed under the name of "Complex Developmental Trauma", and has made majors advances in the understanding, explanation, and treatment of this atrocious phenomena, through multi-level and multi-discipline approaches. However, we think that Complex Trauma can made more and better advances in the areas of explaining (and intervening) it if paradoxically can take the input of the whole area of Complex System approach, chaos theory, combined with the recent developments in the psychobiology of attachment, evolutionary perspectives on human nature and human mind (such as the comprehension of hunter-gatherer evidences), and the embodiment of human action and cognition. The present paper made some initials proposals considering the areas already mentioned under a model called "Attachment and Complexity Model", which we humble considered a paradigmatic in understanding development, "psychopathology", and intervention modalities.*

*Keywords: complex trauma, complex systems, predictability, homeostasis*

Históricamente, se han considerado las experiencias y eventos de vulneración en la infancia como una problemática asociado a “vulneraciones específicas”, es decir, preferentemente al abuso sexual, el maltrato físico y la negligencia (Barudy, 1999). Sin embargo, esta aproximación presenta la dificultad inherente de dividir en eventos específicos, lo que, en la mayoría de los casos de alta vulnerabilidad, suele ser una experiencia traumática que en pocas ocasiones opera de un modo “puro” (es decir, infantes en condiciones de riesgo que *solo* han sufrido abuso sexual, o maltrato físico, o negligencia). Lo anterior ha dificultado la elaboración de un modelo integrado y complejo sobre la experiencia traumática desorganizada de los miles de infantes que han sufrido (y sufren) múltiples y crónicas vulneraciones durante sus vidas. Esto ha sido planteado hace años por Chu y Lieberman (2010): “La aproximación del ‘evento único’ limita enormemente nuestra comprensión (del trauma) al focalizarse solo en traumas agudos, y fallando en situar estos eventos dentro un espectro más amplio de traumas crónicos, complejos y/o múltiples” (p. 472).

Dicho con otras palabras, al concebir las vulneraciones en la infancia como diversas “situaciones/eventos específicos de riesgo” se cae en una serie de limitaciones para una comprensión, explicación e intervención integrada (Lecannelier, 2018): 1) se suele confundir el evento con la experiencia, en el sentido que explicando el evento (por ejemplo, el niño sufrió un abuso sexual), se suele pensar que se está explicando la experiencia compleja subyacente; 2) al no comprender la forma cómo el o los eventos traumáticos se integran en una experiencia psicofisiológica-emocional-cognitiva-relacional-social específica y determinada, se suele caer en etiquetamientos y comprensiones simples expresadas en términos tales como “el niño maltratado”, “la niña abusada”, o peor aún en una diversidad de clasificaciones psiquiátricas; 3) dado que el infante es categorizado de acuerdo al tipo de vulneración o “evento traumático” que haya padecido, las intervenciones suelen elaborarse de acuerdo al mismo principio divisorio. Entonces, las intervenciones son específicas al tipo de evento experimentado, y no necesariamente a cómo la/s experiencias traumáticas se integran al sí-mismo del niño/a. Por ende, parece ser una tarea imprescindible elaborar programas de prevención/intervención más efectivos y eficaces para poder comprender el cómo los “eventos traumáticos” se van integrando en una experiencia coherente y autorreferente que organiza el desarrollo del infante.

El propósito del presente artículo es presentar un modelo explicativo de la experiencia traumática, desde la aproximación que llamamos “Modelo de Apego & Complejidad” (MAC).

## El Trauma Complejo en la Infancia Temprana: Conceptualizaciones y Evidencias

La noción de “Trauma Complejo del Desarrollo” (TCD) implica la experiencia de haber sufrido múltiples traumatizaciones, específicamente de origen interpersonal, y con consecuencias nefastas para el desarrollo general del infante (van der Kolk, 2005). Se considera que el TCD implica la comprensión multinivel de la experiencia desorganizada comprendida como una “constelación traumática” que organiza toda la experiencia de estar en el mundo del infante, a través de su trayectoria vital (Lecannelier, 2018; Lieberman y van Horn, 2008). Del mismo modo, bajo la adopción de esta noción de “trauma complejo” (TC) se derivan propuestas de intervención integrales y sistemáticas, que consideran la experiencia traumática organizada, coherente, única y que operan bajo los principios de la homeostasis vincular inherente a la vida humana (Blaustein y Kinniburgh, 2010; Hughes, 2006; Lecannelier, 2018; Scar, 2014).

Tal como ha ocurrido en la historia y conceptualizaciones sobre la infancia<sup>1</sup>, los estudios sobre la traumatización compleja temprana son escasos (y siguen estando en la experiencia de lo “no dicho”) (Lieberman et al., 2011; Finkelhor et al., 2007b). A pesar de que los niños durante sus primeros 6 años de vida son propensos a sufrir una amplia variedad de situaciones traumáticas, la atención en esta etapa del desarrollo ha sido preocupantemente escasa (Chu y Lieberman, 2010). Por ejemplo, el mayor porcentaje de los estudios a larga escala sobre la prevalencia del trauma suelen incluir niños a partir de los 6 años (Lecannelier, 2018; Lieberman et al., 2011). Pero si consideramos la amplia evidencia psicobiológica sobre la relevancia de los primeros años de vida para la adaptación y salud mental humana (Zeanah, 2012), y consiguientemente la alta vulnerabilidad de los efectos del trauma en ese periodo, es que se hace urgente una mayor preocupación, estudios y propuestas de intervención (Osofsky, 2011).

Algunos datos confirman lo planteado: 1) Se ha demostrado que un alto porcentaje de niños no suelen sufrir traumatizaciones aisladas, sino que alrededor del 45% de niños durante los primeros 5 años de vida ya ha experimentado a lo menos 4 tipos de traumatizaciones (Cruisto et al., 2010); 2) en un estudio a gran escala en 2000 niños entre los 2 y los 17 años, se encontró que el 70% ha experimentado un trauma, el 64% ha vivido dos eventos traumáticos, y el 18% más de cuatro eventos (Finkelhor et al., 2007a), los autores del estudio concluyen que la victimización es una condición más que un evento; 3) haber sufrido TC en la infancia se relaciona a diez causas de muerte en la adultez (tales como ataque cardíaco, cáncer, enfermedades del hígado y del pulmón, y múltiples fracturas). Así mismo, haber experimentado cuatro o más tipos de trauma en la infancia tiene una alta asociación con diversos problemas de salud mental en la adultez (alcoholismo, adicción a las drogas, depresión, suicidio, obesidad, promiscuidad, violencia, y otros) (Felitti et al., 1998); 4) las vulneraciones más severas suelen ocurrir durante los primeros 5 años de vida (Lieberman et al., 2011); 5) el 75% de los niños que muere por maltrato

de sus cuidadores principales, son menores de 4 años (Lieberman et al., 2011); 6) el periodo de mayor abuso ocurre entre los 0 y los 12 meses de edad (Lieberman y van Horn, 2008); 7) los efectos más nocivos de la violencia intrafamiliar ocurre durante los primeros 4 años (debido a que el infante no puede escapar o alejarse de la situación de violencia, y por ende, suele ser un testigo directo de la misma) (Lieberman et al., 2011); 8) finalmente, los efectos más nocivos provienen de los cuidadores principales y el contexto de apego (sea debido a que son los perpetradores del trauma, o debido a que los procesos de regulación/mentalización post trauma son inefectivos, sembrando la semilla del Trauma Complejo) (Lecannelier, 2018).

En relación con el último punto, la relación entre apego y TCD es un aspecto fundamental para comprender su conceptualización, se ha encontrado que los efectos más nocivos ocurren en el área del desarrollo de un sentido de seguridad socioemocional en los niños, afectándoles gravemente la formación de apegos seguros y competencias socioemocionales adecuadas para un adecuado enfrentamiento de la vida. Más específicamente, se propone que existen tres elementos claves para comprender los efectos y la experiencia de un niño que vive un TCD (D'Andrea et al., 2012; Lecannelier, 2018; Lieberman y van Horn, 2008).

En primer lugar, la inexistencia de instancias de regulación de tales experiencias traumáticas por parte de los padres, es decir, sean o no ellos la fuente del estrés, el TCD se caracteriza por la incapacidad de éstos en poder leer e identificar el nivel de sufrimiento de los niños/as, con la consiguiente incompetencia para regular, contener y disminuir las emociones crónicas de miedo, peligro, confusión, terror y desorganización.

En segundo lugar, esto a su vez genera en el niño/a una crónica sensación de inseguridad emocional desorganizada hacia sus cuidadores por lo que, paulatinamente, se va desarrollando una desconfianza básica, con la expectativa de que los padres no acudirán ni lo/a ayudarán en momentos de estrés y trauma.

Finalmente, el punto anterior estructura en el infante procesos mentales y afectivos desorganizados que se experimentan como una experiencia de caos, impredecibilidad y confusión que se deben controlar a toda costa a través de una serie de estrategias ya sean hetero y autoagresivas, o excesivamente inhibidas, o controladoras/punitivas hacia los otros. Este sobre-control desorganizado rígido genera una sobre-focalización de la actividad mental y conductual, alejada del desarrollo de procesos y capacidades necesarias para la adaptación progresiva, provocando un deterioro generalizado en todas las áreas del funcionamiento vital (educacional, familiar, social, legal y vocacional).

Por lo tanto, la conceptualización del TCD en la infancia temprana y edad preescolar permite una comprensión más integrada de la experiencia desorganizada que opera bajo múltiples niveles y mecanismos psicobiológicos, dentro de un sistema de apego que, más que entregar seguridad emocional, proporciona una experiencia crónica de peligro, caos e impredecibilidad, la cual termina afectando todas las áreas vitales del infante.



Sin embargo, es de nuestro entender que a pesar de que se habla de TC, los modelos de complejidad y sistemas no lineales, así como los aportes de la psicobiología y las aproximaciones sobre la evolución de la mente, los enfoques no suelen estar integrados en la forma de comprender este fenómeno. Nuestra propuesta valora e integra y estos enfoques tan distintos, con la esperanza de que no sólo puedan dar luces, sino que también puedan ser un aporte novedoso y hasta paradigmático para la comprensión del trauma y de la experiencia humana en general.

### **Un Modelo de Apego y Complejidad (MAC) para la Complejidad del Trauma Complejo**

En primer lugar, llama la atención que el TCD no incluya dentro de sus planteamientos las concepciones de los modelos de complejidad o de sistemas no lineales ya que, es de nuestro parecer, que esto podría aumentar la potencia explicativa e interventiva del fenómeno del sufrimiento humano, justamente cuando se hace referencia a un trauma que es “complejo”.

Desde hace muchos años que nuestro equipo ha elaborado un modelo de la comprensión de la experiencia humana combinando una epistemología evolucionista de los sistemas complejos, junto con los aportes de los modelos actuales del desarrollo del apego, los procesos socioemocionales, la psicobiología, la antropología, las nociones evolucionistas de la mente, y por, sobre todo, los modelos de la temporalidad humana (Lecannelier, 2006, 2007, 2009, 2012, 2016, 2018, 2019; Lecannelier et al., 2019a/b).

En términos generales, el modelo plantea que el “estar humano” es un fluir no lineal de experiencias somático-sensoriales dentro de rangos homeostáticos/alostáticos (H/A) que se van construyendo desde los primeros momentos de la vida en espacio relacional de apego que actúa como soporte vital del ser humano. Actualmente, si se consideran las nuevas perspectivas provenientes de la psicobiología, el conexionismo, y los modelos corporizados emergentes autoorganizados, se puede comprender al mecanismo homeostático no solo como una operación biológica basal, sino que, como el motor fundamental del mantenimiento de la organización de la vida humana, en todos sus niveles (Clark, 2015; Damasio, 2018; Hammond, 2013; Sterling, 2004; Thompson, 2007). En consecuencia, comprender los procesos homeostáticos del ser humano no es solo una forma de conocer su biología, sino que es comprender el sentido último de “por qué hacemos lo que hacemos”, y, por ende, se hace necesaria una mirada que comprenda la complejidad emergente predictiva (Condorelli, 2017). Es decir, es el sentido último del propósito de todo organismo vivo, donde todo el resto de los procesos propiamente humanos (estados mentales y lingüísticos) están siempre supeditados y se organizan bajo la operación de la homeostasis (Krohn y Koppers, 1989; Lecannelier, 2019). De esta forma, se entiende que no solo buscamos mantener nuestros parámetros fisiológicos dentro de los rangos compatibles con la vida, sino que todo nuestro emocionar, pensar y vincularnos se rigen bajo los mismos criterios de mantenimiento de la vida. Por lo

tanto, la homeostasis ya no se comprende solo como un proceso de *feedback* negativo (volver a la estabilidad) (Cannon, 1935) sino que es un accionar propio de los sistemas dinámicos, donde nuevos desafíos activan nuevas formas de equilibrio, y el sistema se va reorganizando en su propia forma de sobrevivir (alostasis) (Loyd et al., 2001; Schulkin, 2011). En suma, la homeostasis es estabilidad y predictibilidad, pero también es emergencia y prosperidad (expansión) (Damasio, 2018).

En segundo lugar, desde nuestra perspectiva, así como no es posible conocer el pasado, presente y futuro del universo sin comprender el Big-Bang, no concebimos aceptar como válido cualquier enfoque psicológico que pretenda explicar la experiencia humana sin que previamente no explique el origen de la vida mental del bebé (y su desarrollo a través del tiempo).

¿Cuál es nuestra propuesta? En términos simples, el origen de la vida mental del bebé surge de la constante repetición de microconductas de cuidado de parte de las figuras de apego van organizando, calibrando y generando determinados patrones de orden (Beebe y Lachmann, 2014) en los procesos de la intensidad o arousal, valencia, aproximación/evitación y agenciamiento (Lecannelier et al., 2019a). Es importante aclarar que estos procesos (arousal, valencia, y evitación/aproximación) son la “cosa” (*The stuff*) con la que el bebé nace para empezar a construirse como un sistema vivo complejo (Harmon-Jones et al., 2017). Entonces, estas microconductas de cuidado, debido a su constante repetición coherente organizan inevitablemente un atractor psicobiológico en todo el cuerpo y el cerebro del infante. Este atractor dinámico, comprendido como un patrón recurrente de flujos sensoriales (Thompson, 2007) que recibe el bebé (y que, a su vez, forman patrones de grupos neuronales), va organizando una forma específica en el bebé de sentir y sentirse con el o los cuidadores principales. Debido a su naturaleza esencialmente somático-sensorial y, como veremos, su poder atractor de la experiencia coherente y predecible, le hemos llamado Huella Somática (HS) o atractor somático-sensorial (Lecannelier et al., 2019b).

Concretamente, durante los primeros 6 meses y de acuerdo con los últimos estudios, la ultra sincronía psicobiológica que puede concebirse casi como una “simbiosis psicobiológica” (Bornstein, 2013), va gestando esta huella con poca capacidad de parte del infante de poder controlarla o regularla. Posterior a los 6 meses, las emergentes capacidades atencionales y conductuales del bebé le permiten una mayor capacidad de regular el cuidado (Swingler et al., 2015), y por ende ahora puede buscar formas de maximización del cuidado (Sroufe et al., 2006). Durante este proceso de maximización, el bebé va buscando los parámetros de su homeostasis de acuerdo con dos fuentes: (1) La búsqueda de predictibilidad de la huella (es decir, la experiencia repetitiva y ya predictiva del atractor somático-sensorial), y (2) diferentes pruebas de ensayo-error que le posibiliten al infante encontrar una forma de ser cuidado, coherente con su huella, y que, a su vez, permita la sobrevivencia bajo un ambiente mínimo esperable (estabilidad-continuidad-predictibilidad-inversión, y ausencia de estrés) (Schore, 2013; Lecannelier, 2006, 2009). Entonces, para

finales del primer año, el bebé posee una organización psicobiológica coherente que le permite un fluir de la experiencia, consistente con los rangos homeostáticos elaborados (Bowlby, 1969; Guidano, 1994). De lo anterior, se desprende que la H/A es el sentido último del mantenimiento de la vida, y ya actualmente se ha demostrado que éstas no son solo es biológica, sino que la participación del sistema límbico en dicho proceso convierte a la H/A en un proceso dinámico que opera a nivel emocional y cognitivo (Damasio, 2018).

El punto esencial (y tal vez controversial) de lo planteado aquí es que la lógica de funcionamiento del infante no opera bajo reglas de sistemas cognitivos representacionales del mundo (Modelos Internos de Trabajo) (Bretherton y Munholland, 1999) que buscan captar la realidad de la experiencia de cuidado, sino que más bien, es todo el contrario. Lo que planteamos es que la organización psicobiológica somático-sensorial primaria del bebé empieza un proceso de vivir la vida buscando siempre la predictibilidad y coherencia del sistema, y no bajo principios representacionales de la realidad. Puesto en simple, el bebé va fluyendo por la línea del tiempo siempre de acuerdo con el mantenimiento de su H/A, ajustando sus parámetros de experiencia, no de acuerdo con una realidad externa, sino de acuerdo con seguir siendo lo que ya es. De hecho, las evidencias neurobiológicas actuales han llegado incluso a postular que es el ser humano el que se construye un mundo (de antemano) que deba ser siempre predecible con su propia organización dinámica, buscando, o más bien, prediciendo siempre el mundo que es coherente con su huella somática y sus procesos de coherencia emocional en un principio, para luego volverse mentalizadores, y finalmente narrativos (Clark, 2015; Hohwy, 2014; Lecannelier, 2012; Thompson, 2007). Lo interesante es que (y que complejiza aún más nuestra propuesta) toda esta actividad no opera solo en el tiempo, sino que también en el espacio, donde el infante muestra inicialmente un patrón de acercamiento-alejamiento, pero con el pasar de los meses y años va construyendo aquellos espacios que sean coherentes con su organización predictiva (por ejemplo, preferirán estar solos en su habitación, otros necesitarán de la presencia de otros para estar bien, etc.).

Tal y como ya predijeron autores como Humberto Maturana, Francisco Varela y Vittorio Guidano, NO es el ambiente del niño el que determina su acción, sino que es la organización corporizada afectiva la que siempre va a actuar para calibrar constantemente la predictibilidad de la HS, dentro de sus márgenes homeostáticos (Schulkin, 2011). Lo interesante, es que tanto la huella como estos rangos son intrínsecamente únicos, personales e imposibles de definir de acuerdo con categorías externas, o criterios normativos de conducta. El infante es lo que es, y ese sentido de vida no tiene otro propósito que mantener el atractor dinámico dentro de los parámetros homeostáticos únicos construidos por el ser, donde la predictibilidad no es solo anticipar el mundo, sino que construir desde ya el mundo que es coherente con la organización corporizada/somática/sensorial (Lecannelier, 2019). A nuestro juicio, la constante búsqueda de predictibilidad juega un rol tan importante en el

fluir de la vida, que incluso Andy Clark (2015) ha sugerido que la percepción no es otra cosa que una “alucinación controlada”. De la misma forma, el renombrado neurocientífico Ernst Poppel sostiene que: “Adoptando una perspectiva biológica, cada organismo, incluyendo al ser humano, tiene que establecer y mantener un estado homeostático a través del tiempo. Esto necesariamente implica un sí-mismo, p.e., la identidad del organismo para lograr ese objetivo” (Zhou et al., 2014, p.2). Y, por último, en esa misma línea, el científico Chileno Pedro Maldonado (2019) ha planteado que:

Lo que a nosotros nos parece como el “mundo real” es una construcción de nuestros cerebros, una mezcla del producto de la llegada de estímulos a nuestros sentidos y la actividad del cerebro que debe realizarse para mantener la homeostasis. (p. 112)

En ese sentido, bajo esta perspectiva el sistema de apego podría comprenderse como el soporte vincular que mantiene la autoorganización del infante (Cassidy y Shaver, 2016; Lecannelier, 2006, 2009). O, mejor dicho, el apego sería el proceso de “homeostasis vincular” del ser humano (Lecannelier et al., 2019b). Las evidencias provenientes del estilo de vida de los cazadores-recolectores, quienes lograron una vida “ultrasocial” (Hrdy, 2009), comunitaria, igualitaria y basada en la crianza genuinamente respetuosa, posibilitaron un tamaño de nuestra corteza adaptable a la complejidad emergente de la vida humana “pre” histórica (Dunbar, 2013; Konner, 2011; Narvaez et al., 2014). En otras palabras, en el ser humano, el mantenimiento de su homeostasis equivale al mantenimiento de una homeostasis vincular, operando bajo sincronías psicobiológicas del compartir, dialogar, cooperar, pero también del pelear, agredir, engañar y asesinar. Esa es una de las paradojas de la evolución humana: lo que nos hizo ser lo que somos, nos abrió la puerta para el despliegue de un universo de conductas desde las más nobles hasta las más terribles.

Entonces es aquí donde surge un gran dilema conceptual, ya que si, por un parte, se acepta que el vínculo de apego es el espacio relacional, por otra parte, entonces emerge la inevitable pregunta: ¿espacio relacional de qué? Desde nuestra mirada, para la comprensión del sistema de apego es prioritario la comprensión del infante como un sistema autoorganizado, que vive la continuidad de su vida no de acuerdo a patrones de apego, sino que, a través del desarrollo individual de su propia lógica homeostática predictiva, y es esa lógica coherente la que debe ser comprendida, antes que el vínculo en sí mismo (Polan y Hofer, 2008). En definitiva, el vínculo de apego no es el fin en sí mismo, ni lo que se debe buscar explicar, sino que es más bien el soporte interactivo para el mantenimiento de la H/A (Lecannelier, 2012).

De lo anterior, ineludiblemente emergen consecuencias paradigmáticas para la psicología y la psiquiatría, desde ahí nuestro modelo postula la inexistencia de cualquier categoría psicopatológica (“tipos de apego”, trastornos de personalidad, tipos de trastornos psiquiátricos) que pretenda observar y comprender al ser humano desde afuera de su organización homeostática predecible. En ese sentido, buscar categorizar lo que es esencialmente único de cada trayectoria temporal, implica

inevitablemente perder el conocimiento y el respeto por la unicidad de cada uno.

Más aún, el MAC se atreve a postular, en concordancia con lo planteado por Nesse (2019), la inexistencia de la psicopatología como un modo de comprender las conductas que se desvían de acuerdo con parámetros externos a la propia organización. Aquí se entiende la noción de enfermedad, tal como lo propone la medicina, donde si el sujeto se ve afectado por algún agente o proceso interno o externo que pone en cuestión sus rangos homeostáticos, entonces se produce una cascada de procesos entre el cuerpo (sistema nervioso autónomo) y el cerebro, de modo de buscar formas de reestablecer los niveles homeostáticos en riesgo. Es decir, así como la fiebre puede ser el mensaje corporal de la presencia de un virus, entonces las mal llamadas “emociones negativas” son mensajes (como la fiebre) de que el sistema autoorganizado está experimentando experiencias fuera de los rangos homeostáticos predecibles únicos de ese ser. Dado que las emociones son el mensaje que el cuerpo le entrega al sistema nervioso para calibrar los rangos homeostáticos, entonces estas no son negativas o psicopatológicas (la medicina no califica una fiebre como negativa o psicopatológica simplemente porque desorganiza la homeostasis corporal). Por lo tanto, desde esta postura no se define el funcionamiento como normal o anormal y, por, sobre todo, no busca explicar la coherencia del actuar desde nociones, variables, eventos o procesos externos. Nuestra explicación alternativa es simple de comprender: durante la vida, el sistema complejo humano experimenta desafíos inevitables, desafíos que no se definen desde el afuera, sino que desde la puesta en peligro de los propios márgenes homeostáticos/alostáticos. Por lo tanto, cuando la organización predictiva experimenta una experiencia de “ruido”, entonces el sistema somático informa al sistema límbico, y éste a la corteza prefrontal (la cascada, por supuesto, es más compleja de lo explicado aquí) que debe iniciar acciones para reestablecer (homeostasis) o re-calibrar (alostasis) el sistema. La intensidad y duración de las experiencias de malestar concurrentes sirven tanto a la información del alejamiento de los rangos que el desafío está provocando, así como el éxito o fracaso en reestablecer la predictibilidad del sistema.

Por ende, así como no se busca clasificar, ni psicopatologizar, y mucho menos definir la experiencia del sujeto desde parámetros externos definidos *a priori* (e.g., apego seguro/inseguro, baja/alta regulación emocional, baja/alta mentalización o baja/alta simbolización, etc.). Entonces, el objetivo del MAC es comprender por qué la gente hace lo que hace, buscando explicar la coherencia predictiva que ha ido desarrollando a través del ciclo vital, donde la Huella Somática juega un rol de atractor que define el estar permanente del sujeto (aunque no se experimente de modo consciente). Del mismo modo, la presencia de síntomas se debiera comprender cómo mensajes de la huella somática, cuando el sujeto se encuentra experimentando un proceso de experiencias impredecibles que ponen en peligro su homeostasis. En este punto, consideramos, que la corteza prefrontal cumple un rol fundamental a la hora de buscar formas de mentalizar y actuar con el propósito de recuperar los rangos homeostáticos, o generando emergencias alostáticas de nuevas formas

de experimentar la experiencia (expansión de la homeostasis), o manteniendo al sistema en estado estático con la consiguiente experiencia crónica de malestar (restricción de la homeostasis) (Davidson y Begley, 2012).

Para ir finalizando este apartado, es importante remarcar que el modelo es muchísimo más complejo de lo hasta aquí articulado, que propone una secuencia de procesos emergentes del desarrollo que sirven como “herramientas” para el mantenimiento de la predictibilidad autoorganizada. Estas emergencias se relacionan a la memoria episódica, la mentalización, la memoria autobiográfica, y el proceso de agenciamiento (Lecannelier et al., 2019b). Aunque actualmente, se entiende que todos estos procesos se desarrollan para hacer frente a un alargado periodo de infancia humana que requiere de ciertas herramientas para la adaptación social (Dunbar, 2013), nosotros postulamos que sirven al mantenimiento de la coherencia homeostática predecible de cada ser. No se mentaliza, o recuerda cualquier contenido, sino aquel que es coherente con la huella somática, y permite mantenerla en estado organizado. Pero, de todos modos, si los procesos del desarrollo sirven a la adaptación social, y ésta es comprendida como una homeostasis vincular, entonces el planteamiento es muy similar.

### **El Trauma Complejo desde la Complejidad del Trauma y la Desorganización**

Varias reflexiones y dilemas han ido surgiendo con relación a la construcción del apego desorganizado y la función del miedo en éste (Duschinsky, 2018; Lyons-Ruth y Jacobitz, 2016; van der Kolk, 2014). El clásico modelo de Apego Desorganizado postula que el infante experimenta un “miedo sin solución”, al ser la figura de apego, tanto la fuente de protección como de daño. Frente a esta situación el niño no puede acercarse o alejarse (si se acerca tiene miedo y quiere alejarse, pero si se aleja se queda solo y desprotegido). De esto se deriva que el niño no puede desarrollar una estrategia organizada (coherente y predecible) para buscar el cuidado, y esto ocurre durante los primeros 3 años (Lyons-Ruth y Jacobitz, 2016). Así mismo, los autores plantean que dentro de la amplia gama de conductas de cuidado que pueden desorganizar al infante, se enmarcan en conductas que pueden ser atemorizantes o atemorizadas (para una revisión, ver Lecannelier et al., 2011). Sin embargo, el clásico modelo del “miedo sin solución” (Main y Hesse, 1990) no parece dar cuenta de toda la complejidad de la experiencia desorganizada, así como tampoco las categorías del cuidador “atemorizador/atemorizado” (Lyons-Ruth y Spielman, 2004). En ese sentido, tal y como explica Duschinsky (2018) pareciera ser que la experiencia traumática es mucho más compleja, abarcadora, y multifacética de lo que habitualmente se ha conceptualizado. Por el contrario, el MAC sugiere que es posible, por una parte, que el trauma no solo involucre al miedo como su huella somática, sino que también, que las formas de desorganizar o traumatizar a un niño son mucho más variadas de lo que se pensaba o se ha estudiado hasta ahora. Entonces, la solución que damos a esta dificultad es que toda



experiencia traumática es desorganizada, sin embargo, no toda desorganización implica un trauma complejo.

Desde el MAC se entiende que “lo desorganizado” no se organiza necesariamente en el miedo, si no más bien, se relaciona con el hecho de que el infante no ha podido desarrollar un atractor dinámico somato-sensorial que le otorgue coherencia, continuidad y predictibilidad a su vida. Entonces, lo desorganizado no tiene que ver con sentir una emoción de miedo sin solución, sino que es el propio sistema que no puede actuar de modo coherente y predecible, ya que los cuidadores provocan esa falta de orden predecible. En los sistemas complejos, el atractor es fundamental porque es justamente un tipo de organización que no cambia cuando todo el resto cambia. Eso implica que es el atractor lo que le da la continuidad, coherencia y predictibilidad al comportamiento de un sistema. Entonces, si un infante experimenta un patrón repetitivo que no tiene orden, predictibilidad o coherencia (como suele ocurrir en la desorganización), él no puede desarrollar un patrón claro y organizado de la intensidad, la valencia y la forma de aproximar/evitar, y el nivel de agencia-miento. De esta forma, la falta de un atractor coherente y predecible, es lo que un observador externo distingue como “conductas desorganizadas”. Por ejemplo, si se observa a un niño de 4 años en un jardín de infantes, y aparece su padre que lo viene a buscar, y el niño se agita y corre hacia él, pero luego se aleja y lo mira con expresión de miedo, y así en repetidas veces, hasta que el padre lo obliga a que vaya a saludar e irse del jardín, podría interpretarse como una secuencia de ir y venir propia de una conducta desorganizada. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, lo que ha ocurrido es que el infante no ha podido desarrollar una forma predecible de acercarse o alejarse del padre y, por ende, podría tener un apego desorganizado.

Estas situaciones se explican, desde el MAC, porque el niño está en un proceso de ir elaborando dos atractores que no pueden organizarse en uno solo, ya que la conducta del padre se observa como siendo rígida y mandona (y quizás maltratadora), pero con momentos de afectividad (Liotti, 2009). Estos dos atractores, donde se activa la aproximación y la evitación, están conectados con altos niveles de arousal y malestar, lo cual no permite que la repetición de la conducta de cuidado pueda organizarse temporalmente de modo consistente en el niño, no sabiendo él la conducta predecible a realizar con el padre (o voy donde mi padre, o me alejo de él). Actualmente, creemos que podemos explicar la diversidad de las conductas desorganizadas bajo esta dinámica de los sistemas complejos.

Si bien la concepción del trauma complejo suele incluir la noción de apego desorganizado en sus planteamientos (van der Kolk, 2014), no es tan clara cuál es la conexión entre ambos fenómenos, o si finalmente son dos modos diferentes de comprender el sufrimiento humano. Desde el MAC esa distinción no es relevante, ya que lo que se busca es analizar el patrón de microconductas de cuidado repetitivas impredecibles, confusas, atemorizadoras o atemorizadas, que no permiten al infante estructurar un atractor (es decir, una experiencia somática-sensorial coherente) para poder lograr la atención y el cuidado básico que necesita para continuar su vida.



En ese sentido, el miedo que plantea Main y Hesse (1990) puede jugar un rol importante, no obstante, desde nuestra perspectiva es la incapacidad de poder formar un atractor somático-sensorial que no le permite al niño maximizar el cuidado de forma coherente y predecible dando por resultado eso que se llama desorganización.

### **La Intervención del Trauma desde el MAC**

La propuesta del MAC sobre la intervención, a nuestro entender, pone en “jaque” muchas intervenciones psicológicas actuales. El fundamento de esta afirmación es el siguiente: Si el sentido de la vida de todo ser es la continuación de la vida, las que se operacionalizan en el mantenimiento de la H/A, eso implica que el cerebro debe buscar una forma de mantener ese supuesto equilibrio psicobiológico. Sin embargo, el cerebro no anda buscando sentidos espirituales, o psicológicos, o culturales (ya que eso entra en el ámbito del lenguaje), sino que el cerebro actúa bajo la regla de la predictibilidad (Clark, 2015). ¿Qué significa esta regla? En simple, significa que, para mantener la coherencia homeostática, el encéfalo (un área del SNC) solo tiene que saber que lo que ha pasado repetidamente miles de veces en el pasado (como en el caso del cuidado temprano), seguirá pasando; y por consecuencia organiza un procesamiento predictivo donde activamente construye un mundo coherente donde las cosas sean como han sido.

Las evidencias de lo anterior, desde la neurociencia cognitiva y el conexionismo, son contundentes. Incluso, investigadores tales como Andy Clark (2015), o desde una postura más corporizada como Evan Thompson (2007) (discípulo de Francisco Varela) plantean que es todo el cuerpo y el cerebro el que se arma un mundo predecible, a través de las emociones, la cognición, pero por, sobre todo, a través de la acción en el mundo (es como un “estar ahí siempre antes de estar”).

Es importante aclarar que predecir no es anticipar, es construir un mundo que calce con la historia de experiencias somáticas-sensoriales que se han experimentado miles de veces. Yo vivo donde vivo, y tengo las costumbres que tengo, y realizo las acciones cotidianas que hago y esas son operaciones que mi cerebro y mi cuerpo no solo esperan, sino que las construye antes de que yo tome conciencia de eso. Por eso, aquí no existe concepción de psicopatología, ya que la enfermedad (¡mente y cuerpo son lo mismo!) surge cuando la persona experimenta algo que es impredecible, y eso se experimenta como un desafío a SU homeostasis, y se activa una cascada de procesos que se inician con las sensaciones somáticas-sensoriales, prosiguen las emociones, y posteriormente las emergencias evolutivas como la memoria episódica, la mentalización, la regulación, y la narrativa de la vida empiezan a calibrar esta impredecibilidad para que la corteza prefrontal (especialmente media y orbitofrontal) empiecen a buscar un modo de volver a los rangos predecibles. Pero aquí ocurre otro proceso más interesante aún, y es que frente a lo impredecible, el cerebro suele acudir a lo que conoce, o a lo que está acostumbrado, lo que en nuestra propuesta es volver a su atractor somato-sensorial, a su huella somática, que es ese “lugar” donde ha estado mil veces, ese lugar donde tú sabes que ese eres

tú, ese lugar conocido (pero que muchas veces duele). Por ende, desde el MAC, lo desafiante no viene desde fuera como plantean la mayoría de los modelos psicológicos o psiquiátricos, sino que viene desde la impredecibilidad de la experiencia de acuerdo con el orden ya preestablecido. De esta forma, entendemos que al igual que un sistema Bayesiano que tiene sus preceptos, y que los va modificando de acuerdo a lo predecible de la experiencia, donde lo que calza es conocimiento y lo que no calza es “ruido”. Por lo tanto, lo que proponemos es que *no es lo que – a ojos externos - es más grave (e.g., un abuso sexual), lo que enferma al organismo, sino que aquello que es más impredecible internamente.*

Bueno, pero ¿Qué tiene que ver todo esto con el cambio y la intervención?

En primer lugar, es evidente que, si el sentido de un sistema complejo es la continuación de la vida dentro de rangos homeostáticos compatibles, y que ese mantenimiento se produce por un sistema nervioso y cuerpo que construyen un mundo predecible, parece simplemente una “ilusión fantasiosa” postular que el niño cambie de un día para otro, o de una semana o mes para otro.

En segundo lugar, si el cambio es definido desde afuera con pretensiones que la persona vaya a cambiar su tipo de apego, o va a aprender a conocer sus propios procesos internos, o va a desarrollar una capacidad de mentalización, sin considerar cuál es la regla predictiva coherente que le mantiene la vida, entonces, esas intervenciones son como “dar en el blanco con los ojos cerrados”, o usando un término más científico es lo que llaman “*one size fits all interventions*”. Por espacio no es posible profundizar en esta idea, pero podemos apuntar que esta actitud aún se observa en muchos modelos psicoterapéuticos y tanto pasados como actuales.

Tomando todo lo anterior en consideración, nosotros postulamos que el cambio solo es posible cuando el cerebro y el cuerpo han recibido cientos de interacciones que desafíen algunos aspectos de la predictibilidad anterior, lo cual permitiría ampliar los rangos homeostáticos personales de modo tal que la persona pueda sentir que donde hubo caos ahora hay complejidad, o donde hubo ruido ahora hay conocimiento. De esta forma, es una ilusión pensar que el cerebro del niño vaya a cambiar durante una hora a la semana, cuando toda su organización vital se está confirmando en su vida cotidiana. A menos que el terapeuta posea dotes de un mago, la realidad es que para el cerebro una hora a la semana, a lo mucho sólo podría ser una intervención lúdica y/o entretenida, pero pretender desafiar años de una organización homeostática que busca la predictibilidad para vivir, en unas sesiones esporádicas, aunque duren meses, nos parece que es una concepción errónea que se utiliza bajo criterios tradicionales que vienen de décadas de enfoques que no podían tener el conocimiento que ahora poseemos sobre el desarrollo, la evolución y la psicobiología.

El MAC lo que propone es que “el que tiene el poder del cambio es el que tiene el poder del tiempo, y el que tiene el poder del tiempo tiene el poder del cambio”. Bajo esa premisa, los profesionales no tenemos ninguno de esos dos aspectos, y, por ende, no tenemos el rol tan protagónico que hemos pretendido

tener. Es importante aclarar que esto que estamos planteando, no es solo para el trauma, sino para cualquier dificultad, enfermedad, o sufrimiento que le aqueje a un niño. Por lo mismo, el primer punto esencial que se debe comprender es que, si el organismo tiende a buscar siempre la predictibilidad homeostática, parece evidente que se vuelve imposible ir contra nuestra “naturaleza coherente” a través de intervenciones psicoterapéuticas breves y/o esporádicas.

En cuanto a la intervención del trauma, es vital comprender que el profesional debe buscar aquellos agentes y contextos de cambio que puedan generar modificaciones graduales en la homeostasis enferma, y eso se logra – a nuestro entender - de un solo modo: Fomentando interacciones continuadas que “refuten” por así decirlo, el funcionamiento que no es capaz de reestablecer o recalibrar un funcionamiento libre de síntomas.

Por ejemplo, una niña de 3-4 años que ha pasado toda su vida experimentando experiencias de miedo, soledad, abandono, confusión e impredecibilidad. La niña tiene no solo una huella somática llena de esas sensaciones somáticas, sino que su atractor somato-sensorial la llevará a buscar esas mismas sensaciones en el vínculo con los otros, no porque le guste sufrir, sino porque su sistema nervioso y su cuerpo no conocen otro modo de vivir que no sea de ese modo. En ese sentido, esta niña ha construido una regla predictiva homeostática donde “los otros me abandonan, me hacen daño, me abusan y no me validan”. La pregunta es entonces: ¿Cómo modifico esa predictibilidad que la mantiene viva, pero enferma? Evidentemente, lograr ese cambio con una psicoterapia esporádica y breve, o buscando que la niña resignifique su experiencia pasada, parecen soluciones que desconocen como funcionamos los humanos como sistemas complejos que buscamos seguir vivos a través de la línea del tiempo. No, el cambio se produce cuando la niña pueda experimentar **cotidianamente** un patrón de interacciones positivas, afectivas, sensibles y protectoras que vayan paulatinamente cambiando la organización homeostática predecible de que “la gente solo se acerca para hacerte daño”. Con la repetición cotidiana de ese tipo de experiencias, el sistema nervioso cambia su “precepto” y empieza a modificar el patrón de operaciones predictivas ya construidas.

¿Por qué creen que los niños traumatizados generan toda una serie de conductas negativas cuando son adoptados o van a una familia de acogida? No es para poner a prueba el vínculo, sino porque toda su autoorganización predictiva busca activamente que aquello que ocurrió en el pasado (e.g., malos tratos) tiene que seguir ocurriendo en el presente (así se mantiene la vida/homeostasis). Pero resulta que esta nueva familia es cariñosa y protectora, no una vez, ni dos, sino de modo cotidiano. Entonces, el cerebro no entiende nada, ya que esas acciones son “ruidos” impredecibles. ¿Y qué es lo que va a tratar de hacer? Volver a lo que conoce, a la forma como ya ha organizado su funcionamiento predictivo. Esa es la razón por la que estos niños, muchas veces, les hacen la vida imposible a los padres, porque el cerebro y el cuerpo se ven enfrentados a un desafío vital, y la forma de seguir viviendo es mantener la predictibilidad de lo conocido, del atractor

somático-sensorial. No deja de ser intrigante que, si se analiza la situación desde el observador externo, no tiene sentido lo que el niño hace, porque “desde afuera” ahora por fin tiene una familia. Ese es un error que la psicología y la psiquiatría han cometido por décadas. Al ser humano se lo entiende desde dentro de sus propias reglas predictivas, no desde criterios externos (el afuera).

Entonces, el cambio de este niño emerge si recibe un patrón repetitivo de experiencias cotidianas desafiantes a su predictibilidad traumática, y el profesional solo puede ser un facilitador de ese tipo de interacciones desafiantes de la predictibilidad –que es vista externamente– como enferma.

### Conclusión

Los sistemas complejos tratan de una o otra manera sobre el tiempo, a saber, cómo un sistema transita, se organiza a un ambiente determinado a través de la línea del tiempo (Hooker, 2011; Mitchell, 2011). Aunque promisorias en algunas áreas, el campo de los Sistemas Dinámicos No-Lineales (Guastello et al., 2008), no ha sido aplicado de un modo que genere una heurística para la práctica clínica diferente a la gran mayoría de los enfoques psicológicos y psicoterapéuticos que, en último término, se definen de acuerdo con un número reducido de focos y explicaciones del cambio (Pincus, 2011). Solo cambian de nombre, pero no de presupuestos epistemológicos, conceptuales y prácticos (Frank y Frank, 1991; Orlinsky y Howard, 1995).

Nosotros proponemos que el MAC busca salir de la caja, y proponiendo una forma de entender (explicar) el porqué el ser humano hace lo que hace, bajo una mirada que lo concibe como un sistema complejo que transita por la línea del tiempo buscando mantener sus parámetros homeostáticos-alostáticos vinculares de modo predecible, simplemente porque esa es la forma que los sistemas han organizado el sentido de todo ser vivo: La continuación coherente de lo que se es. En el Homo Sapiens esta condición ontológica se fue desplegando en la creación/producto de una vida social extremadamente colaborativa, que terminó por desarrollar una ontogenia de larga data bajo el mandato de que el mantenimiento homeostático se inicia y desarrolla bajo una lógica vincular-interpersonal e intersubjetiva. Estar en el mundo construido por el propio ser, bajo el accionar del procesamiento corporal predictivo, es siempre ser y estar desde los parámetros únicos de cada ser, los que cuando se ponen en peligro (desafíos vitales), el sistema como un todo busca alguna forma de mantenerse coherente, a través de una serie de estrategias que a los ojos de un observador externo puedan parecer “patológicas” y clasificables. Las emociones sirven en ese sentido a ser mensajeros de la disrupción (o impredecibilidad del orden ya establecido, y por ende, su valor “inmunológico” es vital para la supervivencia). Además, creemos que la noción de atractor somato-sensorial (o huella somática) es un marco explicativo que nos permite comprender no sólo la dificultad que existe muchas veces para el cambio psicoterapéutico sino que también para comprender el desarrollo individual y la “enfermedad”.

Por lo tanto, se propone una noción de trauma complejo bajo una concepción verdaderamente de complejidad, donde el sufrimiento extremo que se da en este tipo de casos es producto de señales extremas de peligro vital, donde el sujeto buscará a toda costa herramientas de mantenimiento de sus márgenes predictivos (tales como el abuso de sustancia, la violencia, la depresión, etc.). Sin embargo, nuevamente ese sufrimiento es una señal vital de búsqueda de la continuidad de la vida, y no una tipología de conductas psicopatológicas (Nesse, 2019).

Lo que proponemos con el MAC es una concepción genuinamente respetuosa, libre de clasificaciones, libre de criterios externos normativos (que solo describen, pero no explican), libre de terapias que busquen corregir al niño de acuerdo con criterios que muchas veces parecen ser más de corte económico, cultural y adultizado.

Finalmente, creemos que hemos dado con un cambio paradigmático que da vuelta completamente la psicología y la psiquiatría.

### Nota:

- 1 Aunque etimológicamente, la noción de infancia (infance-infant) se entiende como el periodo de los 0 a los 3 años, aquí se considerarán las nuevas propuestas sobre la ampliación hacia los 6 años.

### Referencias

- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil: ecología social: prevención y reparación*. Galdoc.
- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2014). *The origins of attachment. Infant research and adult treatment [Los orígenes del apego. Investigación infantil y tratamiento de adultos]*. Routledge.
- Blaustein, M. E. y Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating traumatic stress in children and adolescents. How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency [Tratamiento del estrés traumático en niños y adolescentes. Cómo fomentar la resiliencia a través del apego, la autorregulación y la competencia]*. The Guilford Press.
- Bornstein, M. (2013). Mother-infant attunement: A multilevel approach via Body, brain and behavior [Sintonización madre-hijo: un enfoque multinivel a través del cuerpo, el cerebro y el comportamiento]. En M. Legerstee, D. W. Haley y M. Bornstein (Eds.), *The infant mind. Origins of the social brain* (pp. 266-298). Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1. [Apego y pérdida: Vol.1.]*. Basic Books.
- Bretherton, I. y Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationship: a construct revisited [Modelos de trabajo internos en relación de apego: una construcción revisada]. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 102-127). Guilford Press.
- Cannon, W. B. (1935). Stresses and strains of homeostasis [Estrés y tensiones de la homeostasis]. *American Journal of the Medical Sciences*, 189, 1-10.
- Cassidy, J y Shaver, P. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3ª ed.) [Manual de apego: teoría, investigación y aplicaciones clínicas]. The Guilford Press.
- Chu, A.T. y Lieberman, A. F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five [Implicaciones clínicas del estrés traumático desde el nacimiento hasta los cinco años]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 469-94. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131204>
- Clark, J. (2015). *Surfing uncertainty: Prediction, action and the embodied mind [Surfando incertidumbre. Predicción, acción y la mente encarnada]*. Oxford University Press.
- Condorelli, R. (2017). Surprise of complexity and complexity of surprise: What happened to predictability? Limits and new possibilities of complexity for physical, psychological, and social sciences [Sorpresa de la complejidad y complejidad de la sorpresa: ¿Qué pasó con la previsibilidad? Límites y nuevas posibilidades de complejidad para las ciencias físicas, psicológicas y sociales]. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 1-10. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000302>

- Crusto, C. A., Whistson, M-L., Walling, Sh. M., Feinn, R., Friedman, S., Reynolds, S., Amer, M. y Kaufman, J. (2010). Posttraumatic stress among young urban children exposed to family violence and other potentially traumatic events [Estrés postraumático entre los niños urbanos jóvenes expuestos a la violencia familiar y otros eventos potencialmente traumáticos]. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 716-724. <https://doi.org/10.1002/jts.20590>
- Damasio, A. (2018). *The stranger order of things. Life, feeling and the making of cultures [El extraño orden de las cosas. Vida, sentimiento y hacer culturas]*. Pantheon.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis [Comprensión del trauma interpersonal en los niños: porqué necesitamos un diagnóstico de trauma apropiado para el desarrollo]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>
- Davidson, R. y Begley, Sh. (2012). *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live, and how you can change them [La vida emocional de su cerebro: cómo sus patrones únicos afectan la forma en que piensa, siente y vive, y cómo puede cambiarlos]*. Avery Edition.
- Dunbar, R. I. M. (2013). An evolutionary basis for social cognition [Una base evolutiva para la cognición social]. En M. Legerstee, D.W. Haley y M. Bornstein (Eds.), *The infant mind. Origins of the social brain* (pp. 3-18). Guilford Press.
- Duschinsky, R. (2018). Disorganization, fear and attachment: Working towards clarification [Desorganización, miedo y apego: trabajando hacia la clarificación]. *Infant Mental Health Journal*, 39(1), 17-29. <https://doi.org/10.1002/imhj.21689>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, Koss, M. P. y Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adult [Relación del abuso infantil y la disfunción doméstica con muchas de las principales causas de muerte en adultos]. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization [Polivictimización: un componente desatendido en la victimización infantil]. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007b). Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort [Polivictimización y trauma en una cohorte longitudinal nacional]. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070083>
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3ª ed.) [Persuasión y curación: un estudio comparativo de la psicoterapia]. Johns Hopkins University Press.
- Guastello, S., Koopsman, M. y Pincus, D. (2008). *Chaos and complexity in psychology. The theory of nonlinear dynamic systems [Caos y complejidad en psicología. La teoría de los sistemas dinámicos no lineales]*. Cambridge University Press.
- Guidano, V. F. (1994). *El Sí Mismo en proceso. Hacia una terapia postracionalista*. Paidós.
- Hammond, C. (2013). *Time warped: Unlocking the mysteries of time perception [Tiempo deformándose: desbloqueando los misterios de la percepción del tiempo]*. Harper Perennial.
- Harmon-Jones, E., Harmon-Jones, C. y Summerell, E. (2017). On the importance of both dimensional and discrete models of emotion [Sobre la importancia de los modelos de emoción tanto dimensionales como discretos]. *Behavioral Sciences*, 7(4), 1-16. <https://doi.org/10.3390/bs7040066>
- Hohwy, J. (2014). *The predictive mind [La mente predictiva]*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199682737.001.0001>
- Hooker, C. (2011). *Philosophy of Complex Systems. Handbook of Philosophy of Science [Filosofía de los sistemas complejos. Manual de Filosofía de la Ciencia]*. North Holland.
- Hrdy, S. (2009). *Mothers and others. The evolutionary origins of mutual understanding [Madres y otros. Los orígenes evolutivos del entendimiento mutuo]*. Belknap Press.
- Hughes, D. (2006). *Building the bonds of attachment. Awakening love in deeply troubled children* (2ª ed.) [Construyendo los lazos de apego. Despertar el amor en niños profundamente atribulados]. Jason Aronson
- Konner, M. (2011). *The evolution of childhood: Relationship, emotions, and mind [La evolución de la infancia: relación, emociones y mente]*. Harvard Press.
- Krohn, W. y Koppers, G. (1989). Self-organization: a new approach to Evolutionary Epistemology [Autoorganización: un nuevo enfoque de la epistemología evolutiva]. En K. Hahlweg y C. Hooker (Eds.), *Issues in evolutionary epistemology* (pp. 231-279). State University of New York.



- Lecannelier, F. (2006). *Apego e Intersubjetividad: El legado de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. LOM.
- Lecannelier, F. (2007). Evolución & Psicología. El caso de la psicología evolucionista. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2(2), 56-71.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e Intersubjetividad: El legado de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: La Teoría del Apego*. LOM.
- Lecannelier, F. (2012). *Conocimiento y Complejidad. Una perspectiva evolucionista*. LOM.
- Lecannelier, F. (2016). *A.M.A.R. Hacia un cuidado respetuoso de apego en la infancia*. Ediciones B.
- Lecannelier, F. (2018). *El trauma oculto en la infancia. Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales*. Penguin.
- Lecannelier, F. (2019). *A.M.A.R. Modelo de prevención/intervención para el fomento del cuidado respetuoso y la seguridad emocional en el apego en diversos contextos vitales del infante (0-6)*. Psimática.
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. y Hoffmann, M. (2011). Apego & psicopatología: Una revisión actualizado sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Revista de Terapia Psicológica*, 29(1), 107-116.
- Lecannelier, F., Guajardo, H. y Kushner, D. (2019a). Organización temprana del sí-mismo desde una mirada de complejidad neuroafectiva. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 43-60. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.283>
- Lecannelier, F., Kushner, D., y Guajardo, H. (2019b). Apego y organización neuroafectiva. Un enfoque basado en la complejidad evolutiva. *Aperturas psicoanalíticas*, 59. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001054>
- Lieberman A. F., Chu, A., van Horn, P. y Harris, W.W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications [*Trauma en la primera infancia: evidencia empírica e implicaciones clínicas*]. *Development & Psychopathology*, 23(2), 397-410. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000137>
- Lieberman, A. F. y van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment [Psicoterapia con bebés y niños pequeños: reparación de los efectos del estrés y el trauma en el apego temprano]*. The Guilford Press.
- Liotti, G. (2009). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology [La desorganización del apego como modelo de comprensión de la psicopatología disociativa]. En J. Solomon y C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 318-346). The Guilford Press.
- Loyd, D., Aon, M. A. y Cortassa, S. (2001). Why homeodynamics, not homeostasis? [¿Por qué homeodinámica, no homeostasis?]. *The Scientific World*, 1, 133-145. <https://doi.org/10.1100/tsw.2001.20>
- Lyons-Ruth, K. y Jacobitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder [Desorganización del apego desde la infancia hasta la edad adulta: correlatos neurobiológicos, contextos de crianza y vías hacia el trastorno]. En J. Cassidy y Ph. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 667-694). The Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K. y Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention [Estrategias de apego infantil desorganizadas y perfiles de paternidad indefensos y temerosos: integración de la investigación del apego con la intervención clínica]. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 318-335. <https://doi.org/10.1002/imhj.20008>
- Main, M. y Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? [Las experiencias traumáticas no resueltas de los padres están relacionadas con el estado de apego desorganizado del bebé: ¿Es el comportamiento de los padres atemorizado y/o atemorizante el mecanismo de vinculación?]. En M. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). University of Chicago Press.
- Maldonado, P. (2019). *¿Por qué tenemos el cerebro en la cabeza?* Debate.
- Mitchell, M. (2011). *Complexity: A guided tour [Complejidad: una visita guiada]*. Oxford University Press.
- Narvaez, D., Valentino, K., Fuentes, A., McKenna, J. J. y Gray, P. (2014). *Ancestral landscapes in human evolution. Culture, childrearing and social wellbeing [Paisajes ancestrales en la evolución humana. Cultura, crianza y bienestar social]*. The Guilford Press.
- Nesse, R. M. (2019). *Good reasons for bad feelings. Insights from the frontier of Evolutionary Psychiatry [Buenas razones para los malos sentimientos. Perspectivas desde la frontera de la psiquiatría evolutiva]*. Dutton Editions.
- Osofsky, J. D. (2011). *Clinical work with traumatized young children [Trabajo clínico con niños pequeños traumatizados]*. Guilford Publishers.



- Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1995). Unity and diversity among psychotherapies: A comparative perspective [Unidad y diversidad entre psicoterapias: una perspectiva comparada]. En B. Bongar y L. E. Buetler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 3-23). Oxford University Press.
- Pincus, D. (2011). Coherence, complexity, and information flow: Self organizing processes in psychotherapy [Coherencia, complejidad y flujo de información: procesos de autoorganización en psicoterapia]. En S. Guastello, M. Koopsman y D. Pincus, D. (Eds.), *Chaos and complexity in psychology: The theory of nonlinear dynamic systems* (pp. 335-369). Cambridge University Press.
- Polan, H. J. y Hofer, M. A. (2008). Psychobiological origins of infant attachment and its role in development [Orígenes psicobiológicos del apego infantil y su papel en el desarrollo]. En J. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (2ªed., pp. 158-172). Guilford Press.
- Scar, R. (2014). *The body bears the burden. Trauma, dissociation, and disease [El cuerpo soporta la carga. Trauma, disociación y enfermedad]*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203081822>
- Schore, A. N. (2013). Bowlby's "Environment of Evolutionary Adaptedness". Recent studies on the interpersonal neurobiology of attachment and emotional development ["Ambiente de Adaptación Evolutiva" de Bowlby. Estudios recientes sobre la neurobiología interpersonal del apego y el desarrollo emocional]. En D. Narvaez, J. Panksepp, A. N. Schorey y T. R. Gleason (Eds.), *Evolution, early experience, and human development. From research to practice and policy* (pp. 31-67). Oxford University Press.
- Schulkin, J. (2011). *Adaptation and well-being. Social Allostasis [Adaptación y bienestar. Alostasis social]*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511973666>
- Sroufe, A. L., Egeland, B., Carlson, E. y Collins, A. (2006). *The development of the person. The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood [El desarrollo de la persona. El estudio de Minnesota sobre el riesgo y la adaptación desde el nacimiento hasta la edad adulta]*. Guilford Press.
- Sterling, P. (2004). Principles of allostasis: optimal design, predictive regulation, pathophysiology, and rational therapeutics [Principios de la alostasis: diseño óptimo, regulación predictiva, fisiopatología y terapéutica racional]. En J. Schulkin (Ed.), *Allostasis, homeostasis, and the costs of adaptation* (pp. 17-64). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316257081.004>
- Swingler, M. M., Perry, N. B. y Calkins, S. (2015). Neural plasticity and the development of attention: Intrinsic and extrinsic influences [Plasticidad neuronal y desarrollo de la atención: influencias intrínsecas y extrínsecas]. *Development and Psychopathology*, 27(2), 443-457. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000085>
- Thompson, E. (2007). *Mind in life. Biology, phenomenology, and the sciences of mind [Mente en la vida. Biología, fenomenología y ciencias de la mente]*. The Belknap Press.
- van der Kolk, B. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories [Trastorno por trauma del desarrollo: Hacia un diagnóstico racional para niños con antecedentes traumáticos complejos]. *Psychiatry Annals*, 35(5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the healing of trauma [El cuerpo lleva la cuenta: mente, cerebro y cuerpo en la curación del trauma]*. Viking.
- Zeanah, Ch. (2012). *Handbook of Infant Mental Health* (3ªed.) [Manual de Salud Mental Infantil]. The Guilford Press.
- Zhou, B., Pöpell, E. y Bao, Y. (2014). In the jungle of time: The concept of identity as a way out [En la jungla del tiempo: el concepto de identidad como salida]. *Frontier of Psychology*, 5, 844. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00844>

# PRÁCTICAS NARRATIVAS COLECTIVAS: INTERVENCIÓN EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE VALPARAÍSO, CHILE. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN GRUPAL

## COLLECTIVE NARRATIVE PRACTICE: INTERVENTION IN A GROUP OF OLDER ADULTS IN VALPARAÍSO, CHILE. GROUP INTERVENTION STUDY

**Natalie Rodríguez-Covarrubias**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3209-8482>

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV), Chile

Este trabajo fue presentado en el XIV Congreso Internacional y XIX Nacional de Psicología Clínica (<https://es.clinicalpsychologycongress.com/>) y fue elegido por el comité científico para ser publicado en la Revista de Psicoterapia.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez-Covarrubias, N. (2021). Prácticas narrativas colectivas: intervención en un grupo de adultos mayores de Valparaíso, Chile. Estudio de intervención grupal. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 125-141. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1043>

### Resumen

*El presente trabajo es un estudio de intervención grupal centrado en un grupo de adultos mayores que participan en un centro comunitario de la ciudad de Valparaíso, Chile. El objetivo de este estudio es describir y evaluar un proceso de intervención de un taller de prácticas narrativas colectivas con un grupo de adultos mayores en Valparaíso. La metodología correspondió a una intervención clínica grupal de Prácticas Narrativas Colectivas y técnica de Tree of Life de Denborough y Ncube, siendo adaptada a las necesidades del grupo. Se produjeron datos cualitativos mediante recursos audiovisuales y notas de campo. Además, se aplicó una escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage en pre y post-test. En el análisis cualitativo se reporta un cambio en la percepción identitaria de los participantes. En cuanto a la escala, el tamaño de efecto entre las dos mediciones es relevante ya que se caracteriza como un efecto nivel "medio". En conclusión, esta perspectiva permite significar y resignificar la experiencia de la adultez mayor a partir de las fortalezas que puedan reconocer en sí mismos y su comunidad. Siendo las prácticas narrativas colectivas un enfoque que rescata sus narrativas en pos de conocer críticamente la experiencia de la adultez mayor.*

**Palabras clave:** prácticas narrativas colectivas, adulto mayor, intervención grupal

### Abstract

*The present work is a case study focused on a group of older adults who participate in a community centre in the city of Valparaíso, Chile. The objective of this study is to describe and evaluate an intervention process of a collective narrative practices workshop with a group of older adults in Valparaíso. The methodology corresponded to a group clinical intervention of Collective Narrative Practices and Tree of Life technique by Denborough and Ncube, being adapted to the needs of the group. Qualitative data were produced using audio-visual resources and field notes. In addition, a Yesavage GDS Geriatric Depression scale was applied in pre and post-test. In the qualitative analysis, a change in the identity perception of the participants is reported. Regarding the scale, the effect size between the two measurements is relevant since it is characterized as a "medium" level effect. In conclusion, this perspective allows them to signify and resignify the experience of older adulthood from the strengths that they can recognize in themselves and their community. Being the collective narrative practices an approach that rescues their narratives in pursuit of critically knowing the experience of older adulthood.*

**Keywords:** collective narrative practice, older adult, group intervention

Fecha de recepción: 20 de septiembre de 2021. Fecha de aceptación: 8 de octubre de 2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [natalie.rodriguez@pucv.cl](mailto:natalie.rodriguez@pucv.cl)

© 2021 Revista de Psicoterapia



Este trabajo se centra en describir y evaluar un proceso de intervención en Prácticas Narrativas Colectivas (PNC) que tuvo seis sesiones de duración, con un grupo de 20 adultos mayores (AM) en el Centro Comunitario para la Educación en Salud de San Roque. Esta intervención tuvo lugar en el contexto del Magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso, la cual se encuentra vinculada al centro en que se realizó.

### **Adulto Mayor**

La adultez mayor ha ido en aumento a nivel mundial, ocupando un espacio extenso en nuestra sociedad. El Servicio Nacional de Adulto Mayor (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021), define como adulto mayor a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. La Organización de Naciones Unidas pronostica que para el 2045 la cantidad de AM en el mundo sobrepasará a la de niños/as (Pan, 2017), estimándose que para el año 2050 la población mayor de será del 22,6% de la población mundial; mientras que, para el caso de Chile, de acuerdo con las proyecciones de población realizadas sobre la base del censo de 2017 (INE y Godoy, 2020), para 2035 se corresponderá con el 18,9% del total de la población. Esto implicará consecuencias en lo social, económico, psicológico, político y cultural (Árraga et al., 2016), por lo tanto, es central desarrollar estudios que permitan conocer en mayor medida las intervenciones que contribuyan al bienestar de la adultez mayor.

Para el caso de este estudio, es importante visibilizar que los AM atraviesan por diversas crisis (Lovo, 2021), como, por ejemplo, la preparación para la llegada de malestares físicos y cognitivos, el fallecimiento de un AM perteneciente a la familia o amigos cercanos, el deceso de los cónyuges, pues quien sobrevive debe sobrellevar todo un proceso de duelo (Lovo, 2021). Además, existe una alteración en el proyecto vital, algunas actividades cotidianas desarrolladas hasta el momento comienzan a finalizar y, en torno a eso, existen discursos hegemónicos, en la consolidación de la identidad, asociada a la asunción de las tareas adultas y específicamente al ingreso al mundo del trabajo y de otras labores.

Sumado a lo anterior, existen perspectivas que se centran en el envejecimiento a nivel individual, como es el caso del discurso de tener una “vida saludable y activa” en la vejez, esta perspectiva de la salud, representa a las metanarrativas en interacción con factores institucionales y políticos (Baars, 1991 citado en en Iacub, 2011), lo cual se evidencia en las iniciativas institucionales que producen y reproducen la política dominante. Pero el envejecimiento no sólo debe ser visto a nivel individual, sino también social, económico y político (Flores y Leal, 2019).

A partir de esta visión social, este estudio se sitúa desde la comprensión del envejecimiento como relato, incorporando también la idea de que el bienestar se relaciona con los vínculos y el acceso a espacios comunitarios. Como exponen Villar y Serrat (2015), “una visión del envejecimiento que va más allá del fenómeno puramente biológico y que trata de abordarlo como un proceso construido cultural-

mente y, por ello, inherentemente definido por los significados que la sociedad y la propia persona le atribuyen” (p.24). Lo que permite situarse desde una perspectiva cultural y política de la visión de la vejez, y plantear estrategias desde una mirada narrativa, cultural y comunitaria, desde la cual intervenir.

### **Narrativas Identitarias en Adulto Mayor**

La identidad se organiza en la forma de una historia de vida (McAdams, 2001), las historias de vida se construyen con las personas que la rodean, así como con el contexto sociocultural en el que viven. Estas historias, son no sólo lo que construyen y mantienen, sino también la propia forma de la identidad de su autor. Ellas tienen también la capacidad de organizar las creencias y posicionamientos ante la vida en términos de un proceso de cambio y transformación: antes pensaba y actuaba de tal modo, mientras que hoy pienso algo diferente (Guirland y Rangel, 2014). La etapa de AM, por lo tanto, presenta un desafío para la construcción de identidad, ya que los elementos anteriormente mencionados se encuentran en proceso de transformación frente a un cambio en la cotidianidad.

Otro elemento identitario a considerar es el género. Grigoryeva et al. (2019) plantean que el enfoque de género, permite el reconocimiento de conflictos generacionales y rechazo al envejecimiento, siendo las mujeres mayores particularmente afectadas en esta situación, porque las tradiciones patriarcales de nuestra sociedad prevalecen, y ellas son especialmente desplazadas en la esfera de la vida personal, donde a su vez se les visibiliza como aptas sólo para criar nietos o labores de casa. Para el presente estudio de intervención, este elemento se debe tener en cuenta al momento de revisar la intervención, puesto que la mayoría de las participantes son mujeres.

Desde lo anterior, se observa que la identidad de las y los AM se transforma en la medida en que los roles cotidianos cambian, existiendo la necesidad de re-narrar la identidad, y encontrar nuevas historias del sentido de sí mismos. De esta manera, incentivar una visión identitaria no solamente en términos individuales, sino en cuanto a valores y grupos en los que participan cotidianamente, con un sentido de lo comunitario, compartiendo y aprendiendo valores con otros. Por esto, es clave desarrollar la solidaridad territorial a través de un gobierno local, instituciones y trabajo comunitario (Grigoryeva et al., 2019) y así ofrecer soluciones colectivas a las personas mayores.

### **Visión del Modelo Terapéutico Utilizado**

El abordaje de esta intervención se encuentra en el marco de un trabajo postmoderno, específicamente una intervención narrativa (White y Epston, 1993). Desde este punto de vista, una terapia con enfoque postmoderno contempla una forma de relación con los consultantes que permita comprender al otro como una interrogante, en lugar de situarse como un experto en el problema del otro. Se fundamenta en la colaboración, la autoría, las redes solidarias y la construcción conjunta (Grandesso,

2015). El terapeuta postmoderno se sitúa desde el desconocimiento del problema del otro, en la que el consultante aporta su explicación, por tanto, no trabaja desde la certeza sino desde la incertidumbre y desde lo relativo.

En cuanto a la intervención narrativa (White y Epston, 1993), si bien, dentro de este modelo podemos identificar gran cantidad de métodos, en esta intervención se trabajó específicamente con los relatos que las personas realizan acerca de sus vidas. Estas no sólo determinan el significado que atribuyen a sus vivencias, sino que también determinan qué aspectos de la experiencia vivida seleccionan para asignarles un significado (White y Epston, 1993). Por tanto, estaríamos trabajando a nivel de significado, y para esto es importante tomar recursos de la perspectiva desarrollada por White y Epston (1989, 1993) y White (1995, 2000, 2004, 2006, 2007, 2011) entendiendo la terapia como un proceso de deconstrucción y creación de sentido que se logra a través de preguntas y la colaboración con el consultante.

En cuanto a algunas prácticas relevantes en terapia narrativa que diseña White (1995), las que se adoptaron en esta intervención fueron: adoptar una posición colaborativa de coautoría, ayudar a los consultantes a mirarse a sí mismos como separados de sus problemas a través de la externalización, y a recordar aquellos momentos de su vida en los cuales no se sentían oprimidos por sus problemas, conectar los acontecimientos extraordinarios a otros acontecimientos en el pasado y extender esta historia hacia el futuro para formar una narrativa alternativa en la cual el sí mismo es visto como más poderoso que el problema, invitar a los miembros significativos de su red social a presenciar esta nueva narrativa personal, y, finalmente documentar estas nuevas prácticas y conocimientos que apoyan esta nueva narrativa personal a través de medios literarios.

### **Prácticas Narrativas Colectivas y el Árbol de la Vida**

Esta intervención es específicamente basada en Prácticas Narrativas Colectivas (PNC) (Denborough, 2008), las que forman parte de un campo desarrollado por la Dulwich Centre Foundation para el trabajo con individuos, grupos y comunidades que se encuentran experimentando trauma y dificultades. Estas metodologías están hechas para ofrecer aproximaciones respetuosas y efectivas, que pueden permitir a las personas contar sus historias de forma que se vean fortalecidas y que otros que también las están experimentando, puedan contribuir (Epston, 2011).

Dentro de este campo, se trabajó con la metodología de “árbol de la vida”, propuesto por Ncube-Mlilo y Denborough (2007) que, originalmente, está pensado para ser dibujado y conversar, sin embargo, el grupo manifestó en una reunión previa al taller que “querían pasarlo bien” y que fuese “dinámico y divertido” porque estaban abiertos a “experiencias distintas en esta etapa”. Por lo tanto, en esta intervención se incorporaron algunos recursos de corporalidad y dinámicas en duplas o grupos, sin ser modificado a nivel de método, en cuanto a sostener la misma estructura conversacional. Respecto a la adaptación, según Rodríguez-Jiménez y Dueso (2015) todas las terapias creativas son métodos orientados a la participación

activa, de modo que ésta es un elemento dinámico en su propio proceso terapéutico.

El Árbol de la Vida de Ncube-Mlilo y Denbourough (2007) consta de cuatro partes: en la primera, las personas dibujan su propio árbol de la vida, en el que identifican sus destrezas y habilidades, esperanzas y sueños, y personas significativas. Cada parte del árbol simboliza aspectos particulares de sus vidas y su comunidad. Las raíces simbolizan a nuestros ancestros, historia familiar (de dónde venimos), nuestras tradiciones. El tronco corresponde a nuestras habilidades, destrezas, creencias y valores, que han guiado nuestra vida. Las ramas se refieren a las esperanzas, sueños y deseos que tenemos para nuestra propia vida y la de las personas significativas. Las hojas representan las personas significativas (vivas o muertas; pueden ser mascotas, personajes ficticios, grupos, organizaciones, etc.) y por qué son especiales para nosotros.

Los frutos corresponden a los regalos que hemos recibido durante nuestra vida (pueden ser materiales o no; pueden ser valores o algo que se aprecia). Algunos terapeutas incluyen flores (o pájaros), que representan la contribución que hemos hecho o quisiéramos hacer a la vida de las otras personas/nuestra comunidad/nuestro planeta. La segunda parte, corresponde al “bosque de la vida” y se forma juntando los árboles de cada participante, apreciando las diferencias y semejanzas de los distintos árboles. La tercera parte, se refiere a la metáfora de “la tormenta”, en la que identifican las dificultades que han enfrentado las personas y las maneras en las que han respondido a ellas. Finalmente, se otorgan certificados, con el objeto de asegurar que las personas participantes terminen con un reconocimiento de sus habilidades y destrezas.

## Objetivos

El objetivo general es: describir y evaluar un proceso de intervención de un taller de prácticas narrativas colectivas con un grupo de adultos mayores en Valparaíso.

Los objetivos específicos son: (1) Describir una intervención en Prácticas Narrativas Colectivas en un grupo de adultos mayores teniendo como eje central sus narrativas identitarias, (2) Analizar el proceso de intervención de Prácticas Narrativas Colectivas en torno a los cambios en la narrativa de los participantes, (3) Evaluar el proceso de intervención de Prácticas Narrativas Colectivas de manera conjunta con los participantes.

## Método

Este trabajo consiste en un estudio cualitativo, específicamente un estudio de caso descriptivo. Se define el estudio de caso como “la examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso” (Luck et al., 2006, p. 104).

La selección del caso fue mediante un muestreo por conveniencia (Miles y Huberman, 1994). Y corresponde a un estudio diacrónico, que, según Starman (2013) se sigue un caso a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico, analizando



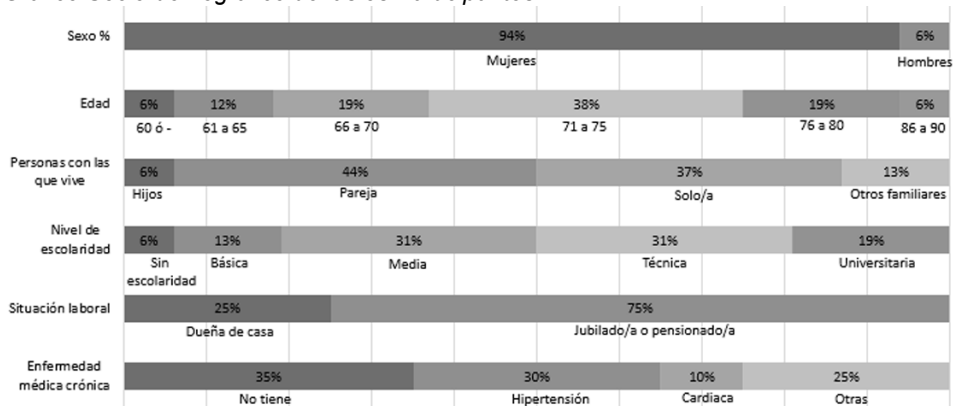
y observando los cambios que se producen en el paciente como resultado de la intervención. Para este caso, aplicaría para el grupo en el que se intervino.

En este estudio se han respetado los principios éticos de acuerdo al Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999) de los aspectos relativos a la investigación en psicología. Se preservó el anonimato de las/os participantes y del centro y se trabajó mediante un consentimiento informado.

### Descripción de los Participantes

Los participantes son 20 personas en total, con asistencia de entre 16 y 18 participantes en cada sesión, en su mayoría miembros del taller de estimulación cognitiva que se realiza en el mismo Centro Comunitario en el que la intervención tuvo lugar. Las edades fluctúan entre los 57 y los 86 años; 94% mujeres y 6% hombres; 75% jubiladas/os y 25% dueñas/os de casa (ver figura 1).

Figura 1  
Gráfico Socio-demográfico de las/os Participantes



### Instrumentos

Se realizaron notas de campo (Gibbs, 2007) después de cada sesión de la intervención, por parte de la terapeuta y al mismo tiempo de los tres estudiantes de psicología que acompañaron y apoyaron la intervención, además de triangulaciones posterior a cada sesión. Las sesiones fueron grabadas mediante audio y video, previa autorización en el consentimiento informado señalado en el método, las que posteriormente fueron transcritas. Como también supervisiones del caso con un supervisor clínico narrativo.

La evaluación se realizó cada sesión en conjunto a las/os participantes, lo que orientó el curso de las siguientes sesiones, así como también se realizó un seguimiento posterior a la sesión de cierre con una pauta semi-estructurada sobre las fortalezas y debilidades del taller.



### Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido (Cáceres, 2003) para analizar las transcripciones de las sesiones y las notas de campo. Desde allí se desprendieron las diferentes categorías para analizar y evaluar el proceso de intervención realizado.

Las categorías emergentes fueron: (1) Rescatar recuerdos significativos les permitió encontrarse con sus propias fortalezas; (2) los aprendizajes que han tenido a lo largo de su vida hoy son un legado; (3) la participación en iniciativas comunitarias en sus territorios es relevante; (4) un elemento sustancial del proceso fue haber podido compartir experiencias con un grupo de similares inquietudes.

### Intervención

La intervención se realizó en el espacio de taller ocupacional al que el grupo asiste semanalmente. Se planificaron 5 sesiones grupales de PNC de 90 minutos cada una, desarrolladas con periodicidad semanal, una sesión de cierre y una de seguimiento. Estas se estructuraron según los diferentes temas propuestos por el modelo del árbol de la vida (Ncube-Mlilo y Denborough, 2007) siguiendo la estructura de la tabla 1.

Tabla 1  
*Estructura de las Sesiones*

Sesión	Momento	Descripción
<b>Sesión 1: Inicio del viaje, caminando hacia nuestras fortalezas</b>	Bienvenida	Presentación del taller, y de las/os participantes
	Preparación para la actividad central	Caminata centrada en la propia respiración y sensaciones corporales
	Actividad central	El museo: se realizan esculturas en movimiento sobre los juegos que jugaban en su infancia. Y, posteriormente, sobre una fortaleza que considerasen tener
	Plenario	¿Por qué elegí estas esculturas? ¿Qué dice de mí? ¿Tiene alguna relación lo que me gustaba hacer de niño con las fortalezas que tengo hoy?
	Evaluación y cierre	¿Qué nos gustaría abordar en un siguiente taller? Cierre: Qué me llevo del taller, en una palabra

<b>Sesión</b>	<b>Momento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Sesión 2: Identidad: Visitando mis sueños, y las personas que son (o han sido) importantes en mi vida</b>	Bienvenida y preparación para la actividad central	Caminata centrada en la propia respiración y sensaciones corporales. Finaliza yendo al encuentro de otros
	Actividad central	Se les pide que piensen en un sueño que sea importante en su vida, y lo puedan representar en un gesto al ritmo de la música
	Plenario	¿Cómo era ese sueño que bailé? ¿A quién invité a ese sueño y por qué era un invitado importante?
	Evaluación y cierre	Cierre: ¿Qué me gustaría decirle a mi invitada/o? Invitación a conversar o ponerse en contacto con este invitada/o, o escribir una nota simbólica en el caso de no poder hacerlo para expresarles lo significativas/os que han sido
<b>Sesión 3: Un paseo por los regalos</b>	Bienvenida y preparación para la actividad central	Caminata de inicio
	Actividad central	Se realiza una imaginería de caminar por un espacio lleno de regalos que la vida nos ha dado. Conversación en duplas
	Plenario	¿Cómo son estos regalos que nos ha dado la vida? ¿Qué contribución he hecho o quisiera hacer a la vida?
	Evaluación y cierre	Cierre: Se actúa la contribución que han hecho o que les gustaría hacer, y la explican en un par de palabras. El grupo aplaude la actuación

Sesión	Momento	Descripción
<b>Sesión 4: El bosque de nuestros recursos como colectividad</b>	Bienvenida y preparación para la actividad central	Caminata: Invitación a jugar a ser un árbol con una historia, y a encontrarnos con otros árboles
	Actividad central	Con música, se les invita a ser árboles, árboles que llevan la historia que hemos contado en las sesiones anteriores, y que danzan con el viento. Luego, viene una tormenta, y seguimos danzando ante la tormenta
	Plenario	Observar cómo es esa tormenta, cuáles son las tormentas que enfrentan en la vida, y de qué manera. Cuáles son los recursos que el grupo utiliza
	Evaluación y cierre	Cada una/o, en un gesto, muestra un recurso con el cual protegerse de la tormenta. Se crea una coreografía colectiva con cada uno de los gestos Cierre: Tomar un acuerdo colectivo sobre un producto a crear próxima sesión, representativo del taller
<b>Sesión 5: Creación de productos colectivos</b>	Bienvenida y preparación para la creación del producto	¿Con qué me quedo de este taller? ¿Hay algo que me gustaría no olvidar? ¿Cómo lo plasmariamos?
	Actividad central	Se les invita a generar el producto colectivo. El grupo definió dibujar un gran árbol con contenido grupal
	Evaluación y cierre	Explicación del producto, reflexiones finales y danza de cierre

## Resultados

A continuación, se realiza un recorrido por el proceso terapéutico en el que observaremos las diferentes sesiones del taller destacando los momentos de cambio asociados a narrativas identitarias.

### Primera Sesión e Inicio del Proceso

Cada sesión se inicia con una caminata que permite llevar la atención al cuerpo, de manera individual, para posteriormente centrarse en el grupo. Se trabajó en duplas sobre la pregunta: *¿Qué me gustaba hacer cuando niña/niño?* usando la metáfora

de un museo de juegos, representando esculturas en movimiento a cerca de sus juegos. Luego, se trabajó con la pregunta en torno a las fortalezas y se realizó el mismo ejercicio. Sin embargo, en este último, presentan mayores dificultades para pensar una respuesta y crear la escultura. Se cierra con un plenario que tiene como objetivo relacionar ambas preguntas. A lo que una de las participantes responde que su infancia fue difícil, pero que tuvo aprendizajes:

Ser responsable, y ser buena mamá también. Fui muy responsable con mis hijas. Al menos me considero yo. Porque a mí no me dieron cariño, no me dieron nada... Yo se lo di a mis hijas. (Participante n° 4, sesión 1)

Cuando la participante termina la historia el grupo la acoge y la anima, lo que muestra el clima de respeto en la sala. Desde esta cita se desprende la idea de que una experiencia en la infancia le llevó a decidir que quería dar cariño a sus hijas a través de la responsabilidad. Desde allí se rescata la responsabilidad como un valor. Otra de las participantes se refiere a la última pregunta sobre sus fortalezas:

En la última actividad como dices tú, las empiezo a valorar. La solidaridad el cuidado de los hermanos, me entiende, la responsabilidad que hasta el día de hoy yo soy el colmo de lo responsable. Y con mi hermana yo creo que todas esas cosas en común. (Participante n°2, sesión 1)

Nuevamente emerge la responsabilidad como valor, en este caso la participante señala que estuvo al cuidado de sus hermanos y eso la fortaleció. Luego, otra participante reflexiona sobre una continuidad identitaria que comienza a notar a raíz de la pregunta:

Pero me costó contar estas pequeñas experiencias y tomar conciencia de algunas cosas. Yo personalmente tomé conciencia como dije hace un rato de que algo de que no me había dado cuenta, que desde chica era así. (Participante n°10, sesión 1)

Esta cita sobre “desde chica era así”, da cuenta de una continuidad en su identidad, a la que llegó luego de una reflexión que le tomó esfuerzo durante la sesión. Finalmente, se realiza un cierre en torno a un valor presente en las reflexiones de esta sesión. Emergen valores como la amistad, el compañerismo, ser responsable, solidaridad, ser constante, ayudar a las personas, el esfuerzo. Esto se relaciona con la concepción narrativa, que busca permanentemente conectar las ideas identitarias o de sentido de vida que presenten.

### **Desarrollo del Proceso**

En la sesión 2, 3, 4 se trabaja con las preguntas en torno a sus sueños (ramas del árbol), personas o personajes que son, o han sido, importantes en sus vidas (hojas), regalos que la vida les ha dado (frutos) y los legados que han dejado en sus vidas (adornos del árbol). En la quinta sesión se trabaja un producto del proceso de elección de las participantes, que fue un árbol de la vida en papel representativo del grupo. De estas reflexiones destaca una conversación sobre un sueño en común sobre el territorio en el que habitan:

Valparaíso como una ciudad próspera, limpia, hermosa, atractiva, atrac-

tiva para los habitantes que vivimos acá. Sin ... ojalá sin esos volantes. Entonces a veces uno piensa que es una utopía porque pucha que... yo creo que todo porteño tenemos ese sueño. Eso sí, es un sueño todo lo que queremos, es un sueño. Vamos avanzando pero a pasito lento... muy lento. (Participante n° 5, sesión 2)

Lo anterior fue compartido por las/os demás participantes, sumando sus propios comentarios. Así como ocurre en esta cita, todos los participantes del taller mostraron tener sueños con relación a lo colectivo, y no a lo individual, y eso es algo que caracterizó al grupo hasta el final del taller. En cuanto a la conversación sobre las personas que han sido importantes, la mayoría trajo a los familiares a la conversación, algunos presentes, como en el caso de una participante que dijo que admiraba a su nieta por cómo cuidaba a los animales. Pero también, otros participantes evocaron recuerdos de personas inspiradoras que ya no están, como es el caso de sus padres:

Yo invité a mi papá, mi papá me ayudó a hacer mi casa, él se fue, y no alcanzó a hacerla. Entonces me hubiese gustado que hubiese estado en la fiesta. Me hubiese gustado que él viera la casa –yo soy llorona [emergen unas lágrimas] cómo él quería que tuviera [...] Porque yo sé que él en algún momento está. (Participante n°7, sesión 2)

Esta conversación se cierra hablando del recuerdo de las personas que ya no están, y de qué manera nos podemos comunicar con ellos o con su recuerdo. Emergen diversas ideas y creencias y en el espacio se genera un clima de respeto. Al final de este diálogo se les invita a reflexionar sobre: *¿Qué pasaría si estas personas supieran lo que hemos conversado?* a la siguiente sesión algunas participantes habían extendido las reflexiones a sus familiares.

En la cuarta sesión se trabaja en torno al sentido comunitario, simulando ser un bosque. Algo que compartieron como una característica del “bosque que son” es la siguiente:

Este bosque, lo que tiene es que somos muy diferentes. Que ninguno es más que el otro y... somos bosques iguales, somos iguales... no tenemos diferencias del tipo tú piensas distinto en política, religión, plata...etc... somos un bosque que venimos y venimos con una finalidad yo encuentro que aquí venimos a pasarlo bien ni a discutir ni nada. Es un compartir, tener un ...unos minutos, unas horas de diversión. De relajo. (Participante n°6, sesión 4)

Lo anterior permite ir dando forma a una narrativa de comunidad e identidad de grupo. Posteriormente pasamos a la fase del árbol de la vida de “qué ocurre cuando viene la tormenta hacia este bosque”. Para esto se realiza la misma actividad de la simulación de un bosque, pero con música de tormenta. En el momento se introduce la pregunta: *¿qué vamos a hacer ahora?* A lo que el grupo responde: “protegernos”, “las ramas”, “Juntarse”, “Podemos protegernos las ramas juntándonos...” Luego de esto, el grupo se reúne en el centro de la sala, juntan sus brazos simulando ramas.

Manifiestan: “Podemos afirmarnos entre nosotros” mientras se toman las manos y comienzan a moverse de forma rítmica hacia un lado y al otro con las manos y raíces (pies) muy juntos, solamente equilibrando el peso con el contrapeso de las y los compañeros. Se equilibran en silencio por un momento. Finaliza la actividad y en el espacio para la reflexión metaforizan que sintieron una tormenta fuerte e inmediatamente surge la idea de que permanecieron unidas. Las participantes ejemplifican con momentos en los que han tenido estas costumbres colaborativas. Sobre la decisión de reunirse y distribuir el peso con las demás comentaron:

Yo creo que es parte de nosotros. Es una sensación protectora. Como cuando hay un temblor yo estoy con mis nietas y nos abrazamos todos. Nada que uno por allá y otro por acá, sino que todos unidos así, si va a caer algo nos va a caer a todos. Es como una protección.” (Participante 12, sesión 4)

En cuanto a las tormentas que están presentes en sus vidas, mencionaron los duelos, la muerte, las enfermedades, la menopausia, las separaciones y la falta de trabajo de más de alguno de los integrantes de la familia. En relación a ejemplos de momentos en los que han pasado por dificultades y han salido adelante de alguna forma, rescatando los recursos comentan lo siguiente:

Un árbol fuerte que yo creo que los años que nos da a todas esa fortaleza, es el tronco, por más que hayamos tenido problemas todas, igual uno mira desde otra perspectiva, el árbol significa para mí la vida de uno y de que ahora el hecho de que sea grande ¡como que estamos grandes todas! La madurez... más poderosa. (Participante 15, sesión 4)

Y encontramos un árbol que sí a lo mejor tenía ramitas débiles, encontramos ramas fuertes... y terminamos con un árbol lleno de virtudes que ni siquiera sabíamos que estaban. (Participante 3, sesión 4)

Yo como que he como revivido de pequeña...clase a clase hemos ido hablando y como recordando situaciones y de repente cuando tú me decías con qué soñaba yo nunca he pensado mucho o qué tiene de bueno cada una ¿Te acuerdas que había una parte que decía qué es lo que a uno le gusta de uno? Y yo ¡oy! ...nunca me había imaginado decir tengo bueno esto. (Participante 10, sesión 4)

Se les invita a pensar una forma de plasmar lo recorrido. Proponen realizar un gran árbol que una las ideas de todas/os las/os participantes. Ellas piensan en la idea de dibujar este árbol del que tanto se ha conversado. Se les comenta que el árbol de la vida originalmente es una actividad de dibujo, aunque nunca se dibujó en este taller. Durante la quinta sesión, en la actividad del dibujo propuesto, se mostraron sorprendidas/os porque si bien nadie la dirigió, coordinaron de manera en que se respetó la opinión de todas/os.

### **Cierre y Documento Colectivo**

El cierre consistió en tres momentos y se realizó un mes después del fin de los talleres. El primero fue un video que sintetizaba las sesiones con fotografías

y videos tomadas durante su realización. El segundo fue la lectura y revisión del documento colectivo y finalmente la entrega de certificados de cierre del proceso, en el cual el grupo eligió el contenido del certificado. A continuación, un fragmento del documento colectivo realizado:

***La unión hace la fuerza cuando viene la tormenta***

A través del taller, nos hemos conocido a nosotras mismas, a través de la confianza, la amistad que se ha generado en el grupo. En esta comunidad no existe el qué dirán, todas respetamos nuestra opinión, sin fijarnos en nuestra situación económica, igual que en el colegio. La unión hace la fuerza cuando viene la tormenta. Como la gente se une para protegerse de pequeños problemas y grandes catástrofes. La unión hace la fuerza cuando viene la tormenta. Comprender lo positivo de no ser individualista porque, así como damos vamos a poder recibir. La unión hace la fuerza cuando viene la tormenta. Pues la fuerza y poder del amor familiar provoca mayores y mejores fuerzas.

***Y el futuro, con respecto a los sueños....***

Saber que unidos alcanzaremos más logros. Y el futuro, con respecto a los sueños...Para darnos cuenta que aún somos capaces y útiles para proyectarnos a nosotras con nuevos desafíos. Y el futuro, con respecto a los sueños ... Fue bonito empezar con el árbol de la vida que nos hizo recordar el pasado, el presente y el futuro, con respecto a los sueños. Así lo haremos extensivo a nuestros hijos y nietos, para así lograr una raíz fuerte y llegar a hacer un árbol firme. (Documento colectivo, sesión de cierre)

Con estas reflexiones finalmente se documenta estas nuevas prácticas y conocimientos que apoyan la nueva narrativa personal a través de un medio literario (White, 1995) como es el documento colectivo.

En cuanto a los resultados cuantitativos de pre y post-test aplicados, para el instrumento Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage et al. (1983), se realizó un análisis de medidas repetidas para muestras relacionadas a través del paquete estadístico Jamovi®. Las medias para los grupos disminuyeron desde 2,44 al inicio de la intervención hasta 1,69 al término de esta (ver tabla 2). Es importante mencionar que esta escala se toma solamente como una referencia al comienzo para conocer las características del grupo. Ya que la depresión no es un elemento abordado de forma teórica en este trabajo.

Tabla 2  
*Medias de Sintomatología Depresiva de los Grupos Pre-Post Intervención*

	N	Media	Mediana	DS	EE
Pre	16	2.44	2.00	1.71	0.428
Post	16	1.69	1.00	1.85	0.463



Debido a que los datos no se distribuyeron normalmente, se aplicó la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon, observándose una diferencia estadísticamente significativa entre las medias pre-post ( $W = 42,5$ ;  $p = 0,018$ ). Adicionalmente, se calculó el tamaño del efecto entre estas dos mediciones observándose un tamaño de  $d = 0,75$ . Este último valor es de gran relevancia dado que da cuenta de que la intervención tuvo un efecto que puede ser caracterizado como “medio” (Cohen, 1988).

### Discusión

En cuanto a las fortalezas de la concepción teórica que guio la intervención, tuvo una importante acogida en el grupo la facilitación de tipo posmoderna (Grandesso, 2015), que buscó que las participantes tomen el protagonismo necesario para llevar adelante el taller, declarando que se sintieron libres en este aspecto. El elemento que aportó novedad en esta intervención correspondió a las actividades corporales y de juego en el taller, siendo esta adaptación evaluada por el grupo desde su aporte al dinamismo. Por lo tanto, es importante continuar explorando con intervenciones en las que se incorporen actividades corporales y de movimiento para AM. La recomendación para los próximos terapeutas que trabajen con este formato, es calcular el tiempo de participación que requerirá el grupo según su tamaño, de modo que puedan todos tener oportunidad de participar.

Respecto a las preguntas que orientaron las sesiones, al grupo le aportó sentido la pregunta por las fortalezas, aunque resultó difícil de responder por motivos culturales. Posteriormente lo valoraron como algo nuevo, que no habían conversado antes y fue un hallazgo para varias de las participantes. Queda abierta la interrogante sobre género, ya que en su mayoría las participantes eran mujeres y muchas señalan haber tenido dificultades para pensar en sus propias fortalezas a propósito de la propuesta social de “no hablar de forma presuntuosa de sí mismas”. Para futuras intervenciones se sugiere generar andamiaje antes de llegar a la pregunta por las fortalezas, es decir, preparar la pregunta previamente acercando el tema.

En cuanto a la pregunta por las personas que han sido importantes o inspiradoras en sus vidas, lo relacionaron con los propios legados: es decir, al pensar en ellas, muchos recordaron a sus padres o cuidadores, y tomaron valores que ellos les enseñaron. Esperan que estos mismos valores sean un legado para las siguientes generaciones. Además, el grupo valoró en gran medida que el trabajo haya sido colectivo y el poder compartir con otros que se encuentran en circunstancias similares, lo que abre reflexiones nuevas y esperanzadoras. Como también un sentido de comunidad.

Como limitaciones se plantea la imposibilidad de generalizar los resultados, ya que como estudio se centra en la particularidad y en la profundización del caso. Además, los valores de la escala aplicada deben ser tomados con cautela ya que el diseño pre-post test no cuenta con grupo control y, por tanto, no es posible concluir realmente que la intervención es “efectiva” en términos de lo que se espera para

un diseño cuasi-experimental.

Se propone que futuras líneas indaguen en mayor medida en los elementos de género presente en AM al momento de referirse al trabajo con fortalezas. Plantearse la pregunta sobre conocer si es que la sensación de estar sujetas a un rol de cuidador/a, y el no tener tiempo para pensar su propia identidad se relaciona más con lo generacional, con elementos de género (Grigoryeva et al., 2019), o con ambos.

### Conclusiones

Respondiendo a la pregunta central de este trabajo: ¿de qué manera puede aportar un trabajo de prácticas narrativas colectivas en la percepción identitaria de un grupo de adultos mayores? Se puede decir que el grupo de este taller de PNC valoró especialmente las preguntas sobre las raíces de su vida, y sobre los aprendizajes que tuvieron en etapas iniciales de su vida. Porque recordar les conecta con sensaciones agradables de su pasado, como también la oportunidad de conversar con otras personas con intereses en común. Además, integraron recuerdos que, según señalan, “estaban guardados bajo cuatro llaves”, lo que les permitió posteriormente generar una articulación con otros elementos identitarios y reconocer que hay valores que han sido transversales en sus vidas.

Los cambios observados en cuanto a las narrativas identitarias son: (1) Inicialmente tenían la sensación de que no tenían algo que decir a las generaciones posteriores, pero este relato cambia cuando se habla del legado. Se observa un cambio en la forma de percibir los aportes que han realizado o que pueden realizar a la sociedad. (2) Cuando se abre la pregunta sobre las propias fortalezas, fue inicialmente difícil porque es una pregunta que no estaban acostumbrados a hacerse, por lo tanto, se elabora una respuesta en este proceso. Esta nueva respuesta se relaciona con la forma en que perciben su identidad.

En cuanto al enfoque posmoderno que guió la intervención, las participantes percibieron mayor libertad en las actividades, junto con un clima de respeto. Y el trabajo en colectividad resultó importante en términos de afrontar dificultades, ya que el grupo disminuye su sensación de soledad al compartir un problema en común. La participación ciudadana o social resulta muy importante para las/os AM, quienes se encuentran altamente comprometidos con sueños, que más que individuales, son comunitarios. En definitiva, el modelo de PNC fue de gran utilidad para el desarrollo del trabajo, ya que les permite desprender reflexiones colectivas y esperanzadoras.

### Agradecimientos

Al Centro Comunitario para la Educación en Salud de San Roque (CCESSR). A la formación de Magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso.

## Referencias

- Árraga, M., Sánchez, M., Pirela, L. y Mariotti, L. (2016). Actitud de adultos venezolanos hacia la vejez. *Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología*, 25(4), 299–313.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2(1), 53-82.
- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de ética profesional*. <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2021/06/1999-Codigo-de-Etica-2a-Edicion.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.) [*El análisis del poder estadístico para las ciencias de la conducta*]. Lawrence.
- Denborough, D. (2008). *Collective Narrative Practice. Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma* [*Práctica narrativa colectiva. Respondiendo a personas, grupos y comunidades que han experimentado traumas*]. Dulwich Centre Publications.
- Epston, D. (2011). El poder del conocimiento: la recuperación del poder a través del conocimiento local (M. Campillo Trad.). *Revista Electrónica: Procesos Psicológicos y Sociales*, 7(1 y 2), 1-8.
- Flores, M. y Leal, J. (2019). Envejecimiento y políticas públicas. Un desafío en México para la intervención del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 86(1), 53-66. <https://doi.org/10.12960/TSH.2019.0004>
- Gibbs, G. R. (2007). *Analysing qualitative data* [*Analizando datos cualitativos*]. Sage.
- Grandesso, M. (2015). *Terapia comunitaria: un espacio colectivo de diálogo y conversaciones transformadoras. En diálogos para la transformación. Experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica*. WorldShareBooks.
- Grigoryeva, I., Vidiasova, L., Dmitrieva, A. y Sergeyeva, O. (2019). What does it mean to be old? “elderly” identity as a sociological problem. En I. Grigoryeva, L. Vidiasova, A. Dmitrieva y O. Sergeyeva (Eds.), *Elderly Population in modern Russia* (pp. 55-71). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-96619-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-96619-9_4)
- Guirland, A. y Rangel, M. (2014). A construção narrativa da identidade [Una construcción narrativa de la identidad]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 163-170. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100018>
- Iacob, R. (2011). *Identidad y Envejecimiento*. Paidós.
- INE. y Godoy, G. (2020). *Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan?* <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu% C3%A1ntos-hay-d% C3%B3nde-viven-y-en-qu% C3%A9-trabajan>
- Lovo, J. (2021). Crisis familiares normativas. *Aten Fam*, 28(2), 132-138. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78804>
- Luck, L., Jackson, D. y Usher, K. (2006). Case Study: A Bridge across the Paradigms [Estudio de caso: un puente a través de los paradigmas]. *Nursing Inquiry*, 13(2), 103-109. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00309.x>
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories [La psicología de las historias de vida]. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021). *Guía práctica salud mental y bienestar para personas mayores*. [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/SD\\_OK\\_-2.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/SD_OK_-2.pdf)
- Miles, M. y Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis. A source book of new methods* [*Análisis de datos cualitativos. Un libro de consulta de nuevos métodos*]. Sage.
- Ncube-Mlilo, N. y Denborough, D. (2007). *Tree of life, mainstreaming psychosocial care and support: a manual for facilitators* [*Árbol de la vida, transversalización de la atención y el apoyo psicosocial: manual para facilitadores*]. REPSSI.
- Pan, L. (2017). Vejez y envejecimiento en China. *Estudios de Asia y África*, 52(2), 459–470. <https://doi.org/10.24201/ea.v52i2.2322>
- Rodríguez-Jiménez, R. M. y Dueso, E. (2015). Consideraciones alrededor de la Danza-movimiento Terapia y sus aplicaciones en el ámbito social. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, 10(1), 127-137. [https://doi.org/10.5209/rev\\_ARTE.2015.v10.51687](https://doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51687)
- Starman, A. B. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of Contemporary Educational Studies*, 64(1), 28–43.
- Villar, F. y Serrat, R. (2015). El envejecimiento como relato: Una invitación a la gerontología narrativa. *Revista Kairós Gerontología*, 18(2), 9-29.
- White, M. (1995). *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays* [*Re-autorización de vidas: entrevistas y ensayos*]. Dulwich.
- White, M. (2000). *Reflections on Narrative Practice* [*Reflexiones sobre la práctica narrativa*]. Dulwich.
- White, M. (2004). *Narrative Practice and Exotic Lives: Resurrecting diversity in everyday life* [*Práctica narrativa y vidas exóticas: resucitar la diversidad en la vida cotidiana*]. Dulwich.

- White, M. (2006). *Narrative Therapy with Children and their Families* [Terapia narrativa con niños y sus familias]. Dulwich.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice* [Mapas de práctica narrativa]. Norton.
- White, M. (2011). *Narrative Practice: Continuing the conversations* [Práctica narrativa: Continuando las conversaciones]. Norton.
- White, M. y Epston, D. (1989). *Literate Means to Therapeutic Ends* [Significados literarios para fines terapéuticos]. Dulwich.
- White, M. y Epston, D. (1992). *Experience, Contradiction, Narrative and Imagination: Selected papers of David Epston & Michael White, 1989-1991* [Experiencia, contradicción, narrativa e imaginación: artículos seleccionados de David Epston y Michael White, 1989-1991]. Dulwich.
- White, M. y Epsom, D. (1993). *Narrative means to therapeutic ends* [Medios narrativos para fines terapéuticos]. Norton.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V. O. (1983). Development and validation of geriatric depression screening scale: A preliminary report [Desarrollo y validación de la escala de cribado de depresión geriátrica: un informe preliminar]. *Journal of Psychiatry Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)



# CLINICAL PSYCHOLOGY DURING THE COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCES FROM SIX FRONTLINE HOSPITALS IN MEXICO

## PSICOLOGÍA CLÍNICA DURANTE COVID-19: EXPERIENCIAS DE SEIS HOSPITALES DE PRIMERA LÍNEA EN MÉXICO

**Edgar Landa-Ramírez**<sup>1,2</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8378-8670>

**Eryka del Carmen Urdapilleta-Herrera**<sup>5</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4981-9047>

**Cintia Tamara Sánchez-Cervantes**<sup>3</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9365-6233>

**Jorge Luis Basulto-Montero**<sup>6</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9822-9820>

**Sofía Sánchez-Román**<sup>4</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8619-6398>

**Lucía Ledesma-Torres**<sup>7</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0955-622X>

1. Programa de Psicología Urgencias,  
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Mexico City, Mexico
2. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico City, Mexico
3. Unidad de Salud Mental, Hospital Juárez de México, Mexico City, Mexico
4. Departamento de Neurología y Psiquiatría,  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Mexico City, Mexico
5. Dirección Médica, Programa de Apoyo a Pacientes y Familiares,  
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Mexico City, Mexico
6. Departamento de Psicología, Hospital General Acapulco, Acapulco City, Mexico
7. División de Neurociencias,  
Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” -ISSSTE, Mexico City, Mexico

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Landa-Ramírez, E., Sánchez-Cervantes, C. T., Sánchez-Román, S., Urdapilleta-Herrera, E., Basulto-Montero, J. L., & Ledesma-Torres, L. (2021). Clinical psychology during the COVID-19 pandemic: Experiences from six frontline hospitals in Mexico [Psicología clínica durante COVID-19: Experiencias de seis hospitales de primera línea en México]. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 143-155. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.588>



### Abstract

*Around the world, the COVID-19 pandemic has generated clinical challenges for health personnel in general, and particularly hospital personnel. In Mexico, the clinical psychologists who are part of the local hospital systems have adapted professional practices to provide mental health care in COVID-19 frontline hospitals. This text describes the actions, lessons, and challenges arising from treating patients, families, and health workers in six COVID-19 hospitals in Mexico. It highlights the main problems identified, strategies to address them, and the barriers encountered during this pandemic. Finally, this paper may be useful for planning clinical psychological activities within COVID-19 hospitals in locations where new waves of contagion appear.*

Keywords: COVID-19, psychological intervention, mental health, Mexico

### Resumen

*A nivel mundial la pandemia COVID-19 ha generado retos clínicos al personal de salud en general y al personal hospitalario en particular. En México, los psicólogos clínicos que forma parte de los sistemas hospitalarios, ha adaptado su práctica profesional para poder brindar atención en salud mental en los hospitales COVID-19. Este escrito describe las acciones y retos derivados de la atención clínica a pacientes, familiares y personal de salud en seis hospitales COVID-19 en México. Se resaltan los principales problemas identificados, las estrategias para abordarlo y las barreras encontradas durante esta pandemia. Finalmente, este escrito puede ser de utilidad para planeación de actividades psicológicas clínicas dentro de hospitales COVID-19, en aquellos lugares en donde vienen nuevas olas de contagio.*

Palabras clave: COVID-19, intervención psicológica, salud mental, México



COVID-19 has placed great stress on hospitals and healthcare professionals, and diverse global health systems have had to respond with structural adjustments to augment the availability of hospital beds, ventilators, and personal protective equipment (PPE) and bolster the amount of sufficient health personnel, who must be prepared and protected to be able to address the various novel challenges presented during this pandemic (Bamias et al., 2020; The Lancet, 2020). This has posed major challenges for hospital professionals, health staff in general, and mental health staff in particular (Percudani et al., 2020). The clinical psychology sector of hospital systems has also needed to adapt its professional practices to provide care during the pandemic, thus generating valuable learning opportunities and challenges for psychological care needs on the front lines of COVID-19 (Cao di San Marco et al., 2020; Landa-Ramírez et al., 2020). As such, this text seeks to describe the lessons, practices and challenges which arose from providing clinical care to patients, families, and health workers in six COVID-19 hospitals in Mexico during the first seven months of this pandemic (February-September 2020).

### **Context of the Development of COVID-19 in Mexico**

At the time of writing, August of 2021, Mexico had reported over three million cases of SARS-COV-2 and over 250,000 deaths, ranking among highest numbers of COVID-19 contagions and deaths of any country in the world (Secretaría de Salud [Ministry of Health], 2021). The first case of SARS-COV-2/COVID-19 in Mexico was registered at the end of February, 2020. Due to the transmission behavior of the virus, it was possible to identify and observe the problems related to COVID-19 that were occurring in other countries such as China, Italy, Spain and the USA for weeks in advance (World Health Organization [WHO], 2020), and preparatory measures to prevent hospital saturation were taken in Mexico (e.g., population quarantine and creation of specific hospitals for the care of patients with COVID-19), as well as actions focused on preparing, organizing and training hospital health staff in order to meet the specific needs created by the pandemic. Despite taking these actions, Mexico's preparatory capacity was limited, in large part due to political tension between local and federal governments which resulted in an uncoordinated response to COVID-19. Ultimately Mexico was one of the countries hit hardest by the COVID-19 pandemic in 2020 (Taylor, 2020). Further challenges included Mexico's high levels of poverty and chronic degenerative diseases such as obesity, hypertension and diabetes (Pablos-Méndez et al., 2020).

The confluence of these factors had a considerable impact on hospital psychological work, as previous reports from other countries indicated a great need for psychological care for frontline health personnel, relatives, and patients with COVID-19 (Cao di San Marco et al., 2020; Lai et al., 2020); work focused on mental health was therefore prioritized in COVID-19 hospitals in Mexico. Many private and public hospitals in Mexico staffed full-time clinical psychologists before the onset of the pandemic, who worked together with psychiatrists and mental health

nurses for assessing and treating mental health in the hospital setting. Building on these years of clinical experience, the unique challenges of COVID-19 necessitated new adaptations to address mental health for patients, relatives, and health personnel in COVID-19 hospitals in Mexico, as described below.

### **Caring for COVID-19 Patients**

This work involved both patients presently hospitalized for COVID-19 and those who had been discharged due to improvement. The work was carried out face-to-face, remotely or with mixed methods. Patients were selected based on referral by the healthcare team or by the psychologist when going from bed to bed to inquire about the patients' needs. Evaluations were carried out through semi-structured clinical interviews and sporadic application of instruments, either online or in-person. Remote work was carried out through the use of the internet, electronic tablets, and smartphones, and, in the case of one hospital, remotely controlled robots used to help implement psychological evaluations and interventions with the patient. The relevance and usefulness of online work for mental health care during this pandemic, in addition to its relevance to reduce the risk of contagion, was observed in China at earlier phases of the pandemic (Gong et al., 2020; Liu et al., 2020).

The main mental health issues reported by the patients were: depressive and anxious symptoms, stress due to the hospital stay, sleep problems, need to communicate with their relatives, need for more information about COVID-19, concerns about their health, need for support for decision-making about medical procedures, anger, emotional crisis from hospitalization, desire to leave the hospital, feelings of unreality, loneliness, and fear of dying. Several of these needs are similar to those reported in other writings about patients who had COVID-19 and who were hospitalized for this disease (Guo et al., 2020; Zhang et al., 2020a). Discharged patients--especially in patients who were intubated--experienced additional acute stress problems including panic attacks, fear of the aftermath of the disease, fear of reinfection, the emergence of obsessive-compulsive disorder (OCD), and fear of reintegration to hospital activities (in the case of COVID-19 patients who are healthcare workers). These problems reflect those reported in other patients who are recovering from COVID-19, or who had a prolonged hospitalization (Grover et al., 2019; Vindegaard & Benros, 2020).

The primary and most effective techniques used were: psychoeducation, relaxation techniques, decisional balance, coping strategies, cognitive restructuring components, and, if relevant, evidence-based therapies used to create a treatment plan for users; for example, cognitive behavioral therapy (CBT) for depression and panic attacks, acceptance and commitment therapy for depression, or a combination of psychological therapy and pharmacological support (Axelsson et al., 2020; Barbui et al., 2020). Another action carried out for emotional support was the implementation of video calls (5-10 minutes) between hospitalized patients and their relatives,

which allowed for better communication between them and in some cases allowed the family member to say goodbye to the patient before their death. Interventions with hospitalized patients were given in a range of two to four sessions, lasting 20 to 60 minutes per session. Interventions with patients discharged from the hospital were given in an average of three sessions when emotional monitoring was given, and for more than eight sessions when a specific therapeutic intervention program was applied. Finally, it is important to highlight that in order to access COVID-19 wards, the psychologists were trained in biosafety care and the use of PPE.

### **Caring for Relatives**

Working with relatives of COVID-19 patients can be classified in three contexts: 1) psychological support during their relative's hospital stay; 2) support with the transmission of bad news or notification of death of the patient; 3) post-hospital support. Due to the confinement measures, most of the work with relatives was done remotely; however, given that quarantine was not mandatory in Mexico (given the country's high levels of poverty, isolation was not financially feasible for many Mexicans), the work could be carried out either in person or remote. Evaluations and interventions were carried out either in person or remotely; in the case of remote work, video calls or telephone calls were used. Face-to-face evaluations and interventions were carried out in open areas of hospitals (gardens or esplanades) and within hospital facilities. In the latter case, a private space was provided where biosafety measures could be adhered to.

The main problems identified in caregivers were: fear and uncertainty about hospitalization and evolution of the health status of their patients, fear of being a carrier of SARS-COV-2, need for information about COVID-19, anger at the impossibility of seeing the patient, need to communicate with the patient, depressive and anxious symptoms, sleep problems, stress due to the hospital stay, emotional exhaustion due to patient care, financial problems, crisis due to notification of death, and grief. A high impact on the 'mental health burden' of caregivers of patients with various chronic diseases and relatives of patients with COVID-19 has previously been reported (Koyanagi et al., 2018; Mazza et al., 2020).

Psychological support given to family members during the hospitalization of their relative was focused on psychoeducation about SARS-COV-2/COVID-19, identification of possible symptoms of COVID-19 in family members, and communication strategies with their hospitalized relative. When working with the emotional distress of a family member during the hospitalization of their relative, workers applied emotional restraint to emotional lability, promoted the use of support networks, demonstrated techniques for managing anxiety and emotional distress, and if the problems identified were more intense emotional disorders, coordination was carried out so that this family member could receive remote psychotherapy for the specific emotional problem (Chi & Demiris, 2015; Marzorati et al., 2018).

In the case of death notifications, both face-to-face and telephone crisis support

skills (connect with the person; focus the call; relieve any emotional stress; promote coping strategies; and decide on the next steps (Kitchingman et al., 2015)) were adapted to the COVID-19 context; although telephone intervention was an option, several family members refused to take the call or did not have the physical or emotional ability to do so at that time. In the case of death, providing psychological support to this population was especially challenging due to deep-rooted cultural beliefs around burial and rites, based in Pre-Hispanic and Catholic syncretism, to be carried out when a loved one dies. Given the pandemic context, the Mexican government encouraged people to cremate rather than bury deceased COVID-19 patients, and attendance to funerary rituals were restricted. This generated great distress among the relatives of deceased patients (Landa-Ramírez et al., 2020).

Calls were coordinated with the relatives of patients who left the hospital to identify their emotional state and, if appropriate, start remote psychotherapy work. Both face-to-face and remote interventions were delivered on average over four sessions lasting 40 to 60 minutes per session. However, crisis interventions in the face of death notification, by their nature, are more challenging, therefore these interventions were carried out in a single session accompanied by a follow-up call (generally one week after cremation or burial) and generally lasted between 90 and 120 minutes.

### **Caring for Hospital Personnel**

Psychological work with hospital staff was focused on the following actions: 1) evaluation of psychological problems; 2) preventive and informative strategies; 3) psychological interventions. Generally, hospital staff directly sought psychological support, or were referred by a coworker. Evaluations, preventive strategies and interventions were applied in various modalities: face-to-face, remote, or mixed. In order to carry out evaluations, internet pages, online links or the application of physical instruments were used, and an attempt was always made to give immediate recommendations for their emotional health status.

The main problems identified in this population were: fear of becoming infected and infecting their loved ones, emotional distress due to not being able to see their family, fear of having a permanent aftermath effect on their health, fear of dying (for those that contracted COVID-19), guilt over the thought of having infected a loved one (for those that contracted COVID-19), anxiety or depressive symptoms, OCD, alcohol use, sleep problems, panic attack, burnout, compassion fatigue, post-traumatic stress, problems with coworkers, irritability, anger, frustration, desire to leave the hospital, and emotional crisis due to the hospitalization or death of a coworker due to COVID-19. Several of these problems have been previously reported in health personnel during this pandemic (Pappa et al., 2020), in prior pandemics (Kisely et al., 2020) and in other Spanish-speaking populations including Spain (Alonso et al., 2021) and Mexico (Robles et al., 2020).

Preventive strategies were focused on promoting balanced nutrition, exercise,

mental health care, social support with colleagues and remote contact with loved ones. These actions have been recommended for mental health care in hospital staff and have been identified as an important component for preventing burnout (Pan American Health Organization, 2020; Yildirim et al., 2021) or even moral injury stemming from professional decision-making when treating COVID-19 patients (Williamson et al., 2020).

Mental health information was sent to the hospital staff's email, informational posters were set up in COVID-19 wards, online technology was used (social networks, videos to share mental health information), group workshops were promoted (two or three sessions of 60 minutes each) to identify sources of stress and promote emotional expression and, if required, work was carried out through individual psychological therapies. The interventions were given on average over two sessions (for acute emotional distress) lasting 60 to 90 minutes per session; and more than eight sessions (50 to 60 minutes per session) when a treatment was applied for a specific psychological issue. The main techniques used were: psychoeducation, relaxation techniques, support for self-care, sleep hygiene, autogenous relaxation, decisional balance, components of emotional containment and crisis intervention, and components of cognitive restructuring.

The therapies that were most used were CBT, exposure therapy, Acceptance and Commitment Therapies for depression, anxiety and panic attack (Bandelow et al., 2015; Twohig & Levin, 2017), and individual interventions focused on mindfulness and organizational modifications for the management of burnout (Panagioti et al., 2017; Zhang et al., 2020b). The intervention strategies used in Mexico are very much in line with the interventions used in Spain during the first wave of the pandemic. In Spain, mental health services from 36 public hospitals reported working both face-to-face and via online therapy. They also reported that the most common aim of these interventions was emotional regulation of health care workers. Finally, psychoeducation and CBT techniques were frequently used during individual interventions, while psychoeducation and mindfulness were primarily used during group interventions (Priede et al., 2021).

In the case of three hospitals in Mexico, psychological work was carried out directly with health personnel in the COVID-19 wards through videos, relaxation audio recordings, and music (Ozgundondu & Gok Metin, 2019). In one of the hospitals, staff managed stress and anxiety through contact with a trained dog named "One-Eyed Harley" (a practice which followed strict biosecurity measures) within the COVID-19 wards. The successful use of 'hospital-based animal therapy' as an option to support the mental health of the hospitalized population is well documented in the literature (Chubak et al., 2017; Holder et al., 2020), but while this intervention is widely accepted by health personnel, more data is needed to reinforce recommendation of the practice. Table 1 describes assessments, psychological interventions, and primary barriers inside COVID-19 hospitals.

## Lessons Learned

At the beginning of the pandemic, some countries considered hospital mental health personnel to be non-essential, and these staff members were therefore quarantined in order to protect them from possible infections (Duan & Zhu, 2020; Li et al., 2020). With the evolution of the pandemic, however, the great need for emotional support and the relevance of mental health personnel's work became evident. This has made it easier for hospital psychologists in Mexico to be part of the COVID-19 pandemic response team, thus enabling the generation of experiences in clinical application in the pandemic context. Undoubtedly, the clinical application of hospital psychological work during the pandemic is very challenging; for example, due to the use of PPE and maintaining physical distance, communication with patients and relatives is diminished, and the psychologist must therefore increase efforts to transmit her or his message. This situation, combined with the use of PPE, makes clinical sessions particularly strenuous. Similarly, one must be prepared to deal with the physical and cognitive complications of patients (dyspnea or attention problems, for example) and be aware that due to their severity, a number of the patients with whom psychological work has been initiated will have to be intubated or they will die. Due to the above, a hospital psychologist must have the temperament to be able to cope with a large amount of human suffering from patients, family members and health personnel.

A hospital clinical psychologist must use and adapt to the best available evidence to treat emotional problems in the COVID-19 context. Because most of the research in the area of mental health comes from developed countries or countries with very different cultural aspects (Vindegard et al., 2020), it is important to adapt said evidence to the cultural, institutional and idiosyncratic conditions of the country in which they are being applied. Likewise, it is recommended to pay special attention to those patients, relatives, or health personnel who, prior to the pandemic, already had a mental health problem (personality disorders, previous grief, or emotional problems), because this population is quite large and is especially vulnerable to negative mental health impacts during the pandemic (Percudani et al., 2020).



Table 1  
Description of Evaluations, Psychological Interventions, and Primary Barriers in COVID-19 Hospitals

	Psychological evaluations	Barriers found	Psychological Interventions	Barriers found
Patient care	Semi structured face-to-face clinical interview Remote semi-structured clinical interview (use of tablets or cell phones) Application (on tablets) of instruments for specific psychological problems +	Physical and cognitive impairment Constant dyspnea and fatigue Several patients in the prone position + Complicated communication due to protective equipment + Internet connection problems Limited time to evaluate the patient +	Psychoeducation about COVID-19 Relaxation and breathing techniques Coping strategies Evidence-based therapies for any psychopathological problems (depression, panic attack) Emotional containment Decision making Support during communication with loved ones	Few intervention sessions Limited time to work with the patient + Internet connection problems Mild concentration problems Fatigue
Care for relatives	Semi-structured face-to-face or remote clinical interview (use of tablets or cell phones) Application of instruments for specific psychological problems + Remote family group interviews	High stress levels Internet connection problems Few possibilities for face-to-face support networks Complex emotional reactions to the death notification Impossibility of physical contact Complicated communication due to protective equipment +	Psychoeducation about COVID-19 Self-care measures for the possible development of SARS-COV-2 Sharing mental health information via email/cell phone Relaxation and breathing techniques Emotional containment Intervention in crisis surrounding the death of the loved one Steps to troubleshoot Making individual or family decisions regarding patient care Evidence-based therapies for any psychopathological problems (depression, panic attack, grief)	Tiredness on the part of the relative Internet connection problems Previous physical or mental health problems of the relative Overload of activities for the family member



	Psychological evaluations	Barriers found	Psychological Interventions	Barriers found
Care for hospital staff	Semi-structured face-to-face or remote clinical interview (use of tablets or cell phones) Face-to-face or online application of instruments for specific psychological problems + Group interviews with biosecurity measures Medical tests to rule out biological problems that explain psychological distress	Resistance to taking psychological evaluations Lack of time Hopelessness that there could be a change in work organization	Sharing mental health information via email, cell phone, in brochures, infographics, posters, video/audio and internet pages Campaigns for the availability of psychological care via face-to-face or remotely Group psychological sessions with interventions such as Mindfulness, CBT or listening groups Emotional containment in the face of emotional crises Evidence-based individual therapies for some psychopathological problems	Stigma of receiving mental health care; "I'm not crazy" Hospitalization and death of co-workers Heavy workload

Note: + Only during hospitalization ++ Only after hospitalization

The physical and emotional care of the psychology staff is of great importance. In the case of the authors, in addition to the proper use of PPE, it has been necessary to follow protocols for cleanliness, distance, and the application of continuous SARS-COV-2 tests; even so, there have been cases of COVID-19 in hospital psychologists. Outside the hospital, it has been necessary to maintain quarantine, follow healthy eating plans, exercise, maintain online contact with family networks, employ techniques for mental health care (meditation and relaxation), avoid oversaturation of information, and seek psychotherapeutic support if required. These self-care strategies are in line with the recommendations given by The Pan American Health Organization (2020) and a confederation in Spain (Confederación Salud Mental España, 2021) for managing the mental health of hospital personnel during the COVID-19 pandemic. These protective factors are very important, since the hospital psychologist can present the same problems previously described in health care workers; in addition, hospitals face a strenuous and unprecedented demand for mental health care in the populations described.

Finally, this writing constitutes an effort to synthesize the experience and recommendations of clinical psychological work within COVID-19 hospitals; however, it is based solely on clinical experience. Therefore, it is recommended that in future work the impact of the psychological actions carried out in this area be measured and reported systematically. The clinical experience presented here, in combination with the increasing empirical psychological evidence reported in world research, can be very useful to help with organization and decision-making for care of mental health needs during this and perhaps future pandemics.

## References

- Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., Aragonès, E., Campos, M., Cura-González, I. D., Emparanza, J. I., Espuga, M., Forjaz, M. J., González-Pinto, A., Haro, J. M., López-Fresneña, N., Salazar, A. D. M., Molina, J. D., Ortí-Lucas, R. M., Parellada, M., ... MINDCOVID Working group. (2021). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental*, 14(2), 90-105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2021.05.003>
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Björkander, D., Hedman-Lagerlöf, M., & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Effect of internet vs face-to-face cognitive behavior therapy for health anxiety: A randomized noninferiority clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 915-924. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0940>
- Bamias, G., Lagou, S., Gizis, M., Karampekos, G., Kyriakoulis, K. G., Pontas, C., & Mantzaris, G. J. (2020). The Greek response to COVID-19: A true success story from an IBD perspective. *Inflammatory Bowel Diseases*, 26(8), 1144-1148. <https://doi.org/10.1093/ibd/izaa143>
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183-192. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>
- Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Acarturk, C., Eaton, J., Gastaldon, C., Gureje, O., Hanlon, C., Jordans, M., Lund, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Papola, D., Tedeschi, F., Tol, W., Turrini, G., Patel, V., & Thornicroft, G. (2020). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: An umbrella review. *The Lancet. Psychiatry*, 7(2), 162-172. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30511-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30511-5)

- Cao di San Marco, E., Menichetti, J., & Vegni, E. (2020). COVID-19 emergency in the hospital: How the clinical psychology unit is responding. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S43-S44. <https://doi.org/10.1037/tra0000684>
- Chi, N.-C., & Demiris, G. (2015). A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(1), 37-44. <https://doi.org/10.1177/1357633X14562734>
- Chubak, J., Hawkes, R., Dudzik, C., Foose-Foster, J. M., Eaton, L., Johnson, R. H., & Macpherson, C. F. (2017). Pilot study of therapy dog visits for inpatient youth with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 34(5), 331-341. <https://doi.org/10.1177/1043454217712983>
- Confederación Salud Mental España. (2021). *Salud mental y COVID-19 [Mental Health and COVID-19]*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Gong, K., Xu, Z., Cai, Z., Chen, Y., & Wang, Z. (2020). Internet hospitals help prevent and control the epidemic of COVID-19 in China: Multicenter user profiling study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e18908. <https://doi.org/10.2196/18908>
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2019). Post-traumatic stress disorder (PTSD) related symptoms following an experience of delirium. *Journal of Psychosomatic Research*, 123, 109725. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.05.003>
- Guo, Q., Zheng, Y., Shi, J., Wang, J., Li, G., Li, C., Fromson, J. A., Xu, Y., Liu, X., Xu, H., Zhang, T., Lu, Y., Chen, X., Hu, H., Tang, Y., Yang, S., Zhou, H., Wang, X., Chen, H., ... Yang, Z. (2020). Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: A mixed-method study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.038>
- Holder, T. R. N., Gruen, M. E., Roberts, D. L., Somers, T., & Bozkurt, A. (2020). A systematic literature review of animal-assisted interventions in oncology (Part II): Theoretical mechanisms and frameworks. *Integrative Cancer Therapies*, 19, 1534735420943269. <https://doi.org/10.1177/1534735420943269>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: Rapid review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 369, m1642. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
- Kitchingman, T. A., Wilson, C. J., Caputi, P., Woodward, A., & Hunt, T. (2015). Development and evaluation of the telephone crisis support skills scale. *Crisis*, 36(6), 407-415. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000341>
- Koyanagi, A., DeVlyder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., & Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N. A., Hernández-Núñez, M. E., Díaz-Vásquez, L. P., & Santana-García, I. A. (2020). Psychological support during COVID-19 death notifications: Clinical experiences from a hospital in Mexico. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(5), 518-520. <https://doi.org/10.1037/tra0000679>
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z.-H., Zhao, Y.-J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y.-T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732-1738. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y.-T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), e17-e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Marzorati, C., Renzi, C., Russell-Edu, S. W., & Pravettoni, G. (2018). Telemedicine use among caregivers of cancer patients: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(6), e223. <https://doi.org/10.2196/jmir.9812>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>

- Ozgundodu, B., & Gok Metin, Z. (2019). Effects of progressive muscle relaxation combined with music on stress, fatigue, and coping styles among intensive care nurses. *Intensive & Critical Care Nursing, 54*, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.07.007>
- Pablos-Méndez, A., Vega, J., Aranguren, F. P., Tabish, H., & Raviglione, M. C. (2020). COVID-19 in Latin America. *BMJ, 370*, m2939. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2939>
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine, 177*(2), 195-205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
- Pan American Health Organization. (2020). *Folleto: Cuidando la salud mental del personal sanitario durante la pandemia de COVID-19 [Brochure: taking care of the mental health of personal healing during the Covid-19 pandemic]*. <https://www.paho.org/es/documentos/cuidando-salud-mental-personal-sanitario-durante-pandemia-COVID-19>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity, 88*, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Percudani, M., Corradin, M., Moreno, M., Indelicato, A., & Vita, A. (2020). Mental health services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research, 288*, 112980. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112980>
- Priede, A., López-Álvarez, I., Carracedo-Sanchidrián, D., & González-Blanch, C. (2021). Mental health interventions for healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. *Revista De Psiquiatria y Salud Mental, 14*(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.01.005>
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M.-E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Bores, L., ... Reyes-Terán, G. (2020). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Revista Brasileira De Psiquiatria, S1516*. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>
- Secretaría de Salud. (2021). *Comunicado técnico diario nuevo Coronavirus en el Mundo (COVID-19) [New coronavirus daily technical statement in the world (COVID-19)]*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-COVID-19-comunicado-tecnico-diario-238449>
- Taylor, L. (2020). COVID-19: How denialism led Mexico's disastrous pandemic control effort. *BMJ, 371*, m4952. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4952>
- The Lancet. (2020). COVID-19: Protecting health-care workers [Editorial]. *Lancet, 395*(10228), 922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *The Psychiatric Clinics of North America, 40*(4), 751-770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity, 89*, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Williamson, V., Murphy, D., & Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational Medicine, 70*(5), 317-319. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa052>
- World Health Organization. (2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>
- Yıldırım, M., Çiçek, İ., & Şanlı, M. E. (2021). Coronavirus stress and COVID-19 burnout among healthcare staffs: The mediating role of optimism and social connectedness. *Current Psychology, 1-9*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01781-w>
- Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., & Du, B. (2020a). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 49-50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>
- Zhang, J., Song, Y., Jiang, T., Ding, N., & Shi, T.-Y. (2020b). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine, 99*(26), e20992. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020992>



# ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO ONLINE VS. PRESENCIAL EN TIEMPOS DE COVID-19

## ADHERENCE AND SATISFACTION IN ONLINE VS. IN-PERSON GROUP PSYCHOTHERAPY IN TIMES OF COVID-19

**Paula Castrillo Ramírez**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5005-3907>

Unidad de Salud Mental. Hospital Comarcal de Laredo. Servicio Cántabro de Salud. España

**Manuel Mateos Agut**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2290-2227>

Hospital de Día de Salud Mental. Servicio de Psiquiatría.  
Complejo Asistencial Hospitalario de Burgos. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Castrillo, P. y Mateos Agut, M. (2021). Adherencia y satisfacción en psicoterapia de grupo online vs. presencial en tiempos de COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 157-174. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.597>



## Resumen

*En las últimas décadas estamos presenciando un importante crecimiento de experiencias clínicas basadas en el uso de la tecnología para el desarrollo de la psicoterapia, nos encontramos en un periodo de investigación y desarrollo teórico ante la incorporación de un recurso emergente y su integración en la práctica profesional. Nuestro trabajo parte de una búsqueda bibliográfica acerca de la psicoterapia de grupo online a través de las publicaciones más relevantes hasta la actualidad, realizamos una síntesis de información acerca de las ventajas e inconvenientes, resultados sobre su eficacia. Además, aportamos un resumen de nuestra experiencia clínica en psicoterapia de grupo online por videoconferencia en el Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría, analizando los resultados obtenidos en relación a la adherencia al tratamiento y satisfacción de los participantes, en su comparación con la psicoterapia de grupo presencial. En este estudio comparamos la asistencia en Hospital de Día durante los meses de mayo y junio de 2019 (antes de la pandemia COVID-19) en psicoterapia grupal presencial, con la asistencia en los mismos meses en 2020, en esta ocasión online. En este segundo grupo evaluamos la percepción subjetiva de satisfacción a través de un cuestionario ad hoc realizado por este grupo mediante fusión de cuestionarios previos. Observamos que disminuye la asistencia de manera significativa en el grupo virtual, no encontrando diferencias significativas en la comparación de asistencia por grupo diagnóstico; que la satisfacción con la psicoterapia online es aceptable; y observamos el desarrollo de fenómenos propios de la relación grupal en su formato virtual.*

*Palabras clave: psicoterapia de grupo online, COVID-19, hospital de día, asistencia, satisfacción*

## Abstract

*In recent decades we are witnessing an important growth of clinical experiences based on the use of technology for the development of psychotherapy, we are in a period of research and theoretical development before the incorporation of an emerging resource and its integration into professional practice. Our work starts from a bibliographic search about online group psychotherapy through the most relevant publications to date, we made a synthesis of information about the advantages and disadvantages, results on its effectiveness. In addition, we provide a summary of our clinical experience in online group psychotherapy by videoconference at the Day Hospital of the Psychiatry Service, analysing the results obtained on adherence to treatment and satisfaction of participants, in comparison with face-to-face group psychotherapy. In this study we compared the assistance in Day Hospital during the months of May and June 2019 (before the COVID-19 pandemic) in face-to-face group psychotherapy, with the assistance in online format in the same months in 2020. In this second group, we evaluated the subjective perception of satisfaction through an ad hoc questionnaire carried out by this group by merging previous questionnaires. We observe that attendance decreases significantly in the virtual group, not finding significant differences in the comparison of attendance by diagnostic group; that satisfaction with online psychotherapy is acceptable; and we observe the development of phenomena typical of group relationship in its virtual format.*

*Keywords: online group psychotherapy, COVID-19, day hospital, assistance, acceptance*



El uso de internet como forma de comunicación se ha ido generalizando desde hace años, y con ello numerosos psicoterapeutas han ido incorporándolo a su práctica clínica como una forma de llegar a más pacientes que por diferentes razones no podían o les resultaba difícil asistir a sus consultas (Castelnuovo et al., 2003; Hagland, 2006; Melchiori et al., 2011; Vallejo y Jordán, 2007; Wanberg et al., 2007). Sin embargo, el confinamiento, las restricciones a la movilidad y el alejamiento impuesto por la pandemia de COVID-19, iniciada al comienzo del año 2020, que nos llevó a trabajar detrás de una mampara o con mascarilla en las sesiones presenciales, ha hecho que las sesiones telemáticas se hayan generalizado y convertido en un uso habitual.

La psicoterapia individual ha tenido más recorrido, pero sólo recientemente hemos podido contar con programas *online* que permitieran reunir cómodamente a grupos de personas. Esto ha hecho que sean muy escasas las publicaciones sobre psicoterapia de grupo online, y que muchas de las evidencias que vamos a señalar, proceden de trabajos realizados por este medio en psicoterapia individual, pero que en muchos aspectos pueden ser válidos para la psicoterapia de grupo.

Diversos autores han apoyado el uso de internet como soporte de la comunicación entre terapeuta y paciente dado que hace posible el encuentro a distancia, sobre todo cuando el acceso a las consultas es limitado, permitiendo la continuidad del tratamiento y reduciendo sus costes (Caspar, 2004; Melchiori et al., 2011; Newman, 2004; Schultze, 2006; Suler, 2000; Tate y Zabinski, 2004; Trujillo, 2005; Vallejo y Jordán, 2007).

Sin embargo, otros han señalado que la comunicación se ve alterada en la videoconferencia respecto al encuentro cara a cara (Kiesler y Cummings, 2002), pues, por una parte, se pierde información no verbal (Heath y Luff, 1991; Weinberg y Rolnick, 2020), lo que es importante, pues ésta modula el discurso y aporta significado en la construcción del vínculo. Por otra, puede disminuir la espontaneidad, lo que afectaría a la experiencia de mutualidad (Shotter, 2009). La mutualidad es entendida como el conjunto de percepciones en relación con el sentimiento de conexión, receptividad y comprensión mutua; vivencia que define la interacción como una relación propiamente dicha (Burgoon et al., 2010).

Otro tercer aspecto que se ha señalado como obstáculo para la alianza terapéutica y la eficacia del tratamiento es la distancia (Greene, 2010; Lester, 2006; Widdershoven, 2017).

De esta forma cabría esperar que la suma de pérdida de información no verbal, de espontaneidad y la distancia alteren la capacidad para acompañar no interpretativamente a los pacientes (Brown, 2004), y la de sostener la relación terapéutica (Hadar, 1998).

Todos estos elementos son básicos en todo tipo de psicoterapia, pues están en la esencia misma del proceso, independientemente del paradigma en el que se base el terapeuta, pues los procesos de comunicación dan forma al vínculo construido a lo largo de las sesiones entre pacientes y terapeuta, permitiendo la construcción

de la alianza terapéutica, aspecto relacional que se ha definido, en sí mismo, como potencial factor curativo. La comunicación permite definir la tarea, los límites de la relación, y da significado a la experiencia permitiendo comprender las dinámicas, los conflictos que están en la base del problema, y la forma de solucionarlos (Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000).

Otro aspecto a tener en cuenta es que en la vinculación online tienen mayor peso las expectativas, deseos y miedos, que en el escenario presencial. De manera que la inmersión digital favorece la emergencia de experiencias como la confusión, la identificación o la polarización de emociones y experiencias, pudiéndose recrear la fantasía de estar compartiendo un espacio común, que al mismo tiempo añade dificultad a la tarea de diferenciar aspectos imaginarios y reales (Brown y Cairns, 2004; Gutiérrez y Haye, 2017; Lombard y Ditton, 1997). Esta vinculación en espejo, de tipo narcisista, en la que el individuo se relaciona con el otro como si fuera una prolongación de sí mismo, puede condicionar la intersubjetividad de la relación (Weinberg y Rolnick, 2020). Manifestándose a través de fenómenos observables en la interacción online como ocurre con la identificación proyectiva, la modulación de la expresión emocional o el efecto de desinhibición de actuaciones; esto sugiere cierta dificultad en el reconocimiento de la subjetividad del otro a través de la pantalla.

Sin embargo, y en favor del uso de la psicoterapia online, los estudios comparativos, sugieren que no existen diferencias significativas en la alianza de trabajo entre ambas modalidades (Bickmore et al., 2005; Clarke et al., 2016; Cook y Doyle, 2002; Ferwerda et al., 2015; Gomes, 2014; Hanley y Reynolds, 2009; Holmes y Foster, 2012; Kay-Lambkin et al., 2011; King et al., 2006; Knaevelsrud y Maercker, 2007; Reynolds et al., 2006). Además, otros estudios han demostrado que es posible generar cercanía, empatía y calidez a través de esta metodología (Barak et al., 2008; Germain et al., 2010; King et al., 2006), y que facilita un papel más activo del paciente en el mantenimiento del tratamiento (Caspar, 2004; Newman, 2004). También parece permitir obtener información de calidad en la evaluación de diversos trastornos, como trastornos de la sexualidad, ideación suicida o conducta antisocial (Newman et al., 1997).

Además, se ha demostrado su eficacia en ensayos controlados aleatorizados, midiendo el cambio en el comportamiento con resultados significativos en comparación con el grupo control (Grist y Cavanagh, 2013; Wantland et al., 2004).

Los estudios que comparaban la satisfacción de los participantes en la modalidad presencial con la modalidad online obtenían resultados similares (King et al., 2009) y otro realizado sin grupo control concluyó que los pacientes estaban generalmente satisfechos con la psicoterapia online (Frueh et al., 2005).

Contamos con estudios que señalan que no se han encontrado diferencias significativas entre ambas formas de tratamiento en adherencia y abandonos (Ghosh et al., 1988; Newman et al., 1997).

El análisis de esta información, y las restricciones a la movilidad que se dieron

durante la pandemia COVID-19, nos llevó a decidimos en el equipo de Hospital de Día a implementar la modalidad de grupo online para mantener la continuidad del tratamiento, por lo que las condiciones de este estudio fueron impuestas por la realidad de la práctica clínica. La idea de realizar este trabajo surgió una vez comenzada la experiencia grupal, nuestro propósito es aportar información acerca de algunos aspectos interesantes con los que nos fuimos encontrando a medida que trabajamos con los pacientes, en un terreno aún novedoso en la práctica clínica, la psicoterapia de grupo online. También quisimos valorar si al trabajar de esta forma, en nuestro caso, se veía alterada la adherencia, a través del análisis de diferencias en asistencia en psicoterapia de grupo antes y después de la pandemia y cuál era el grado satisfacción que expresaban subjetivamente los pacientes que habían participado en ambas experiencias comparativamente entre las dos modalidades (presencial y virtual), a través de un cuestionario de satisfacción que compara la terapia online y presencial en pacientes que habían recibido ambas formas de tratamiento. El objetivo final es comprobar si la psicoterapia de grupo online permite mantener la continuidad del tratamiento, como posibilidad ante las condiciones impuestas por la pandemia.

## Metodología

### Participantes

La muestra total está formada por 85 pacientes en tratamiento por el Servicio de Hospital de Día de Psiquiatría, durante los meses de mayo y junio de 2019 y 2020.

En la experiencia de grupo online, participaron 35 pacientes que asistieron a nuestro Hospital de Día durante el confinamiento decretado por el gobierno y que nos impedía continuar con las sesiones presenciales. Del total de 39 pacientes que asistieron durante los meses de mayo y junio de 2020, el 90% dieron su consentimiento por escrito, aceptando normas del encuadre, compromiso de confidencialidad y de no grabar las sesiones. Aquellos que rechazaron firmar el consentimiento informado (4 pacientes), fueron excluidos del estudio.

Mantuvimos el formato de grupo abierto, funcionamiento habitual de los grupos de Hospital de Día. Comenzamos la experiencia con 27 pacientes, y a lo largo del tiempo se fueron incorporando nuevos participantes. Dimos 3 altas y contamos con 7 abandonos.

Los abandonos corresponden a cinco pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, un adolescente con síntomas psicóticos que no llegó a vincular con en el grupo online, y un adulto con trastorno bipolar que tras 5 sesiones decidió finalizar su relación con el grupo.

Del total de participantes, el 76.5% residían en la localidad donde se encuentra ubicado Hospital de Día, y un 23.5% residían fuera de la misma.

## Procedimiento

Nuestra propuesta consistió en la realización de dos sesiones de grupo diarias por videoconferencia, 5 días por semana, de una hora de duración cada sesión. Un grupo abierto de orientación grupoanalítica dirigido por el Psiquiatra y otro de orientación psicoeducativa con enfoque relacional dirigido por la Psicóloga clínica, donde se abordarían aspectos interpersonales y manejo de situaciones conflictivas. Cada grupo contó con un observador silencioso que era un miembro del equipo y cuya presencia contó con el consentimiento de los miembros y que estuvo todo el tiempo a la vista de los asistentes, siguiendo la práctica habitual de nuestro Hospital de Día. La modalidad presencial incluía además otras actividades como grupos familiares y multifamiliares y espacios informales que compartían los pacientes durante 4 horas diarias, además de una presencia continuada del equipo en ese período de tiempo. Esto hacía esperar un grado mayor de implicación de los pacientes en la modalidad presencial.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos, como se venía trabajando en las sesiones presenciales, a través de la valoración de criterios diagnósticos basados en la clasificación psiquiátrica internacional CIE-10 mediante entrevista de la Organización Mundial de la Salud (1992). Un grupo formado por aquellos que tenían predominantemente un funcionamiento neurótico (grupo A) y otro por los que tenían un funcionamiento psicótico (grupo B). Todos ellos tenían una sesión presencial semanal con los miembros del equipo.

El período de seguimiento fue durante los meses de mayo y junio de 2020 y el número total de sesiones fue de 43. Durante este período realizamos observación de las sesiones que fueron minuciosamente recogidas por escrito para después ser analizadas por el equipo. Posteriormente, al terminar las sesiones del período de observación, se administró un cuestionario para valorar el grado subjetivo de satisfacción y se midió la asistencia a las sesiones de cada uno de los pacientes en función de los días esperados de asistencia, lo que fue comparado con la del mismo período del año anterior en ambos grupos presenciales.

## Instrumentos

Con el fin de contar con medidas, aunque fueran indirectas, de la adherencia al tratamiento y el grado satisfacción, comparamos la asistencia en mayo y junio de 2020 (modalidad virtual) con la asistencia durante el mismo periodo en 2019 (presencial). Comprobamos que ambos grupos de pacientes tenían una composición similar respecto a distribución de variables como sexo, edad y diagnóstico.

Tras dos meses de tratamiento, se administró por correo electrónico un cuestionario ad hoc de elaboración propia (Anexo I) basado en la CRES-4, *Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido* (Feixas et al., 2012) y la Escala de Impresión Clínica Global (Bobes et al., 2002). A medida que se desarrollaba la experiencia grupal, consideramos importante aportar información acerca de la opinión de los propios pacientes, y no encontramos ningún instrumento disponible

que pudiera satisfacer nuestro propósito. El cuestionario está formado por 15 ítems con formato tipo Likert (respuestas escalares de 1 a 5), y dos ítems con respuesta abierta que valoraban aspectos positivos y negativos percibidos por los participantes. Los ítems describen diferentes grados de valoración acerca de algunos fenómenos de la psicoterapia de grupo online en comparación con la psicoterapia de grupo presencial. E.g., *¿En qué medida el tratamiento grupal online le ha ayudado a resolver su problema? 1 hizo que las cosas empeorasen. 2 no ha habido cambios. 3 la ayuda ha sido suficiente. 4 considero que me ha ayudado bastante. 5 hizo que las cosas mejorasen mucho.* En este sentido, cuanto mayor es el valor cuantitativo de la respuesta, mayor es la satisfacción con la psicoterapia online. Ver cuestionario en Anexo I.

### Análisis

Se aplica la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la que observamos que la muestra no seguía una distribución normal ( $p = 0.049$ ), por lo que la comparación de asistencia en el grupo total y por grupo diagnóstico en la modalidad virtual (2020) y presencial (mismo periodo en 2019) se realiza mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Describimos la variable *grado de satisfacción percibida en la experiencia de grupo online*, a través de la valoración de las puntuaciones medias por pregunta, obtenidas en el cuestionario ad hoc. Respuestas escalares de 1 a 5 (Anexo I).

## Resultados

### Asistencia

Utilizando la prueba de Mann-Whitney ( $p \leq 0.05$ ), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la asistencia en el grupo total (grupo A+B) en el año 2019 vs. al 2020 ( $p = 0.01$ ). En la tabla 1 se muestran los resultados, con un porcentaje superior en la modalidad de grupo presencial en 2019 (88.30%), en comparación con la asistencia al grupo online en 2020 (79.82%).

Tabla 1

*Comparación de Medias y Porcentajes de Asistencia por Grupo en la Modalidad Presencial y Virtual*

		Modalidad Presencial (2019)	Modalidad Virtual (2020)	P-value
Grupo A	Porcentaje	98.06%	77.80%	0.00
	Desv. Típica	4.43	24.33	
	n	19	15	
Grupo B	Porcentaje	82.32%	81.34%	0.92
	Desv. Típica	15.79	19.95	
	n	31	20	
Total	Porcentaje	88.30%	79.82%	0.01
	Desv. Típica	14.81	21.67	
	N	50	35	

En la comparación por grupos de pacientes, la asistencia en el grupo A-presencial (98.06%), fue significativamente superior respecto al grupo A-virtual (77.80%;  $p < 0.0001$ ). La asistencia en el grupo A-presencial también fue superior al grupo B-presencial ( $p < 0.0001$ ).

En la comparación de asistencia por grupo diagnóstico se aplica la prueba Mann-Whitney, no encontrando diferencias significativas en asistencia en el Eje I, en pacientes pertenecientes al grupo de psicosis, trastorno afectivo, conducta alimentaria o consumo de sustancias; tampoco en el Eje II en función de la presencia o ausencia de trastorno de personalidad.

Sí encontramos una reducción significativa en asistencia en el grupo de pacientes con trastorno de ansiedad ( $p < 0.000$ ) (Tabla 2).

Tabla 2

*Comparación de Asistencia y Porcentajes por Grupo Diagnóstico*

<b>Diagnóstico Eje I</b>	Porcentaje Modalidad Presencial (2019)	Porcentaje Modalidad Virtual (2020)	<i>P-value</i>
Psicosis	90.78	85.67	0.24
Trastorno Afectivo	86.94	80.25	0.31
Trastorno Ansiedad	90.94	71.04	0.00
Trastorno Conducta Alimentaria	86.45	77.10	0.32
Trastorno Uso Sustancias	84.40	73.42	0.28
<b>Diagnóstico Eje II</b>			
Clúster A	70.30	98.85	0.22
Clúster B	85.65	71.14	0.16
Clúster C	93.11	91.07	0.68
Sin Trastorno Personalidad	90.23	82.38	0.16

### Satisfacción y Percepción Subjetiva de Cambio de los Participantes

En la tabla 3 se muestran los datos recogidos en el cuestionario, tipo likert, que valora el grado de satisfacción y la percepción de diferentes fenómenos grupales, comparando el formato presencial y online (Anexo I).

Tabla 3

*Respuestas al Cuestionario de Satisfacción. Puntuaciones medias por pregunta (escala de 1 a 5)*

<b>Nº Pregunta</b>	<b>Contenido de la pregunta</b>	<b>Puntuación Promedia Total</b>
	<b>Relación con el terapeuta</b>	
4	Visibilidad del terapeuta	3.0
5	Confianza sentida hacia el terapeuta	3.1
6	Cercanía con el terapeuta	2.9

Nº Pregunta	Contenido de la pregunta	Puntuación Promedia Total
<b>Relación con el grupo</b>		
3	Capacidad expresarme	3.4
7	Confianza que me generaba el grupo	3.1
8*	Relación con los compañeros (intimidad)	2.7
9	Experiencia de unión grupal (cohesión)	2.5
10*	Capacidad de resolución de conflictos del grupo	2.9
<b>Cambio</b>		
11	Aprendizaje	2.8
12	Cambio en percepción sobre problema	2.0
13	El tratamiento ha ayudado a resolver el problema	2.7
<b>Resultado del tratamiento</b>		
2	Situación de partida cuando comenzó el tratamiento	2.4
14	Estado general actual	2.6
<b>Satisfacción</b>		
1	Satisfacción con el tratamiento presencial	3.3
15	Satisfacción con el tratamiento online	2.9

*Nota.* \* Las preguntas 8 y 10 fueron graduadas en sentido inverso (de mayor a menor grado de satisfacción con la psicoterapia grupal online, en comparación con la modalidad presencial).

Las puntuaciones, en general, se sitúan en torno a la media, que indica que distintos factores como la cohesión, confianza, intimidad, aprendizaje o capacidad de resolución de conflictos son percibidos como similares en el grupo online y presencial. También se observa un grado similar de visibilidad y confianza hacia el conductor en ambas modalidades.

Las puntuaciones señalan un ligero efecto facilitador de la expresión en la experiencia de grupo online en comparación con la modalidad presencial.

La percepción de cambio sobre el problema es la puntuación más baja; obteniendo un aumento de 0.2 en la valoración de este aspecto tras dos meses de tratamiento en la modalidad online, respecto a la puntuación inicial.

Las respuestas señalan que la satisfacción de los participantes al comparar la psicoterapia grupal online y presencial es positiva, considerando la modalidad online una buena oportunidad para continuar el tratamiento, mostrando preferencia por la psicoterapia de grupo presencial.

Las dos últimas preguntas del cuestionario son abiertas (ver Anexo I), exploran la valoración de los aspectos más destacados en la modalidad de grupo online en comparación con la modalidad de grupo presencial. A continuación, recogemos algunos de los comentarios más destacados por los participantes.

Como aspectos negativos, algunos participantes señalaron la repercusión en la experiencia de soporte del grupo, relacionado con mayor frecuencia de expresión de hostilidad (“la gente del grupo online se refugia detrás de una pantalla en su hogar y se siente más libre para exponer atacar...”, “la gente está más irritada”), y



malestar con aspectos técnicos como problemas de conexión o calidad del audio del dispositivo.

Como aspectos positivos, algunos participantes describían mayor experiencia de protección y facilidad a la hora de expresarse (“tienes menos miedo a la hora de expresarte”, “la pantalla ha hecho que algunos compañeros sean más claros”, “comodidad y seguridad al hacer la terapia desde casa”). Las ventajas más destacadas en el formato virtual son la accesibilidad del tratamiento (“la experiencia online me resulta más positiva ya que no hay pérdidas de tiempo, ni tiempos muertos a la vez que no tenemos que desplazarnos”, “permite mayor movilidad y conciliación con la vida personal y familiar”) y considerarla una alternativa en la continuidad de la intervención.

### Discusión

El desarrollo tecnológico está permitiendo nuevas posibilidades en la atención sanitaria. El uso de la tecnología en la práctica de la psicoterapia está despertando interés en el estudio de sus características y efectos sobre el proceso psicoterapéutico, con el propósito de ofrecer una atención segura y de calidad (Castelnuovo et al., 2003; Hagland, 2006; Melchiori et al., 2011; Vallejo y Jordán, 2007).

Distintos autores coinciden en que la modalidad online favorece la accesibilidad al tratamiento (Melchiori et al., 2011; Schultze, 2006; Suler, 2000; Tate y Zabinski, 2004; Trujillo, 2005; Vallejo y Jordán, 2007), en nuestra experiencia, el 23.5% de los casos residían fuera de la ciudad. Las sesiones online facilitaron el acceso al tratamiento, evitando viajes diarios de entre una y dos horas en ambulancia.

Ghosh et al. (1988) y Newman et al. (1997) no encontraron diferencias significativas entre ambas formas de tratamiento en cuanto a adherencia y número de abandonos. Nuestros resultados muestran que, en el grupo total, el porcentaje de asistencia fue significativamente mayor en el grupo presencial. En la comparación por grupo diagnóstico, no encontramos diferencias significativas en asistencia entre la modalidad online y presencial, con la excepción del grupo de pacientes con trastorno de ansiedad, donde si encontramos una reducción significativa en asistencia.

Si analizamos nuestros resultados sobre la alianza terapéutica hemos constatado que tres pacientes psicóticos activos, con ideación paranoide, rechazaron este medio por no considerarlo seguro y se negaron desde el principio a participar en esta experiencia, sin embargo, la mayoría de pacientes psicóticos sin sintomatología aguda en ese momento se adaptaron bien, no encontrando diferencias en asistencia en este grupo diagnóstico, e incluso se mostraban más participantes, probablemente porque vivían más confiable hacerlo desde su hogar y con una distancia suficiente que no fue vivida como peligrosa. Por su parte, los pacientes neuróticos se adaptaron bien y pudieron desvelar y compartir aspectos íntimos de forma similar a lo que es nuestra experiencia en los grupos presenciales.

En las respuestas a nuestro cuestionario, se indicaba que la/él terapeuta era visto y se sentía una confianza en él similar a la percibida en la terapia presencial,

que se confirmaba cuando afirmaban que podían expresarse con libertad y confiaban en el grupo. Estas observaciones apoyan las conclusiones antes citadas de los estudios comparativos entre psicoterapia online y presencial (Bickmore et al., 2005; Clarke et al., 2016; Cook y Doyle, 2002; Ferwerda et al., 2015; Gomes, 2014; Hanley y Reynolds, 2009; Holmes y Foster, 2012), sobre la cercanía (Barak et al., 2008; Germain et al., 2010; King et al., 2006), o la participación de los pacientes en el tratamiento (Caspar, 2004; Newman, 2004).

De los siete abandonos que se produjeron, cinco tenían perfil límite de personalidad; quizás hubieran necesitado una mayor contención, lo que nos ha llevado a plantearnos que los pacientes más graves requieren de más encuentros previos con el terapeuta antes de incorporarse al grupo online, para reforzar la vinculación con el tratamiento y fortalecer la alianza terapéutica. En este sentido, es deseable mantener una intervención combinada, con encuentros online y encuentros presenciales como también señalan Calero y ShiMa (2016), Griffiths et al. (2006) y Weinberg y Rolnick (2020).

La mayoría de los estudios sobre el uso complementario de medios electrónicos en el tratamiento de pacientes, se centran en el resultado terapéutico, contando con poca información sobre la vivencia subjetiva de los participantes (Castelnuovo et al., 2003; Hagland, 2006; Wanberg et al., 2007), por lo que decidimos incluir una valoración de la satisfacción y percepción de fenómenos grupales por los participantes de la experiencia. En nuestro estudio, los participantes consideraban una buena oportunidad para continuar el tratamiento, mostrando una ligera preferencia por la psicoterapia de grupo presencial, según la observación de sus respuestas al cuestionario. Los estudios de satisfacción de la psicoterapia online, tanto sin como con grupo control (Frueh et al., 2005; King et al., 2009) obtenían resultados similares.

Como señalan Grist y Cavanagh (2013) y Wantland et al. (2004), nuestros pacientes percibieron mejoría entre el inicio del tratamiento online y después de éste.

Las limitaciones de nuestro estudio fueron el bajo número de casos, y que la encuesta de satisfacción no está validada. En la actualidad no contamos con ningún instrumento específico para la evaluación de la percepción subjetiva, en la comparación de la psicoterapia de grupo online y presencial, por lo que decidimos elaborarlo a partir de dos cuestionarios con fiabilidad demostrada (Bobes et al., 2002; Feixas et al., 2012), se podrá estudiar su fiabilidad y validez en futuros estudios.

## Referencias

- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. y Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions [Una revisión comprensiva y un metaanálisis de la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas a través de internet]. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>

- Bickmore, T., Gruber, A. y Picard, R. (2005). Establishing the computer-patient working alliance in automated health behavior change interventions [Estableciendo la alianza de trabajo por ordenador en intervenciones automatizadas para el cambio de conductas de salud]. *Patient Education and Counseling*, *59*(1), 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.09.008>
- Bobes, J. G., Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Psiquiatría.
- Brown, L. J. (2004). The point of interaction, mutuality, and an aspect of the analyst's oedipal conflict [El sentido de la interacción, mutualidad, y un aspecto del conflicto edípico del analista]. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, *27*(1), 43-51. <https://doi.org/10.1080/01062301.2004.10592936>
- Brown, E. y Cairns, P. (2004). *A grounded investigation of immersion in games [Una investigación basada en la inmersión en juegos]* [Conferencia]. Proceedings CHI 2004: Conference on Human Factors in Computing Systems. ACM Press, Viena, Austria. <https://doi.org/10.1145/985921.986048>
- Burgoon, J. K., Chen, F. y Twitchell, D. P. (2010). Deception and its selection under synchronous and asynchronous computer-mediated communication [El engaño y su detección en comunicación sincrónica y asincrónica a través de ordenador]. *Group Decision and Negotiation*, *19*, 345-366. <https://doi.org/10.1007/s10726-009-9168-8>
- Calero, A. y ShihMa, P. (2016). La terapia psicológica a través de Internet. En M. Márquez (Ed.), *Tendencias actuales en intervención psicológica* (pp. 229-255). Síntesis.
- Caspar, F. (2004). Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: summary and outlook [Desarrollos tecnológicos y aplicaciones en psicología clínica y psicoterapia]. *Journal of Clinical Psychology*, *60*(3), 347-349. <https://doi.org/10.1002/jclp.10268>
- Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F. y Riva, G. (2003). Psychotherapy to e-therapy: The integration of traditional techniques and new communication tools to clinical settings [De la psicoterapia a la terapia en línea: La integración de técnicas tradicionales y nuevas herramientas de comunicación en entornos clínicos]. *Cyberpsychology and Behaviour*, *6*(4), 375-382. <https://doi.org/10.1089/109493103322278754>
- Clarke, J., Proudfoot, J., Whitton, A., Birch, M. R., Boyd, M., Parker, G. y Fogarty, A. (2016). Therapeutic alliance with a fully automated mobile phone and web-based intervention: Secondary analysis of a randomized controlled trial [Alianza terapéutica con una intervención móvil automatizada y basada en la web: análisis secundario de un ensayo controlado aleatorizado]. *JMIR Mental Health*, *3*(1), e10. <https://doi.org/10.2196/mental.4656>
- Cook, J. E. y Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results [Alianza de trabajo en psicoterapia en línea en comparación con la terapia presencial: Resultados preliminares]. *CyberPsychology and Behavior*, *5*(2), 95-105. <https://doi.org/10.1089/109493102753770480>
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4). *Revista de Psicoterapia*, *23*(89), 51-58. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.639>
- Ferwerda, M., van Beugen, S., van Riel, P. C., van de Kerkhof, P. C., de Jong, E. M., Smit, J. V. y Creemers, M. C. (2015). Measuring the therapeutic relationship in internet-based interventions [Midiendo la relación terapéutica en intervenciones a través de internet]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *85*(1), 47-49. <https://doi.org/10.1159/000435958>
- Frueh, B. C., Henderson, S. y Myrick, H. (2005). Telehealth service delivery for persons with alcoholism [Prestación de servicios de telesalud para personas con alcoholismo]. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *11*(7), 372-375. <https://doi.org/10.1177/1357633X0501100701>
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. y Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder [Valoración de la alianza terapéutica en el tratamiento presencial o por videoconferencia para el trastorno de estrés posttraumático]. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(1), 29-35. <https://doi.org/10.1089=cyber.2009.0139>
- Ghosh, A., Marks, I. M. y Carr A. C. (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias: a controlled study [Contacto con el terapeuta y resultado del tratamiento de autoexposición para fobias: un estudio controlado]. *British Journal of Psychiatry*, *152*(2), 1327-1332. <https://doi.org/10.1192/bjp.152.2.234>
- Gomes, C. (2014). *Alianza terapéutica en psicoterapia breve online* [Tesis de Máster de Psicología Clínica, Universidad de Brasilia, Brasil].
- Greene, C. J., Morland, L. A., Macdonald, A., Frueh, B. C., Grubbs, K. M. y Rosen, C. S. (2010). How does telemental health affect group therapy process? Secondary analysis of a noninferiority trial [¿Cómo afecta la salud mental telemática al proceso de terapia en grupo? Análisis secundario de un ensayo de no inferioridad]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(5), 746-750. <https://doi.org/10.1037/a0020158>

- Griffits, F., Lindemeyer, A. y Powell, J. (2006). Why are health care interventions delivered over the Internet? A systematic review of the published literature [¿Por qué las intervenciones médicas son realizadas a través de internet? Una revisión sistemática de la literatura publicada]. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 10. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e10>
- Grist, R. y Cavanagh, K. (2013). Computerised cognitive behavioural therapy for common mental health disorders, what works, for whom under what circumstances? A systematic review and metaanalysis [Terapia cognitivo conductual por ordenador para trastornos comunes de salud mental, ¿qué funciona, para qué y en qué circunstancias?]. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(4), 243-251. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9243-y>
- Gutiérrez, L. A. A. y Haye, A. (2017). La experiencia de conversar por videoconferencia: análisis exploratorio de contenidos. *Revista Sul Americana de Psicología*, 5(2), 195-225.
- Hadar, U. (1998). The evolution of mutuality in the resolution of transference [La evolución de la mutualidad en la resolución de la transferencia]. *American Journal of Psychoanalysis*, 58, 391-404. <https://doi.org/10.1023/A:1021447928860>
- Hagland, M. (2006). Therapy's migration to the Net [La migración de la terapia a la red]. *Behavioral Healthcare*, 26(7), 40.
- Hanley, T. y Reynolds, D. J. (2009). Counselling psychology and the internet: A review of the quantitative research into online outcomes and alliances within text-based therapy [Asesoramiento psicológico e internet: Una revisión cuantitativa sobre los resultados en línea y las alianzas dentro de la terapia basada en texto]. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 4-13.
- Heath, C. y Luff, P. (1991). Disembodied conduct: Communication through video in a multimedia office environment [Conducta incorpórea: Comunicación a través de video en un entorno de despacho multimedia]. En S. P. Robertson, G. M. Olson y J. Olson (Eds.), *Human factors in computing systems: Research through technology* (pp. 99-103). ACM Press. <https://doi.org/10.1145/108844.108859>
- Holmes, C. y Foster, V. (2012). A preliminary comparison study of online and face-to-face counseling: Client perceptions of three factors [Un estudio preliminar comparativo del asesoramiento presencial y en línea: Percepciones del cliente sobre tres factores]. *Journal of Technology in Human Services*, 30(1), 14-31. <https://doi.org/10.1080/15228835.2012.662848>
- Horvath, A. O., Del Re, A. D., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy [Alianza en psicoterapia individual]. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>. PMID: 21401269
- Kay-Lambkin, F., Baker, A., Lewin, T. y Carr, V. (2011). Acceptability of a clinician-assisted computerized psychological intervention for comorbid mental health and substance use problems: treatment adherence data from a randomized controlled trial [Aceptabilidad de una intervención psicológica por ordenador asistida por clínicos para problemas comórbidos de salud mental y uso de sustancias: datos de adherencia al tratamiento de un ensayo controlado aleatorizado]. *Journal of Medical Internet Research*, 13(1), e11. <https://doi.org/10.2196/jmir.1522>
- Kiesler, S. y Cummings, J. (2002). What do we know about proximity in work groups? A legacy of research on physical distance [¿Qué sabemos acerca de la proximidad en los grupos de trabajo? Un legado de investigación sobre la distancia física]. En P. Hinds y S. Kiesler (Eds.), *Distributed work* (pp. 57-80). MIT.
- King, R., Bambling, M., Reid, W. y Thomas, L. (2006). Telephone and online counseling for young people: A naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance [Asesoramiento telefónico y en línea para jóvenes: una comparación naturalista del resultado de la sesión, su impacto y alianza terapéutica]. *Counsel Psychother Research*, 6(3), 175-181. <https://doi.org/10.1080/14733140600874084>
- King, V. L., Stoller, K. B., Kidorf, M., Kindbom, K., Hursh, S., Brady, T. y Brooner, R. K. (2009). Assessing the effectiveness of an internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling [Evaluación de la efectividad de una plataforma de videoconferencia por internet para desarrollar asesoramiento intensivo sobre abuso de sustancias]. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(3), 331-338. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.06.011>
- Knaevelsrud, C. y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial [El tratamiento por internet para el TEPT reduce la angustia y facilita el desarrollo de una sólida alianza terapéutica: un ensayo controlado aleatorizado]. *BMC Psychiatry*, 7(1), 99-113. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-7-13>
- Lester, D. (2006). E-therapy: Caveats from experiences with telephone therapy [Terapia en línea: advertencias de experiencias con terapia telefónica]. *Psychological Reports*, 99(3), 894-896. <https://doi.org/10.2466/pr0.99.3.894-896>

- Lombard, M. y Ditton, T. (1997). At the heart of it all: The concept of presence [En el corazón de todo: El concepto de presencia]. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3(2). <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.1997.tb00072.x>
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review [Relación de la alianza terapéutica con el resultado de otras variables: Una revisión de metaanálisis]. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Melchiori, J. A., Sansalone, P. A. y Borda, T. (2011). *Psicoterapias online: aportes y controversias acerca del uso de los recursos que ofrece internet para la psicoterapia* [Conferencia]. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Newman, M. G. (2004). Technology in psychotherapy: an introduction [Tecnología en psicoterapia: una introducción]. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 141-145. <https://doi.org/10.1002/jclp.10240>
- Newman, M. G., Consoli, A. y Taylor, C. B. (1997). Computers in the assessment and cognitive-behavioral treatment of clinical disorders: anxiety as a case in point [Los ordenadores en la evaluación y tratamiento cognitivo conductual de trastornos clínicos: ansiedad como ejemplo]. *Behavior Therapy*, 28(2), 211-235. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(97\)80044-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(97)80044-5)
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª ed.).
- Reynolds, D. J., Stiles, W. B. y Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results [Una investigación del impacto de la sesión y alianza en psicoterapia por internet: Resultados preliminares]. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 164-168. <https://doi.org/10.1080/14733140600853617>
- Schultze, N. (2006). Success factors in internet-based psychological counseling [Factores de éxito en asesoramiento psicológico por internet]. *Cyberpsychology and Behavior*, 9(5), 623-626. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.623>
- Shotter, J. (2009). Instead of managerialism: From what goes on inside our heads to what our heads (and bodies) go on inside of. The world between us [En lugar del gerencialismo: Desde lo que sucede dentro de nuestras cabezas hasta lo que nuestras cabezas (y cuerpos) tienen dentro. El mundo entre nosotros]. *International Journal of Action Research*, 5(3), 322-341. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-414287>
- Suler, J. R. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy [Psicoterapia en el Ciberespacio: Un modelo de 5 dimensiones de psicoterapia en línea a través de ordenador]. *Cyberpsychology and Behavior*, 3(2), 151-159. <https://doi.org/10.1089/109493100315996>
- Tate, D. F. y Zabinski, M. F. (2004). Computer and internet applications for psychological treatment: Update for clinicians [Aplicaciones informáticas e internet para el tratamiento psicológico: Actualización para médicos]. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 209-220. <https://doi.org/10.1002/jclp.10247>
- Trujillo, A. (2005). Nuevas tecnologías y psicología. Una perspectiva actual. *Apuntes de Psicología*, 23(3), 321-335.
- Vallejo, M. A. y Jordán C. M. (2007). Psicoterapia a través de internet. Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, 91(2), 27-42.
- Wanberg, S. C., Gammon, D. y Spitznogle, K. (2007). In the eyes of the beholder: Exploring psychologists' attitudes towards and use of e-therapy in Norway [A los ojos del espectador: exploración de las actitudes de los psicólogos hacia la terapia electrónica y su uso en Noruega]. *Cyberpsychology and Behavior*, 10(3), 418-423. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9937>
- Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R. y McGhee, E. M. (2004). The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes [La efectividad de las intervenciones a través de la web frente a las no basadas en la web: un metaanálisis de los resultados en el cambio de comportamiento]. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), 40. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.4.e40>
- Weinberg, H. y Rolnick, A. (2020). *Teoría y práctica de la terapia online. Intervenciones por internet para individuos, grupos, familias y organizaciones*. Routledge.
- Widdershoven, M. (2017). Clinical interventions via Skype with parents and their young children [Intervenciones clínicas a través de Skype con padres y sus hijos pequeños]. *Infant Observation*, 20(1), 72-88. <https://doi.org/10.1080/13698036.2017.1378528>

## ANEXO I

**Evaluación del cambio percibido. Psicoterapia de grupo *online***

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA EVALUACIÓN: \_\_\_\_\_

**1. ¿En qué medida siente que el tratamiento grupal presencial le ha ayudado a resolver su problema?**

- 1 hizo que las cosas empeorasen bastante
- 2 hizo que las cosas empeorasen un poco
- 3 no ha habido cambios
- 4 hizo que las cosas mejorasen algo
- 5 hizo que las cosas mejorasen mucho

**2. ¿Cuál era su estado general cuando empezó el tratamiento *online*?**

- 1 estaba muy mal, apenas podía hacer frente a las cosas
- 2 estaba bastante mal, la vida me resultaba a veces muy dura
- 3 regular, tenía mis altibajos
- 4 estaba bastante bien, no tenía problemas graves
- 5 estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

**3. ¿Ha podido expresarse con más facilidad en el grupo de psicoterapia virtual en comparación con el grupo presencial?**

- 1 No, me ha resultado casi imposible expresarme en el grupo *online*
- 2 He tenido más dificultad para expresarme en el grupo *online*
- 3 No encuentro diferencias
- 4 He podido expresarme con más facilidad en el grupo de psicoterapia virtual
- 5 He podido expresar emociones relacionadas con experiencias significativas del pasado

**4. ¿En qué medida considero que era visible la figura del terapeuta en la modalidad virtual, en comparación con la modalidad presencial?**

- 1 Me resultaba casi imposible percibir la presencia del terapeuta en la modalidad virtual, en comparación con la modalidad presencial
- 2 Me costaba algo más percibir la presencia del terapeuta en la modalidad virtual, en comparación con la modalidad presencial
- 3 No he notado diferencias
- 4 Me costaba algo menos percibir la presencia del terapeuta en la modalidad virtual, en comparación con la modalidad presencial
- 5 Me resultaba muy fácil percibir la presencia del terapeuta en la modalidad virtual, en comparación con la modalidad presencial



**5. ¿Qué grado de confianza he sentido con el terapeuta en la modalidad *online*, en comparación con la modalidad presencial?**

- 1 Me he sentido más atacado por el profesional en la modalidad *online*, aspecto que no percibía en la modalidad presencial
- 2 Me he sentido un poco más amenazado por el profesional en la modalidad *online*
- 3 No encuentro diferencias entre ambas modalidades de grupo
- 4 He podido sentir algo más de confianza con el profesional en la modalidad *online*
- 5 Me ha resultado mucho más fácil confiar en el terapeuta en la modalidad *online* que en la presencial

**6. ¿En qué grado he sentido cercanía con el terapeuta en la modalidad virtual, en comparación con la modalidad presencial?**

- 1 Me he sentido alejado del profesional en todo momento en la modalidad virtual, aspecto que no sentía en la modalidad presencial
- 2 He sentido algo más distante al profesional en la modalidad *online* que en la presencial
- 3 No encuentro diferencia entre ambas modalidades
- 4 He podido percibir algo más de cercanía con el profesional en la modalidad *online* que en la presencial
- 5 Mi relación ha sido mucho más cercana con el profesional en la modalidad *online* que en la presencial

**7. ¿Ha notado diferencia en el grado de confianza que le generaba el grupo en la modalidad virtual, en comparación con la modalidad presencial?**

- 1 En el grupo virtual me sentía más amenazado, aspecto que no sentía en el grupo presencial
- 2 Había momentos en los que la sensación de desconfianza era más intensa en la modalidad virtual
- 3 No encuentro diferencias
- 4 He podido sentir algo más de confianza en el grupo virtual que en el grupo presencial
- 5 Me he sentido más seguro en la modalidad virtual, esto no ocurría en la modalidad presencial

**8. ¿Ha percibido diferencia en la relación con sus compañeros (experiencia de intimidad) en el grupo virtual, en comparación con el grupo presencial?**

- 1 En el grupo virtual he podido vivir con mayor profundidad la relación con mis compañeros, aspecto que no ocurría en el grupo presencial
- 2 He sentido mayor grado de intimidad en la modalidad virtual que en la presencial



- 3 No percibo diferencia entre la modalidad virtual y presencial
- 4 En el grupo virtual la relación con mis compañeros ha sido algo más fría que en la modalidad presencial
- 5 Definitivamente la relación ha sido más distante en el grupo virtual

**9. ¿Siente diferencia respecto a la experiencia de unión del grupo en el grupo virtual, en comparación con el grupo presencial?**

- 1 No he sentido la experiencia de grupo en la modalidad virtual, vivencia que si podía sentir en la modalidad presencial
- 2 Ha sido algo más difícil percibir la unión grupal en el grupo virtual que en la presencial
- 3 No encuentro diferencias entre ambas modalidades
- 4 Se generó una relación más cercana entre los miembros del grupo virtual, en comparación con el grupo presencial
- 5 He percibido al grupo mucho más unido en la modalidad virtual

**10. Respecto a la capacidad de resolución de conflictos del grupo en el formato online, en comparación con el grupo en formato presencial:**

- 1 El grupo ha podido resolver satisfactoriamente la mayoría de conflictos en la modalidad *online*, aspecto que no ocurría en el grupo en formato presencial
- 2 El grupo ha podido responder mejor ante algunos conflictos en comparación con el grupo presencial
- 3 No hay diferencia con la psicoterapia de grupo presencial
- 4 El grupo en la modalidad *online* ha respondido de forma insuficiente ante los conflictos, en comparación con el grupo presencial
- 5 El grupo en la modalidad *online* no ha sido resolutivo, aspecto que no ocurría en el grupo en formato presencial

**11. ¿Siente que ha adquirido recursos para hacer frente a las dificultades?**

- 1 No, en absoluto
- 2 No sabría responder
- 3 Siento que he aprendido algo
- 4 Me siento algo más fuerte para enfrentarme a los problemas
- 5 Siento que he adquirido recursos suficientes para hacer frente a los problemas del día a día

**12. ¿Ha cambiado su percepción sobre el problema durante la intervención grupal online?**

- 1 No ha cambiado en nada, lo percibo igual
- 2 Ahora entiendo algunos aspectos parcialmente diferentes
- 3 Si, la percepción sobre mi problema ha cambiado, ahora veo aspectos que antes no reconocía

4 Noto bastante diferencia en mi visión respecto a mis problemas, ahora siento que puedo resolverlo

5 Ahora percibo mi problema de forma completamente diferente

**13. ¿En qué medida el tratamiento grupal *online* le ha ayudado a resolver su problema?**

1 hizo que las cosas empeorasen

2 no ha habido cambios

3 la ayuda ha sido suficiente

4 considero que me ha ayudado bastante

5 hizo que las cosas mejorasen mucho

**14. ¿Cuál es su estado general en este momento?**

1 estoy muy mal, apenas puedo hacer frente a las cosas

2 estoy bastante mal, la vida me resulta a menudo muy dura

3 regular, tengo mis altibajos

4 estoy bastante bien, no tengo problemas graves

5 estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

**15. ¿Cuál es su opinión general respecto a la psicoterapia en formato virtual, en comparación con la psicoterapia presencial?**

1 Estoy muy insatisfecho con la experiencia grupal *online*

2 No repetiría

3 Estoy satisfecho con la experiencia, pero prefiero la experiencia grupal presencial

4 Me ha parecido una buena oportunidad para continuar el tratamiento

5 Prefiero la modalidad *online* a la presencial

**16. Señale dos aspectos negativos que le hayan impactado durante la experiencia *online***

**17. Señale dos aspectos positivos que le hayan impactado durante la experiencia *online***

# INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL

## COGNITIVE-BEHAVIOURAL INTERVENTION IN A CASE OF SOCIAL ANXIETY

**Santiago José Reguera Lozano**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3619-1094>

Universidad de Cádiz, España

Este trabajo fue presentado en el XIV Congreso Internacional y XIX Nacional de Psicología Clínica (<https://es.clinicalpsychologycongress.com/>) y fue elegido por el comité científico para ser publicado en la Revista de Psicoterapia.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Reguera, S. J. (2021). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 175-184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1044>

### Resumen

*La ansiedad social es un trastorno caracterizado por el miedo intenso a situaciones sociales en las que la persona está expuesta a una posible evaluación por parte de otros individuos, por ejemplo, hablar en público. Presentamos el caso de un estudiante universitario de 21 años, que acude a consulta refiriendo problemas de interacción social e inseguridad. Esta conducta se mantiene por evitación de las situaciones sociales principalmente con desconocidos, que fomentan la inseguridad en sí mismo. Presenta pensamientos negativos automáticos evaluativos y síntomas fisiológicos propios de la ansiedad. Afronta las situaciones con gran dificultad, con presencia de ruminaciones y autovaloración negativa. El objetivo de la intervención, desde una perspectiva cognitivo-conductual, pretende optimizar sus interacciones sociales disminuyendo la ansiedad social, aumentar la seguridad en sí mismo y mejorar las habilidades sociales del paciente y su asertividad. Para la evaluación se han utilizado, además de una entrevista semiestructurada, los siguientes instrumentos: SCL-90, STAI, CORE-OM y NEO-FII. La propuesta de intervención incluyó técnicas de psicoeducación sobre la ansiedad social, reestructuración cognitiva para los pensamientos automáticos de evaluación negativa, ensayo de conducta y exposición in vivo a situaciones sociales y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados obtenidos en el pre y post tratamiento muestran una disminución de la ansiedad tanto estado como rasgo, reducción de sintomatología clínica y aumento del bienestar y funcionamiento general. Tras la terapia se produce una disminución de factores relacionados con el malestar y la ansiedad social, además de un incremento de las relaciones sociales y aumento de autoconfianza.*

*Palabras clave: ansiedad social, paciente universitario, terapia cognitivo-conductual, habilidades sociales*

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2021. Fecha de aceptación: 18 de octubre de 2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [santi.r.lozano@gmail.com](mailto:santi.r.lozano@gmail.com)

Dirección postal: Santiago José Reguera Lozano. C/Gabriel Guerra, 18 CP 11408 Jerez de la Frontera, Cádiz

© 2021 Revista de Psicoterapia



### Abstract

*Social anxiety is a disorder characterised by intense fear of social situations in which the person is exposed to possible evaluation by other individuals, for example, public speaking. We present the case of a 21-year-old university student who comes to the clinic reporting problems with social interaction and insecurity. This behaviour is maintained by avoidance of social situations, mainly with strangers, which foster self-doubt. He presents negative automatic evaluative thoughts and physiological symptoms typical of anxiety. He faces situations with great difficulty, with the presence of ruminations and negative self-evaluation. The aim of the intervention, from a cognitive-behavioural perspective, is to optimise his social interactions by reducing social anxiety, increasing self-confidence and improving the patient's social skills and assertiveness. In addition to a semi-structured interview, the following instruments were used for the assessment: SCL-90, STAI, CORE-OM and NEO-FII. The intervention proposal included psycho-education techniques on social anxiety, cognitive restructuring for automatic negative evaluative thoughts, behavioural rehearsal and live exposure to social situations and social skills training. Pre- and post-treatment results show a decrease in both state and trait anxiety, a reduction in clinical symptomatology and an increase in well-being and general functioning. After therapy, there is a decrease in factors related to discomfort and social anxiety, as well as an increase in social relations and self-confidence.*

*Keywords: social anxiety, university patient, cognitive-behavioural therapy, social skills*

## **Caso de trastorno de ansiedad social en un estudiante universitario tratado mediante terapia cognitivo-conductual en el Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica de la Universidad de Cádiz**

En el marco de los trastornos de ansiedad propuestos por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ªed.; American Psychiatric Association, 2014) se encuentra concretamente el trastorno de ansiedad social, o fobia social, caracterizado por un miedo o ansiedad intensa ante situaciones sociales en las que la persona se siente expuesta a evaluación por parte de otras personas; tiene miedo a emitir conductas que puedan avergonzarlo o provocar rechazo. Además, cuando se encuentra en una situación social, si no se evitan se resisten con elevado miedo o ansiedad, y estos son desproporcionados a la situación real. Entre los criterios se menciona la duración mínima de 6 meses de los síntomas, así como el malestar clínicamente significativo en diferentes áreas de la vida de la persona y que no se atribuya a ningún otro tipo de afección (American Psychiatric Association, 2014). Este es el diagnóstico detectado en uno de los pacientes recibidos en el Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica (SAP) de la Universidad de Cádiz, siendo este entre otros trastornos relacionados con la ansiedad un motivo de consulta habitual en el mismo. Por otro lado, son casos de especial importancia dado que en nuestro país los trastornos de ansiedad fóbica (dentro de los que se clasifican en el registro de datos clínicos en atención primaria) tienen una prevalencia de 1'4% en hombres y 2'4% en mujeres (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Además, se encuentra elevada prevalencia en estudiantes universitarios de otras universidades del mundo (García et al., 2008).

Para abordar el caso, se selecciona una terapia de corte cognitivo-conductual con reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales debido a la evidencia empírica sobre su eficacia (Moreno et al., 2000).

### **Identificación del Paciente**

Acude a consulta el paciente A., un chico de 21 años, soltero y de nacionalidad española, el cual estudia un Grado universitario en la Universidad de Cádiz, viviendo en un piso compartido durante el curso.

### **Análisis del Motivo de Consulta**

A. tiene problemas para expresarse como le gustaría y actuar “*con normalidad*”; sin sentirse inseguro ni estar pendiente de la reacción de los demás.

### **Historia del Problema**

Desde que era niño, A. se siente excluido de su grupo de compañeros debido a sus gustos, problema que se intensificaba a medida que crecía.

Durante el primer año de estudios de Grado, comenzó a vivir en una residencia de estudiantes y se sentía mejor en cuanto a los problemas manifestados, pero al

cambiar la residencia por un piso compartido notó que empeoró. Ahora que está terminando el Grado le da miedo tener que exponerse a situaciones sociales como conocer gente nueva y enfrentarse a entrevistas de trabajo.

Por otro lado, se describe como una persona dependiente de los demás y prefiere evitar los conflictos. Además, se siente culpable cuando sus padres se entristecen porque no puede volver a su ciudad. Manifiesta un conflicto entre “*lo que le gustaría ser y lo que debe ser*”. Durante la entrevista se detecta un estilo comunicativo pasivo-agresivo, manifestado por situaciones en las que el paciente reprime sus expresiones y opiniones de forma general, teniendo lugar a veces explosiones de agresividad en situaciones en las que siente que ha llegado al límite, respondiendo con gritos y malas palabras (Castanyer, 1996).

### **Análisis y Descripción de las Conductas Problemáticas**

Tras la evaluación se extrae el siguiente análisis de la conducta:

Como antecedentes a la conducta se encuentran la interacción con personas con las que no tiene una relación de gran confianza o situaciones en las que es observado porque está hablando. Ante estas situaciones aparecen pensamientos como “*qué pensarán de mí*”, “*qué me están mirando*” o “*me siento muy agobiado cuando me miran*”. Fisiológicamente, A. presenta sintomatología propia de la ansiedad (taquicardia, calor, sudoración y sequedad de boca). A nivel motor no alcanza el bloqueo total, pero cuando sale airoso de las situaciones sociales cuestiona si lo ha hecho de manera adecuada y genera cogniciones y ruminaciones de valoración negativa. Estos pensamientos y la anticipación de lo que le va a ocurrir durante la interacción mantienen el trastorno. En cuanto al análisis topográfico de su respuesta, se observa frecuencia casi continua y con intensidad elevada de los síntomas.

La hipótesis de génesis es que A. desde edad temprana se sentía excluido debido a sus gustos y no encajaba con sus compañeros, lo que se ha agravado a medida que crecía y le ha generado dificultades a la hora de manejarse en situaciones sociales, en las que, su problema principal es la inseguridad. Se detecta un estilo de comunicación pasivo-agresivo y con tendencia a ceder para evitar conflictos.

### **Objetivos**

Durante la entrevista inicial, el paciente especifica los objetivos que pretende conseguir con el tratamiento, los cuales son: ganar seguridad, poder expresarse tal y como es y vivir su vida y no la que los demás quieren que viva.

Como objetivos terapéuticos para dar respuesta a esta demanda se plantea:

- Optimizar las relaciones sociales, reduciendo la ansiedad y mejorando la confianza en sí mismo.
- Mejorar las habilidades sociales y la asertividad.

## Método

### Evaluación

Para la evaluación se utilizaron diferentes herramientas que conforman el Protocolo de Evaluación utilizado por el SAP de la Universidad de Cádiz:

Ficha de Acogida: se trata de una herramienta propia del SAP que pretende encuadrar el motivo de consulta del paciente, en la que se recogen datos personales y académicos, una serie de necesidades psicológicas (sentimientos, pensamientos, conductas y relaciones interpersonales) y académicas que el usuario marca si se identifica con él, así como una serie de cuestiones relacionadas con el motivo de consulta y los problemas o dificultades con los que se encuentra.

Entrevista semiestructurada: para conocer mejor al paciente y su problema, se realizan una serie de preguntas sobre el motivo de consulta, la historia del problema y otra información relevante de otros aspectos de su vida (familia, estudios, trabajo, etc.).

*Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R, Derogatis y Savitz, 1999). Un cuestionario de cuantificación sintomática que evalúa 90 síntomas en 9 dimensiones sintomáticas (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Cada síntoma se valora en una escala de 0 (*ausencia total*) a 4 (*intensidad máxima*).

*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI, Spielberger et al., 2011) es un cuestionario que evalúa la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo, cada una de ellas mediante 20 ítems.

*Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM, adaptado a población española por Feixas et al., 2012) es un cuestionario que evalúa Bienestar subjetivo, Problemas, Funcionamiento general y Riesgo mediante 34 ítems y permite observar el cambio terapéutico.

*NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI, Costa y McCrae, 2008) para la evaluación de la personalidad, mediante las escalas que miden Neuroticismo, Extraversión, Amabilidad, Apertura y Responsabilidad.

Adaptación de *Session Rating Scales* (SRS, Miller y Duncan, 2000) para evaluar el desarrollo de las sesiones mediante 4 ítems medidos del 1 al 10 (relación con el terapeuta, objetivos y temas trabajados, enfoque y el desarrollo de la sesión en general) y la adaptación de *Outcome Rating Scales* (ORS, Miller et al., 2002) para evaluar cómo se ha sentido el paciente durante la semana en diferentes facetas (bienestar personal, funcionamiento con la familia, en el plano social y la sensación de bienestar general).

### Desarrollo de la Terapia

La terapia de corte cognitivo conductual fue realizada en 13 sesiones vía online (mediante la herramienta de videoconferencias Google meet y correo electrónico), incluyendo la evaluación y la prevención de recaídas. En la tabla 1 se resume el



contenido de cada una. Entre sesiones se mandaban tareas para realizar en casa en forma de autorregistros, así como el ensayo de las conductas y los cuestionarios ORS y SRS para realizar el seguimiento de las sesiones.

Tabla 1  
*Sesiones de la Terapia*

SESIÓN 1	Evaluación
SESIÓN 2	Evaluación
SESIÓN 3	Psicoeducación sobre algunos resultados de la evaluación inicial
SESIÓN 4	Psicoeducación y Ventilación emocional
SESIÓN 5	Psicoeducación sobre el diagnóstico y tratamiento
SESIÓN 6	Modelo ABC de Ellis
SESIÓN 7	Sesgos atencionales e interpretativos y Teoría hipervigilancia Técnica de desfocalización y Técnica de comprobación de situaciones. Derechos asertivos
SESIÓN 8	Modelo ABC de Ellis
SESIÓN 9	Autoinstrucciones: Pensamientos alternativos. HHSS: psicoeducación en asertividad
SESIÓN 10	HHSS: psicoeducación en asertividad
SESIÓN 11	Análisis de situación (etiquetación de emociones, distorsión cognitiva y análisis de expectativas)
SESIÓN 12	Preparación prevención de recaídas y generalización
SESIÓN 13	Prevención de recaídas

Las sesiones 1 y 2 se dedicaron a la evaluación mediante las herramientas anteriormente mencionadas, comenzando por la entrevista semiestructurada durante la cual se envía vía correo electrónico para cumplimentar el protocolo de evaluación compuesto por SCL-90, STAI, CORE-OM y NEO-FII.

En la sesión 3 se devuelven los resultados del protocolo de evaluación, realizando psicoeducación sobre conceptos como la personalidad y concretamente sobre la introversión, dado que A. considera dicho rasgo negativo. Se envía como tarea para casa un registro de pensamientos con el que se trabajará en las siguientes sesiones.

La sesión 4 se dedica a la técnica de ventilación emocional dado que el paciente reprime sus emociones negativas y genera mucha tensión, lo que le lleva a explosiones, mostrando una conducta de comunicación agresiva. Con dicha técnica se pretende que el paciente se pare a preguntarse lo que siente, acepte su emoción y la exprese de manera saludable.

Se dedica la sesión número 5 a la explicación de su diagnóstico, fobia social, con su correspondiente psicoeducación (qué es, cómo se mantiene y cómo afecta a su vida diaria), así como a detallar los objetivos de la terapia y las técnicas propuestas para llevarla a cabo: reestructuración cognitiva, instrucción en habilidades sociales, ensayo de conducta y exposición).

En la sesión 6 se comienza a trabajar con el modelo ABC de pensamientos, ofreciendo ejemplos ilustrativos para enseñarle cómo utilizarlo. Durante la sesión

se identifican dos distorsiones cognitivas: “*Las cosas, personas y circunstancias deberían ser como deseo si no es horrible*” y “*es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno*”.

La sesión 7 se dedica a los sesgos atencionales e interpretativos según el modelo teórico de Clark y Wells. Se utiliza también la teoría de la hipervigilancia. En cuanto a técnicas se trabajan la desfocalización y la comprobación de situaciones para objetivar las ideas irracionales. Se comienza a trabajar la asertividad mediante el listado de derechos asertivos.

Durante la sesión 8 se retoma el modelo ABC, analizando situaciones que el paciente ha vivido recientemente y se propone como tarea para casa el análisis de las situaciones sociales mediante este esquema.

En la sesión 9, tras analizar las situaciones con el esquema ABC de la semana anterior, se comienzan a establecer autoinstrucciones para ser aplicadas en próximas situaciones. Estas consisten en ofrecer pensamientos alternativos. Por ejemplo, ante pensamientos del tipo “*qué me están mirando*” cambiarlo por “*si me están mirando es que se interesan por mí*”. Se continúa el trabajo con habilidades sociales mediante psicoeducación sobre los estilos de comunicación.

La sesión 10 se dedica a continuar la psicoeducación sobre asertividad y se ofrecen ejemplos sobre cómo comenzar, mantener y finalizar una conversación, así sobre cómo realizar peticiones o rechazarlas.

En la sesión 11 se trabaja, sobre una situación ocurrida la semana anterior, la etiquetación de emociones y reelaboración, las distorsiones cognitivas del tipo “*debería*” y el análisis de las expectativas (efecto Pigmalión y profecía autocumplida).

Para finalizar, las sesiones 12 y 13 se dedican a la prevención de recaídas y la importancia de la generalización de las técnicas aprendidas durante la terapia a las situaciones futuras. Se realizará el seguimiento a un mes, tres meses y seis meses después de la intervención.

## Resultados

Se obtuvieron las siguientes puntuaciones en las diferentes herramientas de evaluación:

En NEO-FFI, puntuaciones centil 62 en Neuroticismo, 32 en Extraversión, 28 en Apertura, 39 en Amabilidad y 63 en Responsabilidad.

En CORE-OM, se observa en el pretest puntuaciones de 2.00 en Bienestar; 1.50 en Problemas; 2.17 en Funcionamiento General; 1.17 en Riesgo, 1.74 en VISI (General) y 1.86 en VISI-R (siendo los puntos de corte sobre los cuales se entiende que existe mal funcionamiento 1.46; 1.33; 1.06; 0.24; 1.24 y 1.06, respectivamente). En el postest se obtienen puntuaciones de 1 en Bienestar; 0.67 en Problemas; 1.83 en Funcionamiento General; 0.17 en Riesgo; 1.03 en VISI (General) y 1.21 en VISI-R.

En STAI las puntuaciones centiles del pretest fueron 50 en Ansiedad-Estado y 85 en Ansiedad Rasgo, mientras en el postest se obtiene 20 en Ansiedad-Estado

y 60 en Ansiedad Rasgo.

Los resultados de SCL-90-R se observan en la tabla 2.

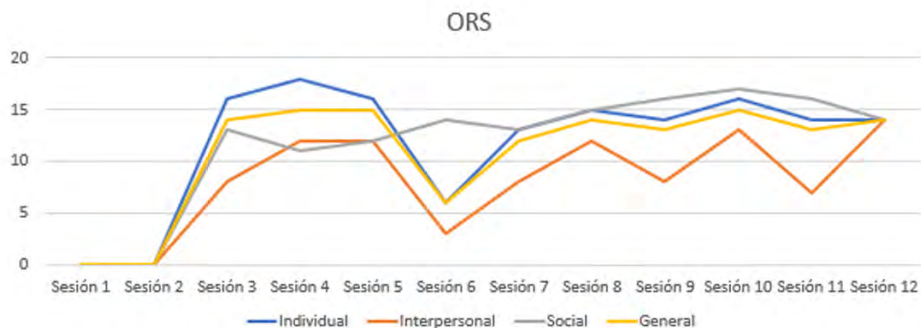
Tabla 2  
Resultados SCL-90-R Pretest y Postest

Variables	Pretest		Postest	
	Puntuación Centil Baremo General	Puntuación Centil Baremo Clínico	Puntuación Centil Baremo General	Puntuación Centil Baremo Clínico
SOM	99	75	45	10
OBS	97	75	90	50
SI	99	80	97	65
DEP	99	90	95	50
ANS	90	45	45	15
HOS	99	97	90	65
FOB	90	45	5	5
PAR	99	90	99	70
PSIC	99	65	85	40
IGS	99	80	90	35
PST	99	75	85	30
PSDI	97	75	80	55

*Nota.* SOM = Somatizaciones; OBS = Obsesiones y compulsiones; SI = Sensitividad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; FOB = Fobia; PAR = Ideación paranoide; PSIC = Psicoticismo; IGS = Índice global de severidad; PST = Total de Malestar Positivo; PSDI = Índice de Malestar Sintomático Positivo.

Finalmente, en la escala SRS de Evaluación de las sesiones, el paciente marca 10 sobre 10 en las cuatro variables (*relación con el terapeuta, objetivos y temas, enfoque o método y en general*) y en la figura 1 se observa una gráfica con las puntuaciones de la escala ORS de resultados.

Figura 1  
Resultados ORS



## Discusión

En primer lugar, observamos cómo los rasgos de personalidad medidos con la herramienta NEO-FFI se corresponden con los relacionados con trastornos de ansiedad social según otros estudios (Caballo et al., 2010), siendo estos un Neuroticismo alto y una Extraversión baja. Si bien la Apertura no relaciona directamente con el trastorno, puede relacionarse con la dificultad de interaccionar con desconocidos o exponerse en público.

Las puntuaciones obtenidas por el cuestionario CORE-OM indican que cuando acude a consulta, el paciente presenta malestar general, así como una puntuación elevada en problemas que indican síntomas relacionados con la ansiedad y depresión. Ambas medidas bajan tras finalizar la terapia, señalando la posibilidad de la efectividad de la terapia. Cabe destacar la variable Funcionamiento general, cuyo postest presenta una disminución leve. Dado que representa las interacciones sociales, es coherente con el estilo de personalidad mencionado anteriormente, siendo lo que realmente importa en este caso que las interacciones no ocasionen un elevado malestar y se puedan llevar a cabo de forma satisfactoria, como se planteaba en los objetivos. Esto fue trabajado mediante el entrenamiento en habilidades sociales, donde se establecieron una serie de autoinstrucciones orientadas a una mayor seguridad en las interacciones sociales, así como las distorsiones cognitivas sobre las situaciones.

Curiosamente, el cuestionario STAI muestra un descenso en el postest de la puntuación de Ansiedad-Rasgo, pudiendo estar relacionado con la generalización de la terapia, pues durante las sesiones se observa cómo el paciente, a través de la reestructuración cognitiva, reconoce que las situaciones que antes le provocaban malestar “*no son tan terribles como pensaba*”.

Las medidas del cuestionario SCL-90-R han sufrido un descenso en todas las variables postest, indicando una mejoría en la sintomatología general. Destacan los descensos en somatización y ansiedad, las variables que más se relacionan con el trastorno de ansiedad social por definición.

Finalmente, los resultados entre sesiones:

La Escala de Evaluación de Sesiones (SRS) indican que la relación terapeuta paciente ha sido favorable y se han atendido de forma adecuada sus necesidades. Esto se corrobora en la última sesión donde se exponen los resultados al paciente y se pide su opinión final, mostrándose agradecido y destacando la adecuación de la terapia a sus necesidades y su utilidad y posibilidad de generalizar a otras situaciones futuras.

La Escala de Resultados (ORS) nos informa de forma orientativa sobre cómo se ha sentido el paciente durante las semanas, observando diferentes altibajos, relacionados con eventos familiares, pero como se puede observar, se ha producido una mejora desde el principio hasta el final de la terapia.

Cabe mencionar la técnica de exposición a situaciones, la cual se preveía realizar de una manera más explícita, donde el paciente debería enfrentarse a

situaciones sociales de menor a mayor dificultad para él, pero finalmente acaba llevándolas a cabo por las situaciones vitales a las que se enfrenta (las situaciones de interacción con sus compañeros de piso, conocer personas en la universidad, realizar peticiones de cambio de conducta, incluso apuntarse al gimnasio). El paciente destaca que ha sido gracias a saber detectar pensamientos irracionales y distorsiones cognitivas, así como las habilidades sociales practicadas en la terapia por lo que ha conseguido enfrentarse a estas situaciones “*que antes veía imposible*”. Que se haya extendido hacia tantas situaciones augura que se está dando de manera adecuada la generalización.

### Conclusiones

Tras observar los resultados pretest y postest, además de la percepción del paciente, podemos afirmar que la terapia de base cognitivo-conductual ha sido efectiva. Los puntos clave de esta intervención han sido la reestructuración cognitiva, atendiendo a las distorsiones que aparecen en las situaciones sociales, así como el entrenamiento en habilidades sociales, que le ofrecen patrones de conductas para diferentes situaciones. En los futuros seguimientos, se observará si la generalización se sigue produciendo.

### Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. y Guillén, J. L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 18(2), 259-276.
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad. Expresión de una sana autoestima*. Desclée de Brouwer.
- Costa, P. T. Jr. y McCrae, R. R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Manual* (3ª ed.). TEA.
- Derogatis, L. R. y Spitz, K. L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales [SCL-90-R, Inventario breve de síntomas y emparejamiento con escalas de calificación clínica]. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., González, E., Bados, A., García-Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- García, R. R., Flores, R. A. E., Gutiérrez, A. C. P., Rojas, M. A. Á. y Agraz, F. P. (2008). Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 54-62. <https://doi.org/10.48102/pi.v16i2.287>
- Miller, S. D. y Duncan, B. L. (2000). *Outcome Rating Scale [Escala de calificación de resultados]*. Authors.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. y Johnson, L. (2002). *Session Rating Scale [Escala de calificación de la sesión]*. Authors.
- Moreno, P. J., Méndez, X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352. <http://www.psicothema.com/pdf/341.pdf>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buella-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual* (8ª ed., rev. y ampl.). TEA.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. Madrid, España. [https://www.msbs.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.msbs.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

# DIÁLOGO TERAPÉUTICO, INSIGHT Y REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

## THERAPEUTIC DIALOGUE, INSIGHT AND REDUCTION OF ANXIOUS-DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY

**Carlos Alberto Jibaja Zárate**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3350-9888>

Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Jibaja, C. A. (2021). Diálogo terapéutico, insight y reducción de síntomas ansioso-depresivos en la psicoterapia psicoanalítica. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 185-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.945>

### Resumen

*El objetivo del estudio fue examinar las características del diálogo terapéutico generador de cambios en la capacidad del consultante para obtener insights, y su relación con los síntomas ansioso-depresivos, en las primeras 16 sesiones de psicoterapia psicoanalítica de duración abierta, una sesión por semana. Se codificaron las transcripciones de las sesiones grabadas de tres consultantes utilizando listas de chequeo, y se examinaron las ocurrencias de insights cognitivos y emocionales, cambios en la sintomatología ansioso-depresiva y “eventos significativos” (Greenberg, 1986) donde se produjeron insights emocionales. Se registró reducción de síntomas, correlaciones entre incremento de insights cognitivos y disminución de síntomas, y una secuencia de procesos de cambios en la capacidad del consultante para generar insights emocionales. Como conclusión se destaca el entrelazamiento de procesos intrapsíquicos y relacionales, en una secuencia de fases (sincronía-elaboración-resolución) del diálogo terapéutico, que promueve la capacidad del consultante para acumular insights y profundizar su auto comprensión en temas de conflicto, lo que guarda relación con el alivio sintomático.*

Palabras clave: *insight, psicoterapia, proceso, eventos significativos, síntomas*

### Abstract

*The objective of the study was to examine the characteristics of the therapeutic dialogue generating changes in the consultant's ability to obtain insights and its relationship with anxious-depressive symptoms, during the first 16 sessions of open-ended psychoanalytic psychotherapy, once per week. The transcripts of the recorded sessions of three consultants were encoded using checklists; and, the occurrences of cognitive and emotional insights, changes in anxious-depressive symptomatology, and “significant events” (Greenberg, 1986) where emotional insights occurred, were then analyzed. There was a reduction in symptoms, correlations between increased cognitive insights and decreased symptoms, and a sequence of the change process in the consultant's ability to generate emotional insights. As a conclusion, it is highlighted the intertwining of intrapsychic and relational processes, in a sequence of phases (synchrony-elaboration-resolution) of the therapeutic dialogue, promoting the consultant's ability to accumulate and deepen his self-understanding of conflict themes, which is related to symptomatic relief.*

Keywords: *insight, change process, significant events, symptoms*

Fecha de recepción v1: 05/08/2021. Fecha de recepción v2: 22/09/2021. Fecha de aceptación: 04/10/2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [cjibajaz@gmail.com](mailto:cjibajaz@gmail.com)

Dirección postal: Carlos Alberto Jibaja Zárate. Calle Oropéndolas 399. San Isidro. Lima. Perú

© 2021 Revista de Psicoterapia



La psicoterapia psicoanalítica de duración abierta y de una sesión por semana (PPA1) es una de las modalidades más utilizadas en el ámbito institucional de nuestro medio y países de la región (Altmann et al., 2000; Ginés y Montado, 1995). Sin embargo, la PPA1 ha sido poco estudiada en sus modificaciones técnicas; la reducción de la frecuencia de sesiones a una vez por semana conlleva cambios en el encuadre, en el análisis de la transferencia, el tipo de intervenciones verbales, etc. (Altman et al., 2000; Nuetzel y Larsen, 2012). La PPA1 sigue varias pautas técnicas de la psicoterapia de dos veces por semana de tiempo abierto: sesiones cara a cara, asociación libre, análisis de la transferencia y las defensas, búsqueda del insight, uso de la interpretación transferencial y extra transferencial, a la vez que utiliza elementos de la psicoterapia breve como la baja frecuencia de sesiones o más intervenciones de apoyo. Asimismo, la atención del terapeuta no es completamente “libre y flotante”, sino que éste centra su atención de manera indefinida y cambiante de acuerdo con los temas de conflicto que el consultante trae a sesión (Bernardi, 1995; Braier, 1980).

En el presente estudio se investiga tratamientos de PPA1 que el Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (CPPL) brinda a la comunidad. Se coincide con Jiménez (2007) cuando señala que el clínico debería percibir la utilidad de las investigaciones sobre los procesos de cambio en una práctica existente. Específicamente, en la práctica del CPPL, los tratamientos de PPA1 tienen en promedio menos de 10 sesiones de duración (CPPL, 2016), es decir que, a pesar de su duración abierta, tienden a ser tratamientos de corto plazo. La pregunta que surge, en consecuencia, es acerca de la relevancia del insight como motor de cambio terapéutico en los tratamientos de PPA1 en el CPPL que tienden a ser de corta duración.

### **Modelo de Cambio Terapéutico e Insight**

Wallerstein (1988) destacó que, en contraste con las diversas teorizaciones psicoanalíticas, la teoría clínica sostenida por la elaboración del conflicto y la defensa, el análisis de la transferencia y la resistencia (Freud, 1914/1981) es la que está próxima a la experiencia de la sesión, lo que la hace observable y susceptible de examinarse. Coincidiendo con Wallerstein, el modelo de cambio terapéutico del estudio articula conceptos del conflicto psicodinámico freudiano (Freud, 1914, 1925/1981) con los aportes de la teoría de las relaciones objetales de Kernberg (1986, 2000). Se basa en nociones de conflicto intrapsíquico como impulso, defensa, angustia, resistencia, elaboración, a la vez que incorpora aspectos relacionales y vinculares con las personas significativas, el terapeuta y las relaciones objetales (representaciones de *self* y objeto, afecto, etc.). Ambas líneas teóricas son operacionalizadas a través del modelo teórico graficado por Malan (1999), llamado “los triángulos del insight”. Este esquema diagrama el conflicto psicodinámico y su comprensión relacional a través del “triángulo del conflicto” (impulso o sentimiento oculto, angustia y defensa) y el “triángulo de las personas” (persona actual, progenitor del pasado, transferencia).



## Insight

Connolly et al. (2007) refieren que insight es la capacidad de una persona para obtener una nueva conexión o nuevo entendimiento entre pensamientos, sentimientos, deseos o conductas. Estos autores resaltan que el insight puede referirse tanto a la capacidad de la persona para lograr un nuevo entendimiento como al hecho mismo de obtenerlo. En este estudio, los aspectos psicodinámicos y elaborativos del insight son centrales. Etchegoyen (1988) plantea que insight es el “proceso a través del cual alcanzamos una visión nueva y distinta de nosotros mismos”; señala que existen dos tipos: el “insight descriptivo”, referido al autoconocimiento cognitivo que ocurre en ciertos momentos de la sesión, y el “insight ostensivo” como proceso de autoexploración elaborativa, de flexibilización defensiva y asunción de lo nuevo conocido. La transformación del insight descriptivo, que termina convirtiéndose en insight ostensivo, pasa por el proceso de elaboración. El insight ostensivo se acerca a lo que otros autores entienden por insight emocional (Hogague y Kübler, 1988; Mergenthaler, 1996) cuando señalan dos condiciones para que éste pueda producir cambios terapéuticos, a saber, que el nuevo entendimiento esté enlazado a sus afectos y sea asumido como propio. En el estudio se utiliza insight cognitivo e insight emocional en equivalencia a los términos “insight descriptivo” e “insight ostensivo” de Etchegoyen (1988).

En la psicoterapia psicoanalítica, la comprensión de hechos, situaciones, recuerdos, experiencias traumáticas, etc., es un proceso con avances, resistencias, repeticiones y resignificaciones que produce gradualmente una profundización emocional (Freud, 1914/1981; Kernberg, 2000). El trabajo elaborativo tiene un efecto de acumulación y profundización emocional en la capacidad del consultante para obtener insights. Profundidad alude al ejercicio elaborativo de ahondar, remover obstáculos, interconectar, recuperar representaciones aisladas y ligarlas a sus afectos respectivos. Gabbard y Westen (2003) afirman que la elaboración produce modificaciones en la organización del yo: se crean nuevas conexiones entre representaciones (deseos, afectos, defensas, etc.), se fortalecen las ya existentes, o, por el contrario, se debilitan patrones asociativos generadores de angustia y defensas. Asimismo, la identificación del yo del consultante con el rol analítico del terapeuta (Etchegoyen, 1988) fortalece las capacidades analíticas y sintéticas del yo, contribuyendo al proceso elaborativo y al insight.

## Intervenciones Verbales del Terapeuta

El psicoterapeuta psicoanalítico, además de intervenir con interpretaciones, clarificaciones y confrontaciones, utiliza intervenciones dirigidas a crear una relación contenedora y de fortalecimiento de las capacidades del yo (Kernberg, 2000). El estudio categoriza seis intervenciones terapéuticas: interpretación, confrontación, clarificación, estímulo para elaborar, comentarios empáticos e intervenciones directivas (Gabbard et al., 1996). Adicionalmente, se toma en cuenta hacia dónde las intervenciones van dirigidas: impulso, defensa, angustia, transferencia, relaciones

actuales y del pasado y partes del self (Koenigsberg et al., 1988; Malan, 1999; Racker, 1976). En teoría, la intervención generadora de cambios por excelencia es la interpretación transferencial (Etchegoyen, 1988; Kernberg, 2000), pero en las investigaciones, la relación entre interpretación transferencial y cambio terapéutico todavía es materia de discusión (Johansson et al., 2010). Intervenciones como clarificaciones o preguntas abiertas también muestran relación con el insight (Gabbard et al., 1996; Raingruber, 2000), inclinando a pensar que la combinación de intervenciones de apoyo con aquellas dirigidas al insight es la que mejores resultados de eficacia se obtienen en la psicoterapia de baja frecuencia (Blatt et al., 2006). Por otro lado, las intervenciones del terapeuta y la obtención del insight se ven modificadas por cambios en la alianza de trabajo terapéutica (McCarthy et al., 2017), en los niveles de colaboración del consultante (Speisman, 1959), así como en la co-regulación de estados emocionales entre los miembros de la díada terapéutica (Greenspan y Shanker, 2006).

### **Eventos Significativos del Diálogo en los que se Generan Insights Emocionales**

Las investigaciones acerca del insight en la psicoterapia psicoanalítica muestran que es un factor que explica los efectos en el funcionamiento interpersonal (Johansson et al., 2010), en el desarrollo de competencias para lidiar con los problemas post-tratamiento (Grande et al., 2003), en el alivio de síntomas (Kivlighan et al., 2000), entre otras mediciones de resultado (Connolly et al., 2007). Los estudios mencionados con diseños metodológicos extensivos, con muestras inter-sujetos, se complementan con otro tipo de investigaciones a nivel intra-sujetos, de mayor intensidad en el estudio del comportamiento de las variables, y que se abocan a especificar cómo es que el proceso de cambio ocurre (Hilliard, 1993). Los estudios en el marco del *Change Process Research* (CPR) siguen esta línea de investigación intensiva de proceso en casos únicos y/o comparados (Gelo y Manzo, 2015; Greenberg, 1986; Iwakabe y Gazzola, 2009; Kächele et al., 2009). En este estudio se utilizó el diseño metodológico de los “eventos significativos” (Greenberg, 1986; McCarthy et al., 2017) y, como referencia, el microanálisis secuencial del diálogo terapeuta-consultante (Elliott et al., 1994, Elliot, 2010).

El estudio tiene como objetivo general examinar las características del diálogo terapéutico generador de cambios en la capacidad del consultante para obtener insights y su relación con los síntomas ansiosos y depresivos. El primer objetivo específico es examinar la relación entre tipos de insight (cognitivo y emocional) y los cambios en la sintomatología ansioso-depresiva a lo largo de las primeras dieciséis sesiones de PPA1 en tres casos; y, el segundo objetivo específico es analizar las características y relaciones entre los componentes de los eventos significativos del diálogo terapéutico en los que se generan insights emocionales en los casos estudiados.

## Método

### Participantes

#### *Consultantes*

Tres adultos con síntomas de ansiedad y depresión según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) y con dificultades interpersonales que iniciaron psicoterapia en el CPPL. La edad de los participantes tiene una media de 33.34 (DT = 3.06). Los participantes fueron hombres, nombrados José, Gerardo y Felipe con instrucción universitaria que no presentaban trastornos de personalidad, adicciones, psicosis, historia de intentos suicidas ni tratamientos previos. Sus puntajes fueron superiores a 1.75 en la *Lista de Chequeo HSCL-25* (Morote et al., 2014).

#### *Psicoterapeutas*

Tres psicólogas psicoterapeutas, dos mujeres y un hombre, con edades entre 40 y 60 años. Con formación de postgrado como psicoterapeutas psicoanalíticas y más de cinco años de experiencia trabajando en PPA1. Un psicoterapeuta psicoanalítico con más de 15 años de experiencia realizó las entrevistas de selección.

### Tratamientos

Tres procesos de psicoterapia psicoanalítica de tiempo abierto, una vez por semana en el CPPL. Los terapeutas siguieron sus maneras habituales de trabajo en PPA1; no hubo entrenamiento con un manual de psicoterapia, objetivos específicos, tampoco una focalización sistemática.

### Consideraciones Éticas

Se explicó el estudio a consultantes y terapeutas y se les solicitó el consentimiento informado para que las sesiones fueran grabadas y transcritas. El Comité de Ética de la Investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú aprobó el protocolo de investigación. Los tratamientos continuaron con sus respectivos terapeutas, luego de la sesión 16, sin grabaciones ni otro involucramiento en la investigación.

### Instrumentos

*Lista de chequeo de síntomas de Hopkins* (HSCL-25, Derogatis et al., 1974). Derivada de la escala SCL-90 de Derogatis, es un instrumento compuesto por las sub-escalas de ansiedad y de depresión con el fin de detectar estos síntomas. Morote et al. (2014) reportaron que HSCL-25 obtuvo índices de confiabilidad y validez significativos en una muestra local. En el mencionado estudio presentó un Alfa de Cronbach de 0.90, la sub-escalas de ansiedad, 0.81 y la de depresión, 0.81. El estudio ratificó el punto de corte en 1.75.

*Lista de chequeo para la codificación del Insight* (LCC “Insight”, instrumento creado ad-hoc). Para su construcción las referencias utilizadas fueron Etchegoyen (1988), Hogague y Kübler (1988), Mergenthaler (1996) y Speisman (1959). Se establecieron dos criterios eje: (1) “Tipo de verbalización”: descriptivo, oposición, reflexivo, autorreflexivo, auto-orientado; (2) “Acceso al afecto”: contacto del consultante con la gama de afectos relacionados con los contenidos que verbaliza; se describen seis niveles. Ambos criterios eje deben aparecer juntos para ser registrado como insight.

La LCC “Insight”, luego de la revisión de la primera versión, tuvo un índice de completo acuerdo entre 5 jueces; éstos valoraron los criterios y definiciones con una escala Likert, obteniéndose coeficientes de confiabilidad de V de Aiken para “Tipo de verbalización”: 0.97 y “Acceso al Afecto”: 0.94 (Escurra, 1988).

La LCC “Insight” define tres tipos de insight:

1. Insight Cognitivo (IC): verbalización autorreflexiva del consultante, busca razones o relaciones causales y manifiesta un nuevo entendimiento acerca de sus conflictos; el acceso al afecto está mediado por la reflexión o el recuerdo del hecho ocurrido en el pasado reciente o remoto; el nuevo entendimiento no es asumido como propio. Ejemplo: “Tengo ahí una huella, una herida que se activa cada cierto tiempo (...) hay cosas, que activan esa, esa sensación [reacción violenta]”.

2. Insight Emocional tipo 1 (IE1): verbalización autorreflexiva del consultante, tiene un nuevo entendimiento acerca de sus conflictos. Lo nuevo auto-comprendido es asumido como propio mostrando una clara y vívida conexión afectiva observable en la sesión. Ejemplo: “Sí, y eso me da vergüenza, profundamente... Porque a veces pienso, me miro al espejo, y digo, no, ¡Qué tan extraña puede ser la vida que en realidad uno es un poco como su padre!”

3. Insight Emocional tipo 2 (IE2): las verbalizaciones son auto-orientadas y están asociadas a niveles altos de acceso y congruencia con sus afectos; son aquellas que muestran mayor capacidad de insight del consultante al haber internalizado la actitud analítica del diálogo con el terapeuta. Ejemplo: “(...) él [el padre] llegaba con un saco de papas a pedir un puesto, yo lo acompañaba (...) me daba mucha vergüenza, mucha vergüenza, sabía que algo no estaba encajando (...) es algo que influye, cuando tengo que buscar a alguien para ver si tienen alguna oportunidad... me da una profunda vergüenza”.

*LCC “Intervenciones verbales del psicoterapeuta”* (instrumento creado ad-hoc). Sus referencias fueron Fiorini (2000), Gabbard et al. (1996), Koenigsberg et al. (1988), Malan (1999) y Racker (1981). Se establecieron dos criterios-eje: (1) “Tipo de intervención verbal del terapeuta”: interpretación, clarificación, confrontación, estímulo para elaborar, comentario empático, intervención directiva. (2) “Dirección de la intervención” que es hacia donde se orienta ésta: angustia, impulso, defensa, transferencia, relación actual, relación del pasado, partes del self. Las valoraciones de los 5 jueces de esta lista obtuvieron coeficientes de V de Aiken para “Tipo de intervención”: 0.97 y “Dirección”: 0.95 (Escurra, 1988).

LCC “Indicadores del conflicto psicodinámico” (instrumento creado ad-hoc). Tuvo como referencia al triángulo del conflicto propuesto por Malan (1999). Se elaboraron definiciones operacionales de “angustia”, “impulso” y “defensa”, los que fueron calificados por 5 jueces en la LCC “Intervenciones verbales del psicoterapeuta” en el criterio “Dirección de la intervención del terapeuta”.

## **Procedimiento**

### ***Confiabilidad Interjueces y del Codificador de las Transcripciones de Sesión***

Se grabó el audio de las primeras 16 sesiones de los tratamientos y se transcribieron. Las transcripciones fueron codificadas por un Único Codificador (UC). Para examinar la confiabilidad interjueces del UC (Hernández et al., 2006), se contó con 2 jueces, psicoterapeutas con por lo menos 10 años de experiencia, entrenados para realizar la codificación en base a las listas de chequeo. La confiabilidad entre parejas (Hernández et al., 2006) del UC con los Jueces 1 y 2 fue de 0.89 y de 0.87, respectivamente, y entre los jueces 1 y 2 la confiabilidad fue de 0.91. Se eliminó cualquier ítem que no obtuviera acuerdo unánime.

### ***Mediciones del Evento Significativo***

El estudio de los *eventos significativos* se inicia con la selección de un tipo de evento clínicamente relevante y se procede con el análisis de las secuencias que dieron lugar al evento (Greenberg, 1986). Se realizaron tres mediciones del proceso del evento (Greenberg, 1986): 1. Medición Inmediata: las ocurrencias de insight por sesión a través de la LCC “Insight”. 2. Mediciones Intermedias: se correlacionaron “ocurrencias de IE” y “puntajes depresivos y ansiosos del HSCL-25” utilizando los Coeficientes de Confiabilidad de Spearman y el de Correlaciones Cruzadas. 3. Medición Final: la frecuencia de insights totales y se realizaron las correlaciones finales con los puntajes HSCL-25.

### ***Análisis Secuencial del Diálogo Terapéutico***

El análisis de las secuencias del diálogo en los eventos significativos (Greenberg, 1986) se realizó sobre los siguientes contenidos: 1. Las 4 intervenciones del terapeuta previas a IE. 2. Las 4 verbalizaciones del consultante previas a IE. 3. Los indicadores de conflicto verbalizados por el consultante. 4. El reconocimiento del terapeuta de los indicadores de conflicto. 5. Las series de intercambio terapeuta-consultante (una serie es un intercambio entre la intervención del terapeuta a la que le sigue una verbalización del consultante y viceversa). 6. Temas en los que se obtuvo IE.

## Resultados

### Relación entre Ocurrencias de Insight y Cambios en la Sintomatología Ansioso-Depresiva

#### *Ocurrencias de Insight*

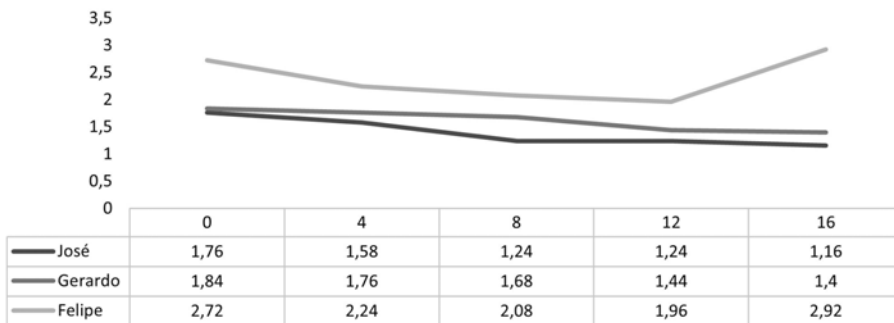
El Insight Cognitivo (IC) fue el más frecuente en los tres casos. En José se registraron 201, en Gerardo 53 y en Felipe 54 ICs. En los Insights Emocionales (IE) se observó la ocurrencia del tipo 1 (IE1) en los tres casos. En José se registraron 17, en Gerardo 5 y Felipe 2. Finalmente, solo José presentó 2 insights del tipo IE2. Este resultado indica la constante acumulación de ocurrencias de IC, la tendencia a que los IE1 se presenten en una marcada menor proporción que los IC, y que los IE2 no necesariamente ocurren en las primeras 16 sesiones.

#### *Cambios en los Puntajes Ansioso-Depresivos del HSCL-25*

José mostró una progresiva reducción de síntomas en la escala total del HSCL-25, y en las sub-escalas de ansiedad y depresión luego de 16 sesiones de tratamiento. Gerardo también presentó una reducción relevante en los puntajes HSCL-25 total, ansiedad y depresión. En contraste, los puntajes de Felipe no presentaron mejoría en la sesión 16. Sin embargo, se destaca en Felipe que la reducción sintomática también se presentó de manera progresiva hasta la sesión 12, y fue en la medición de la última serie de tiempo en que se incrementaron los puntajes. En la revisión de las transcripciones de las sesiones 12 a 16 se observaron estresores severos en las relaciones interpersonales de Felipe (tabla 1).

Tabla 1

*Análisis comparativo de los puntajes de la Escala Total HSCL-25*



*Nota.* Comparación de los puntajes totales del HSCL-25 por series de tiempo (0, 4,8,12,16) en los 3 casos.

**Correlaciones entre Ocurrencias de Insight y Puntajes del HSCL-25**

En José, el análisis de las correlaciones de Spearman entre los puntajes HSCL-25 y los insights acumulados durante las 16 sesiones por serie de tiempos (0,4,8,12,16) se encontró correlaciones inversas entre IC y los puntajes HSCL-25 total y la sub-escala de depresión, significativas en el nivel 0,01. No se encontró correlaciones entre IC y ansiedad. Así mismo, en José se encontró correlaciones significativas entre IE1 y los puntajes HSCL-25 total y de depresión (tabla 2). Por otro lado, en el análisis con el Coeficiente de Correlaciones Cruzadas se encontró que la correlación inversa más alta entre las variables IC e IE y los puntajes totales del HSCL-25 fue en el retardo 0 (-0,898 y -0,931, respectivamente).

Tabla 2

*José: Coeficientes de Correlación de Spearman entre las Escalas del HSCL-25 y los Tipos de Insight*

Medidas	M	DE	1	2	3	4	5	6
1.Total HSCL	1.4	0.21	--	.90*	1.00*	-.98**	-.98**	-0.80
2. Ansiedad	1.59	0.26	--	--	.90*	-0.87	-0.87	-0.80
3. Depresión	1.35	0.18	--	--	--	-.98**	-.98**	-0.80
4. IC	13.81	4.20	--	--	--	--	--	--
5. IE 1	1.13	0.75	--	--	--	--	--	--
6. IE 2	0.13	0.206	--	--	--	--	--	--

*Nota.* IC = Insight Cognitivo. IE1= Insight Emocional tipo 1. IE2 = Insight emocional tipo 2.  
\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). \*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En Gerardo se encontró correlaciones entre IC y los puntajes HSCL-25 total y de ansiedad, las que se mostraron inversas y significativas al nivel 0,01. No se encontraron correlaciones entre IC y los puntajes depresivos; tampoco se encontraron correlaciones entre IE1 y los puntajes del HSCL-25 (tabla 3). Por otro lado, en el análisis con el Coeficiente de Correlaciones Cruzadas se encontró la correlación inversa, significativa entre las variables IC y los puntajes HSCL-25 totales del en el retardo 0 (-,943). No se encontró correlaciones entre IE y los puntajes HSCL-25.

Tabla 3

*Gerardo: Coeficientes de Correlación de Spearman entre Puntajes HSCL-25 y Ocurrencias de Insight*

Medidas	M	DE	1	2	3	4	5
1.Total HSCL	1.62	0.20	--	1.0**	.051	-1.0**	-.71
2. Ansiedad	1.76	0.45	--	--	.051	-1.0**	-.71
3. Depresión	1.52	0.12	--	--	--	-.051	.000
4. IC	28.6	16.56	--	--	--	--	--
5. IE 1	1	2.23	--	--	--	--	--

*Nota.* IC = Insight Cognitivo. IE1 = Insight Emocional tipo 1. \*\*La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).



En Felipe se encontró correlaciones inversas significativas entre IC y los puntajes totales y depresivos del HSCL-25 hasta la sesión 12 (ver tabla 4), siguiendo el mismo patrón de los otros dos casos en los que ocurrió una reducción progresiva de síntomas. Sin embargo, cuando se incluyó en los análisis la última serie de tiempo, luego de la sesión 16, no hubo correlaciones significativas entre IC y puntajes HSCL-25.

Tabla 4

*Felipe: Coeficientes de Correlación de Spearman entre Puntajes del HSCL-25 e Insight hasta la Sesión 12.*

Medidas	M	DE	1	2	3	4	5
1. Total HSCL	--	0.21	--	1.0**	.051	-1.0**	-.258
2. Ansiedad	1.59	0.26	--	--	.051	-.632	.000
3. Depresión	1.35	0.18	--	--	--	-1.0**	-.258
4. IC	13.81	4.20	--	--	--	--	--
5. IE 1	1.13	0.75	--	--	--	--	--

*Nota.* IC = Insight Cognitivo. IE1 = Insight Emocional tipo 1.\*\*La correlación es significativa en el nivel 0,01(bilateral).

Cabe indicar que al analizar las correlaciones entre los tipos de insight IC e IE, solo José presentó correlaciones significativas; Gerardo y Felipe no.

### **Características y Relaciones entre los Componentes de los Eventos Significativos en los que se Generaron Insights Emocionales**

26 eventos significativos que culminaron en IE fueron analizados en los tres casos. Se estudió cada uno de los cuatro componentes del evento significativo generador de IE.

#### ***Componente 1: Indicadores de Temas de Conflicto***

Los tres consultantes expresaron indicadores de conflicto en todos los eventos significativos. En José se registraron 11 indicadores de impulso (IMP), 16 de defensa (DEF) y 2 de angustia (A). También aparecieron verbalizaciones con dos indicadores juntos: 8 IMP + DEF, 7 A + DEF y 1 A+ IMP. Los 5 eventos en Gerardo presentaron 7 IMP y 2 DEF; y en los 2 eventos en Felipe, se registraron 2 A, 3 IMP y 2 DEF.

#### ***Componente 2: Intervenciones Verbales del Terapeuta***

“Estímulo para elaborar” (EE), “Clarificaciones” (CLF) e “Interpretaciones” (INT) fueron las intervenciones más utilizadas (tabla 5). En José, el 42.1% de los EE estuvieron asociados a CLF e INT, antecedendo a IE, y el 26.3% de los EE por sí solos facilitaron IE. En los 5 eventos de Gerardo, los EE dirigidos a IMP y DEF, sin el concurso de otro tipo de intervención, antecedieron a los IE, luego de acumular IC en temas específicos. En Felipe, en los 2 eventos, los EE estuvieron

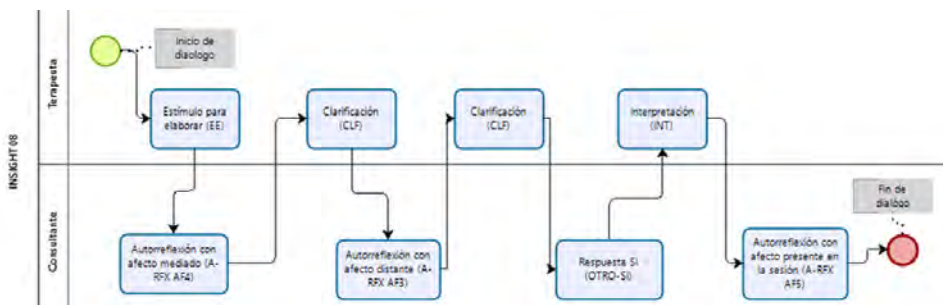
asociados a CLF. Por otro lado, las CLF antecedieron a los IE en el 68.4% de los eventos de José, y en los 2 IE registrados de Felipe; las CLF en ambos casos estuvieron dirigidas a IMP y DEF; sólo en José estuvieron también dirigidas a clarificar el vínculo transferencial y aspectos del método analítico (asociación libre, encuadre, rol del terapeuta). Las interpretaciones (INT) antecedieron a IE sólo en el caso José en el 36.9% de los eventos; éstas estuvieron dirigidas a DEF, IMP y TRANS, y buscó conectar las relaciones con personas del pasado con las del presente. Otros tipos de intervención como confrontación (CONF), comentarios empáticos (EMP) e intervenciones directivas (DIR), no se presentaron en Gerardo y Felipe; en José se presentaron con frecuencias menores.

**Reconocimiento del Terapeuta de los Indicadores de Conflicto Expresados por el Consultante.** Los terapeutas lograron captar los indicadores de conflicto (IMP, DEF, A) en las verbalizaciones del consultante y sus intervenciones respondieron a los indicadores presentados. En el caso Gerardo, en tres eventos que culminaron en IE, los EE (preguntas y señalamientos) mantuvieron la atención del consultante en el tema “relación ambivalente con el padre”, aunque las intervenciones no fueron dirigidas sobre los indicadores de conflicto.

**Componente 3: Respuestas del Consultante y Series de Intercambio Terapeuta-Consultante**

Las verbalizaciones más frecuentes de los tres consultantes fueron: “Insight cognitivo”, “Auto-reflexión con distanciamiento afectivo”, “Reflexión dirigida a terceros con distanciamiento afectivo”, “Reflexión dirigida a terceros con acceso mediado al afecto” e “Insight emocional”. Se diagramaron las series de intercambio entre terapeuta y consultante de los 26 eventos. Como ejemplo, se presenta la serie de intercambio del evento IE 08 de José (figura 1).

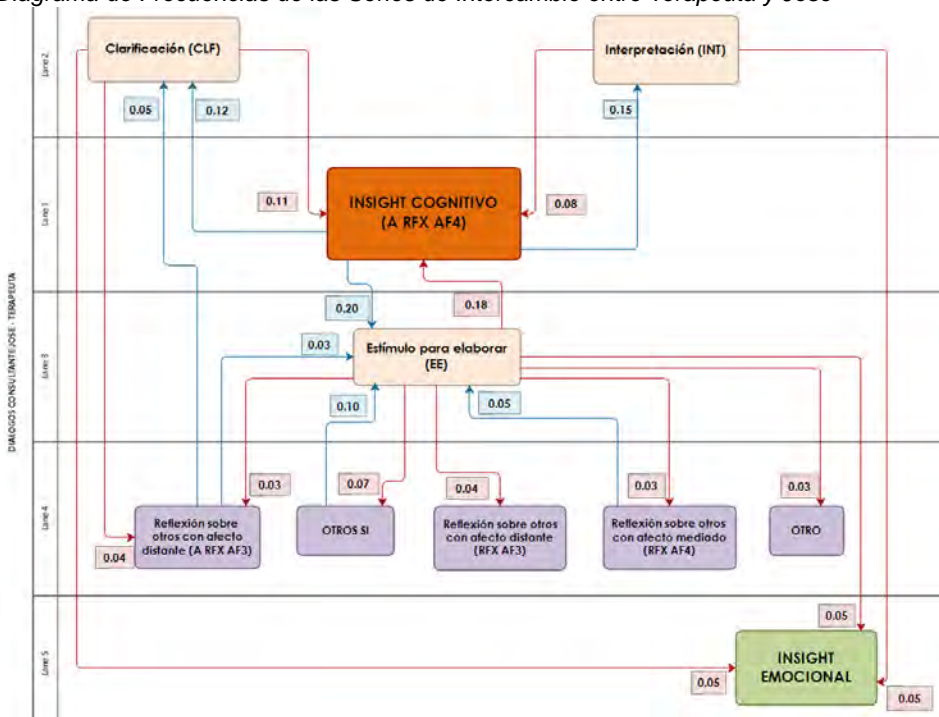
Figura 1  
Serie de Intercambios entre Terapeuta y Consultante en el Evento Significativo IE 8 de José



Nota. Autorreflexión con afecto mediado (A-RFX AF4) = IC. Autorreflexión con afecto distante (A-RFX AF3). Frase afirmativa = OTRO(SI). Autorreflexión con afecto presente en la sesión (A-RFX AF5) = IE.

Al analizar y diagramarse las series de intercambio de los 26 eventos significativos por cada caso, se encontró que en José (figura 2), las series de intercambio más frecuentes fueron: IC→EE (20%); EE→IC (18%); CLF→IC (11%); IC→CLF (12%); IC→INT (15%); EE→IE (5%); CLF→A-RFX AF3 (4%).

Figura 2  
Diagrama de Frecuencias de las Series de Intercambio entre Terapeuta y José



En Gerardo (ver figura 3), destacaron las series: RFX AF4→ EE (57%), EE → IC (47%), IC→EE (29%) y EE→RFXAF4 (24%). Y en Felipe (ver Figura 4), las series más frecuentes fueron: IC→CLF (33%), CLF→IE (29%), IE→ EE (17%), CLF→OTRO (SI) (25%), OTRO(SI)→CLF (33%), RFX AF4→EE (17%).

Figura 3

Diagrama de Frecuencias de las Series de Intercambio entre Terapeuta y Gerardo

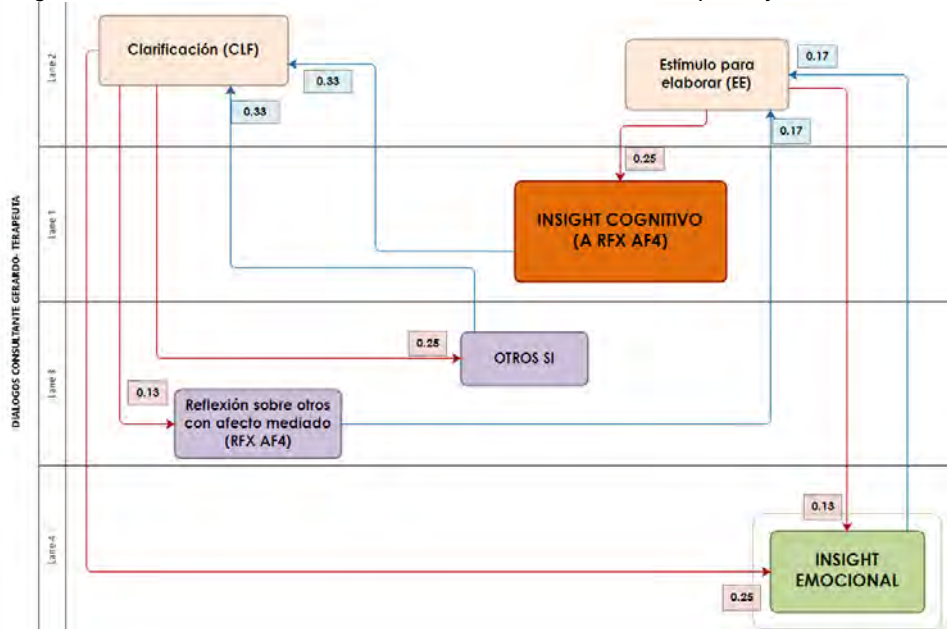
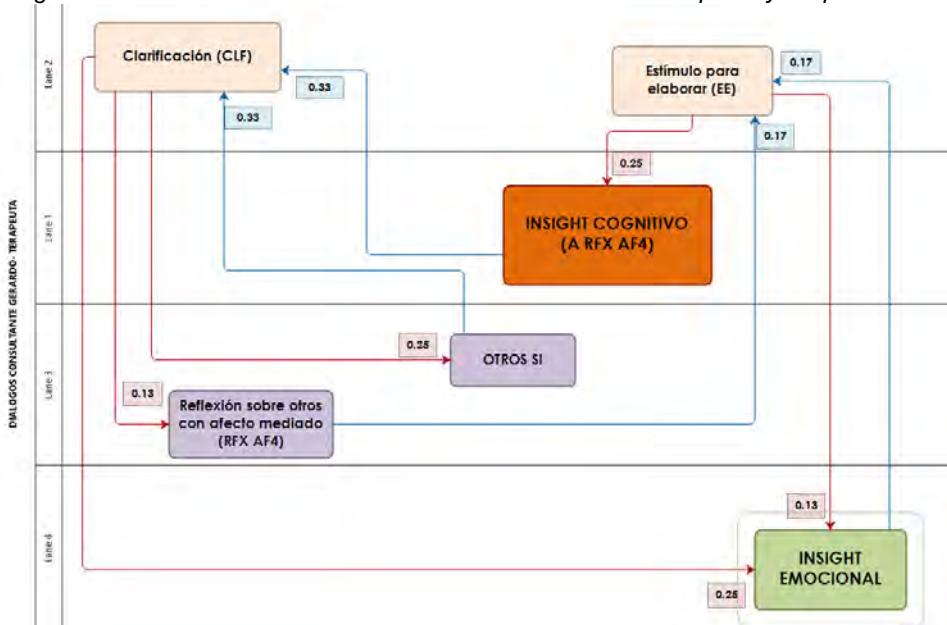


Figura 4

Diagrama de Frecuencias de las Series de Intercambio entre Terapeuta y Felipe



Al analizar las frecuencias diagramadas de las series de intercambio entre terapeuta y consultante se observó en los tres casos: a) la relevancia de la mediación de los IC antes de la ocurrencia de IE; b) la relevancia de los EE en el rol de apoyo a CLF e INT y que por sí solos facilitarían la ocurrencia de IE; c) la presencia de respuestas defensivas “Autorreflexión con distanciamiento afectivo”, “Reflexión dirigida a terceros con acceso mediado al afecto” y Reflexión dirigida a terceros con distanciamiento afectivo” como parte del proceso elaborativo.

#### **Componente 4: Insights Emocionales**

Los 19 IE de José ocurrieron en 7 categorías temáticas: 1. “*Identifica afectos y patrón actitudinal en conflictos*”; 2. “*Especifica cambio actitudinal en relaciones actuales*”; 3. “*Patrón defensivo identificado*”; 4. “*Detallada conexión entre relaciones del pasado y conflictos actuales*”. 5. “*Relación terapéutica que acompaña cambios en la autocomprensión*”; 6. “*Aparece recuerdo infantil y busca integración*”; 7. “*Diálogo interno entre aspectos del self*”.

En Gerardo, los 5 IE1 ocurrieron en tres temas (1,2 y 3, indicadas en José). En Felipe, los 2 IE1 ocurrieron en cuatro temas (1, 2, 6 y 7, indicadas en José).

En los tres casos ocurrieron los IE en las categorías temáticas: 1. “*Identifica patrón afectivo y/o actitudinal en conflictos*” y 2. “*Especifica cambios de actitud en sus relaciones actuales*”

#### **Secuencia del Proceso de Cambio en la Capacidad de los Consultantes para Realizar Insights Emocionales**

El análisis de las relaciones entre los cuatro componentes de los eventos significativos muestra una secuencia del proceso de cambio en la capacidad para obtener IE. La secuencia presentó tres fases: a) Fase de sincronía: las verbalizaciones de los consultantes presentaron indicadores de conflicto seguidas por las intervenciones verbales del terapeuta, las que explicitaron el reconocimiento de los indicadores; b) Fase de elaboración: los consultantes respondieron a la intervención de los terapeutas con insights IC, frases afirmativas o con verbalizaciones que indicaban un distanciamiento en la conexión afectiva y/o en la auto-reflexión. Ante la verbalización del consultante, los terapeutas volvían a intervenir sobre los indicadores de conflicto. En esta fase fue relevante que los terapeutas siguieran reconociendo los indicadores e interviniendo sobre ellos; lo que ayudaba al consultante a encaminarse a la fase siguiente; c) Fase de resolución: la repetición del ciclo descrito en sus fases de sincronía y elaboración culminaron con 26 IE. Dos categorías temáticas de IE se repitieron en los tres casos: “*Identifica patrón afectivo y/o actitudinal en conflictos*” y “*Especifica cambios de actitud en sus relaciones actuales*”.

#### **Discusión**

En dos de los tres casos se observó una reducción de síntomas ansioso-depresivos de la escala HSCL-25 hasta la sesión 16 de los tratamientos de PPA1. En

el caso Felipe, el alivio sintomático fue progresivo hasta la doceava sesión. Este resultado es congruente con estudios de eficacia en psicoterapia psicoanalítica con menos de 20 sesiones para personas con depresión y ansiedad (Hilsenroth et al., 2003; Taylor, 2008).

Constituye un resultado relevante que los insights cognitivos (IC) correlacionen con la reducción de síntomas de manera inversa y significativa. A más ocurrencias de IC, se observó una menor puntuación sintomática. Sin embargo, a pesar de que los IC sigan aumentando, la sintomatología ansioso-depresiva puede incrementarse de manera notoria ante situaciones interpersonales agudas como ocurrió en el caso Felipe. En la práctica clínica se le sugeriría “más análisis” a Felipe para redoblar el esfuerzo elaborativo de la experiencia interpersonal perturbadora y lograr una mayor frecuencia de IE. Empero, la capacidad del consultante para generar más insights emocionales, y que correlacionen con la mejoría sintomática, tiende a requerir más tiempo de elaboración, con tratamientos de por lo menos 50 sesiones (Connely et al., 2007). Sólo en José, los IE correlacionaron de manera inversa con los puntajes del HSCL-25.

En el estudio, IC e IE son momentos diferenciados, mediados por el trabajo de elaboración, de un mismo proceso de cambio en el autoconocimiento emocional. IC no ocurre exclusivamente en el plano conceptual; las nuevas conexiones entre hechos ocurridos, recientes o remotos, pensamientos y conductas vienen acompañadas de sus afectos respectivos, aunque todavía mediados por resistencias o con enlaces asociativos incipientes; el consultante ha captado lo nuevo comprendido, pero aún no lo hace suyo. Los IE, siguiendo a Etchegoyen (1988), son más bien una clara señal que se han levantado resistencias y defensas, que se han abierto nuevas vías en la red asociativa, y que el consultante está en capacidad de verbalizar el nuevo auto entendimiento con una vívida conexión afectiva asumida como propia. El análisis secuencial de los eventos significativos ha permitido observar los procesos ocurridos entre los componentes del evento y las interacciones entre IC e IE, los que se discuten en la siguiente secuencia de tres fases:

a. Fase de sincronía. La conexión entre el estado de conflicto presentado por el consultante y la apertura del terapeuta para la escucha empática e intuitiva parecería que estimula la función co-reguladora del yo del consultante para comprender lo que le sucede y buscar resolver sus problemas (Greenspan y Shanker, 2006). La expresión de indicadores de conflicto por parte del consultante y el reconocimiento verbal del terapeuta de éstos es una condición necesaria para seguir profundizando emocionalmente en temas específicos; en los casos estudiados esta sincronía consultante-terapeuta tiene más relevancia que algún tipo específico o combinación “virtuosa” de intervenciones terapéuticas. La interpretación, por ejemplo, aparece como una intervención previa a la ocurrencia de IE, pero también lo hicieron y con mayor frecuencia las CLF y los EE.

b. Fase de elaboración. Como era de esperar en esta fase (Etchegoyen, 1988), los consultantes presentaron resistencias, verbalizando reflexiones sobre terceros



alejándose de la autorreflexión y de los afectos, sin embargo, se destacó la capacidad de los consultantes para responder a las intervenciones terapéuticas con verbalizaciones del tipo autorreflexión con afecto mediado obteniendo insights cognitivos. A la manera de eslabones de sentido, en una dinámica vivencial de entendimiento y resistencia, los IC, pavimentaron el camino hacia IE. Los consultantes podían responder con actitudes colaborativas o resistenciales en su camino hacia IE, tal como se reportan en varios estudios (Elliot et al., 1994; McCarthy et al., 2017), lo relevante es que, en la elaboración estimulada por las intervenciones terapéuticas, se retornara a la verbalización autorreflexiva con afecto mediado en la búsqueda de entender sus problemas y, en este tipo de verbalización, obtuviera uno o más IC.

c. Fase de resolución. Los consultantes se centraron en un número de temas relativamente pequeño ahondando el trabajo elaborativo obteniendo los IE. Este patrón, obtenido en tratamientos PPA1, señala la espontánea dirección del diálogo terapéutico sobre un grupo reducido de temas en los que se centra la labor elaborativa. Asimismo, en los tres casos, se halló que los IE asociaron “la identificación de afectos y patrones actitudinales en sus conflictos” con “la descripción detallada de acciones tendientes a resolver problemas en sus relaciones interpersonales”. Este es un hallazgo congruente con lo resaltado por Rosenblatt (2004), quien sostiene que un componente del insight, es poner en acción lo nuevo comprendido, sabiendo ahora qué poner en práctica y cómo hacerlo.

La presente investigación tiene las limitaciones metodológicas observadas en los estudios de casos y la Investigación de Procesos de Cambio (Elliott, 2010; Iwakabe y Gazzola, 2009); sin embargo, éstas se afrontaron con un diseño secuencial explicativo (Hanson et al., 2005), análisis estadísticos, tres tratamientos grabados con sesiones completas, entre otros, que asientan a que este estudio naturalístico pueda ser comparado con estudios similares agregándose nuevos casos.

### Conclusiones

En los tres procesos de PPA1 estudiados se observó que los consultantes lograban una reducción en los puntajes ansioso-depresivos y que la capacidad de éstos para generar insights cognitivos guarda una relación relevante con la disminución de síntomas. Estos hallazgos son congruentes con estudios de eficacia en psicoterapia psicoanalítica breve para personas con depresión y ansiedad y con estudios que encuentran correlaciones entre insight y mejoría de los consultantes en procesos con menos de 20 sesiones.

En el análisis de los eventos significativos generadores de IE se destacó la capacidad del consultante para acumular insights cognitivos y profundizar su auto comprensión emocional (IE) en determinados temas de conflicto. Más que por una intervención específica del terapeuta, por ejemplo la interpretación transferencial, el proceso de cambio en la capacidad de insight del consultante se hizo posible por aspectos relacionales y de mutuo reconocimiento en el diálogo de la pareja terapéutica al seguir una secuencia de fases (sincronía, elaboración y resolución)



que promovió: a) la acumulación de IC en determinados temas; b) que en la serie de intercambios los terapeutas continuaran reconociendo los indicadores de conflicto emitidos por el consultante e interviniendo sobre ellos; y c) que el consultante luego de que las resistencias fueran intervenidas, retornara a la verbalización autorreflexiva con afecto mediado, obtuviera uno o más IC y se encaminara a la obtención de IE.

La conjunción entre aspectos relacionales, dialógicos y procesos de cambio intrapsíquicos descritos en el estudio contrasta con posiciones teóricas cerradas y antagonistas (por ejemplo, teorías intrapsíquicas vs relacionales) y se acerca a lo que Wallerstein (1988) proponía, una teoría clínica con base empírica cercana a la experiencia de las sesiones psicoanalíticas.

## Referencias

- Altmann, M., Garbarino, A., Barbieri, A., León, B., Frioni, M., Lamònaca, J., Morató, R., Ponce de León, E., Tellería, E. y Bernardi, R. (2000). Alta y baja frecuencia en nuestra práctica analítica actual. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720029508.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5ª ed.). Panamericana.
- Bernardi, R. (1995). La focalización en psicoanálisis. En D. Defey, J. Elizalde y J. Rivera (Eds.), *Psicoterapia Focal* (pp. 69-82). Editorial Roca Viva.
- Braier, E. (1980). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Nueva Visión.
- Blatt, S., Auerbach, J., Zuroff, D. y Shahar, G. (2006). Evaluating efficacy, effectiveness, and mutative factors in psychodynamic psychotherapies [Evaluando eficacia, efectividad, y factores mutativos en psicoterapias psicodinámicas]. En *PDM Task Force. Psychodynamic Diagnostic Manual* (pp. 537-564). Silver Spring MD.
- Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima. (CPPL) (2016). *Informe de atenciones del Programa de Servicios Especializados* (Informe no publicado de la Secretaría del CPPL).
- Connolly, M., Crits-Christoph, P., Barber, J. y Schamberger, M. (2007). Insight in psychotherapy: una review of empirical literature [Insight en psicoterapia: una revisión de la literatura empírica]. En L. Castonguay, y C. Hill, C. (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp.143-165). American Psychological Association.
- Derogatis, L., Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E. y Covi, L. (1974). Hopkins symptom checklist (HSCL): self-report symptoms inventory. [Lista de chequeo de Hopkins (HSCL): escala de auto-evaluación de síntomas]. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise [Investigación del proceso de cambio en psicoterapia: cumpliendo la promesa]. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R., Shapiro, D., Firth-Cozens, J., Stiles, W., Hardy, G., Llewelyn, S. y Margison, F. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapies [Análisis comprehensivo de proceso de los eventos de insight en psicoterapias cognitivo-conductuales y psicodinámico-interpersonales]. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 449-463. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.449>
- Escurre, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>
- Etchegoyen, H. (1988). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (2ª. ed.). Amorrortu.
- Fiorini, H. (1995). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- Freud, S. (1981). Recuerdo, repetición y elaboración en Obras Completas (L. Ballesteros, trad.). Vol. 2. Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1914)
- Freud, S. (1981). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas* (L. Ballesteros, trad. ) Vol. 3. Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1925)

- Gabbard, G., Allen, J., Coyne, L., Colson, D., Horwitz, L., Frieswyk, S. y Newsom, G. (1996). Pattern of therapist interventions associated with patient collaboration [Patrón de intervenciones del terapeuta asociados a la colaboración del paciente]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(2), 254-261. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.2.254>
- Gabbard, G. y Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action [Repensando la acción terapéutica]. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 823-841. <https://doi.org/10.1516/N4T0-4D5G-NNPL-H7NL>
- Gelo, O. y Manzo, S. (2015). Quantitative Approaches to Treatment Process, Change Process and Process-Outcome Research [Aproximaciones cuantitativas al proceso de tratamiento, proceso de cambio e investigación de proceso-resultado]. En O. Gelo, A. Pritz y B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research* (pp. 247-277). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_13)
- Ginés, A. y Montado, G. (1995). El problema de la duración de las psicoterapias. En D. Defey, J. Elizalde y J. Rivera (Eds.), *Psicoterapia Focal* (pp. 161-170). Roca.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. y Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? [Cambios progresivos en la vida de los pacientes después de la psicoterapia: qué tratamiento los sostiene?]. *Psychotherapy Research*, 13, 43-58. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg006>
- Greenberg, L. (1986). Change process research [Investigación del proceso del cambio]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Greenspan, S. y Shanker, S. (2006). A developmental framework for depth psychology and a definition of healthy emotional functioning [Un marco de referencia de desarrollo para la psicología profunda y una definición de funcionamiento emocional saludable]. En *PDM Task Force. Psychodynamic Diagnostic Manual* (pp. 437-481). Alliance for Psychoanalytic Organizations.
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª Ed.). McGraw Hill.
- Hanson, W., Cresswell, J., Plano, V., Petska, K. y Creswell, D. (2005). Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology [Investigación con diseños de métodos mixtos en consejería psicológica]. *Journal in Counseling Psychology*, 52(2), 224-235. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.224>
- Hilsenroth, M., Ackerman, S., Balgys, M. y Baity, M. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change [Psicoterapia psicodinámica breve para depresión: una evaluación estadística, clínicamente significativa y de cambio de técnica-específica]. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 349-357.
- Hogague R. y Kübler, J. C. (1988). The emotional insight rating scale [La escala de evaluación del insight emocional]. En H. Dahl, H. Kächele y H. Thomä (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 243-265). Springer.
- Hilliard, R. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research [Metodología de caso único en investigación de proceso y resultado]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373-380. <https://doi.org/10.1037/0022006X.61.3.373>
- Iwakabe, S. y Gazzola, N. (2009). From single case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies [De los estudios de caso único al conocimiento basado en la práctica: agregando y sintetizando los estudios de caso]. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/10503300802688494>
- Jiménez, J. (2007). ¿Can research influence clinical practice? [¿Puede la investigación influenciar en la práctica clínica?]. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 661-669. <https://doi.org/10.1516/P447-7027-L16W-2362>
- Johansson, P., Høglend, P., Amlø, S., Bøggwald, K.-P., Ulberg, R., Marble, A. y Sørby, Ø. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy [El rol mediador del insight en la mejoría de largo plazo en la terapia psicodinámica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 438-448. <https://doi.org/10.1037/a0019245>
- Kächele, H., Schachter, J. y Thomä, H. (2009). *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research [De la narrativa psicoanalítica a la investigación del caso único empírico]*. Routledge.
- Kivlighan, D., Multon, K. y Patton, M. (2000). Insight and symptom reduction in time-limited psychoanalytic counseling [Insight y reducción de síntomas en consejería psicoanalítica de tiempo limitado]. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 50-58. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.50>
- Kernberg, O. (1986). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies [Desórdenes de personalidad severos]*. Yale University Press.
- Kernberg, O. (2000). Psicoanálisis, Psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64(2), 336-345. [http://www.biblioteca.cij.gub.mx/ Archivos/ Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/Psicoterapias\\_de\\_apoyo.pdf](http://www.biblioteca.cij.gub.mx/ Archivos/ Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Psicoterapias_de_apoyo.pdf)

- Koenigsberg, H., Kernberg, O., Rockland, L., Appelbaum, A., Carr, A. y Kernberg, P. (1988). Developing an Instrument for characterizing psychotherapy techniques in studies of the psychotherapy of borderline patients [Desarrollando un instrumento para caracterizar las técnicas de psicoterapia en estudios de psicoterapia para pacientes fronterizos]. En H. Dahl, H. Kächele y H. Thomä (Eds.), *Psychoanalytical Research Strategies* (pp.147-162). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-74265-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-642-74265-1_10)
- Malan, D. (1999). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Paidós.
- McCarthy, K., Caputi, P. y Grenyer, B. (2017). Significant change events in psychodynamic psychotherapy: Is cognition or emotion more important? [Patrones de emoción-abstracción en protocolos literales: una nueva forma de describir los procesos psicoterapéuticos]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 377–388. <https://doi.org/10.1111/papt.12116>
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: a new way of describing psychotherapeutic processes [Patrones de emoción-abstracción en protocolos literales: una nueva forma de describir los procesos psicoterapéuticos]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1306-1315. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.64.6.1306>
- Morote, R., Hjemdalb, O., Martínez, P. y Corveleyn, J. (2014). Life stress as a determinant of emotional well-being: development and validation of a spanish-language checklist of stressful life events. [Estrés de vida como un determinante del bienestar emocional: Desarrollo y validación de la lista de chequeo de eventos estresantes de vida en idioma español]. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 390-411. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.897624>
- Nuetzel, E. y Larsen, R. (2012). Should I stay or should I go? Time as a variable in open-ended psychoanalytic psychotherapy [¿Debo continuar o debo marcharme? El tiempo como variable en la psicoterapia psicoanalítica abierta]. *Int. Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 9(1), 4-22. <https://doi.org/10.1002/aps.1304>
- Racker, H. (1981). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós.
- Raingruber, B. (2000). Being with feelings as a recognition practice: developing clients self-understanding [Estar con sentimientos como una práctica de reconocimiento: desarrollando la autocomprensión de los clientes]. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36(2), 41–50. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2000.tb00690.x>
- Rosenblatt, A. (2004). Insight, working through, and practice: The role of procedural knowledge [Insight, elaboración y práctica: el rol del conocimiento procedimental]. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 2(1), 883-911. <https://doi.org/10.1177/00030651040520011901>
- Speisman, J. (1959). Depth of interpretation and verbal resistance in psychotherapy [Profundidad de la interpretación y resistencia verbal en psicoterapia]. *Journal of Consulting Psychology*, 23(2), 93-99. <https://doi.org/10.1037/h0047679>
- Taylor, D. (2008). Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base [Terapias psicoanalíticas y psicodinámicas para depresión: la base de evidencia]. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(5), 401–413. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004382>
- Wallerstein, R. (1988). One psychoanalysis or many? [¿Uno o varios psicoanálisis?]. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 5-21.



# TRATAMIENTO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN FORMATO ONLINE: UN CASO CLÍNICO

## COGNITIVE TREATMENT OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER IN ONLINE FORMAT: A CASE REPORT

**Elisabet Ana Gemar Fernández**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4505-6222>

Universidad de Cádiz. España

**Cristina Romero López Alberca**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5856-8668>

Departamento de Psicología. Universidad de Cádiz. España

Este trabajo fue presentado en el XIV Congreso Internacional y XIX Nacional de Psicología Clínica (<https://es.clinicalpsychologycongress.com/>) y fue elegido por el comité científico para ser publicado en la Revista de Psicoterapia.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gemar, E. A. y Romero-López-Alberca, C. (2021). Tratamiento cognitivo del trastorno obsesivo compulsivo en formato online: Un caso clínico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 205-220. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1074>



## Resumen

*Se presenta el caso de una estudiante que acude al Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Cádiz con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo. Los contenidos de las obsesiones están relacionados principalmente con la duda. Las compulsiones más frecuentes son de limpieza, comprobación y orden. Las metas principales del tratamiento fueron reducir la aparición de obsesiones y compulsiones, modificando las creencias disfuncionales que las mantienen y disminuir el malestar asociado. La sintomatología obsesivo compulsiva se evalúa con los instrumentos Y-BOCS-Gravedad, OCI-R, ICO-R, INPIOS. Se planifica y se aplica una intervención de terapia cognitiva basada en el protocolo propuesto por Belloch et al. (2011) para el TOC de cuestionamiento de las creencias disfuncionales que mantienen las obsesiones de la paciente y las estrategias que utiliza para afrontarlas. Se han llevado a cabo 18 sesiones semanales en formato online de 1 hora de duración. Para modificar las creencias obsesivas se utilizaron técnicas cognitivas (análisis de evidencias a favor y en contra, ventajas y desventajas, flecha descendente o estimación de probabilidades) y experimentos conductuales orientados al cuestionamiento de creencias. Se ha producido una disminución en la intensidad de las creencias disfuncionales, así como de la sintomatología obsesiva y del malestar.*

*Palabras clave: terapia cognitiva, trastorno obsesivo compulsivo, terapia online*

## Abstract

*This is a case report of a student who comes to the Psychological Care Service of the University of Cadiz due to high anxiety and low mood related to the presence of obsessions and compulsions. The contents of the obsessions are mainly related to doubt. The most frequent compulsions were cleaning, checking and ordering. The main goals of the treatment were to reduce the occurrence of obsessions and compulsions, modifying the maintaining dysfunctional beliefs and reducing the associated distress. Obsessive-compulsive symptomatology was assessed with the Y-BOCS-Gravity, OCI-R, ICO-R, INPIOS and OC-TCDQ instruments. The diagnosis of obsessive-compulsive disorder (OCD) is established. A cognitive therapy intervention is planned and applied based on the protocol proposed by Belloch et al. (2011) for OCD of questioning the dysfunctional beliefs that maintain the patient's obsessions and the strategies she uses to cope with them. 18 weekly sessions have been delivered in online format, each lasting 1 hour. Cognitive techniques (analysis of evidence for and against, pros and cons, advantages and disadvantages, downward arrow or probability estimation) and behavioural experiments aimed at questioning beliefs were used to modify obsessive beliefs. There has been a decrease in the intensity of dysfunctional beliefs and a considerable decrease in obsessive symptomatology and distress.*

*Keywords: cognitive therapy, obsessive compulsive disorder, online therapy*

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones clínicamente significativas que interfieren con el funcionamiento diario de la persona según el *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed., DSM-V; American Psychiatric Association, 2014). Está catalogado como el décimo trastorno médico más incapacitante en el estudio de carga de morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ezzati et al., 2004) y se asocia a una calidad de vida disminuida (Coluccia et al., 2016).

La aparición de los modelos conductuales explicativos del TOC a principios de los 70 y las explicaciones cognitivas de los 80 supusieron un cambio en la conceptualización del trastorno, considerado hasta entonces como una patología muy resistente al tratamiento y de pronóstico grave (Cruzado, 2012). El enfoque cognitivo (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985, 1999) puso el acento en el papel que tienen ciertas variables cognitivas en la génesis y el mantenimiento del trastorno, subrayando la importancia de la valoración de los pensamientos intrusos que realizan las personas con TOC (Belloch et al., 2003). Los pensamientos intrusos son un fenómeno muy frecuente en población general y tienen el mismo contenido que los que experimentan las personas con TOC (Berry y Laskey, 2012). El origen del problema está, según la teoría cognitiva, en la activación en la persona de una serie de creencias o valoraciones disfuncionales sobre la naturaleza o el propio contenido de los pensamientos intrusos cuando aparecen, haciendo que los valoren como muy importantes, que crean que tienen influencias en eventos de la vida real y/o que son malos, dañinos y peligrosos (Shafran et al., 1996). En Psicología, a estas creencias y valoraciones de los pensamientos intrusos se les ha llamado creencias obsesivas o creencias disfuncionales (Clark y Purdon, 2016).

La terapia cognitiva es una de las intervenciones más eficaces para el TOC (Caballo et al., 2014). En una revisión reciente (Fonseca Pedrero et al., 2021) se recoge que los tratamientos psicológicos del TOC con mayor nivel de evidencia empírica son la exposición con prevención de respuesta (EPR) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) y se señala que la terapia cognitiva (TC) es uno de los tratamientos probablemente eficaces. Aunque la EPR es el tratamiento de primera elección, presenta algunas limitaciones importantes a tener en cuenta antes de tomar decisiones terapéuticas (Bados, 2017). Hasta un 25% de personas rechaza empezar este tipo de terapia y, cuando lo comienzan, se encuentra un porcentaje similar que abandona, debido en parte a lo aversivo que resulta el procedimiento (Gava et al., 2007). La TC es preferida por aquellos pacientes que no toleran la exposición a los estímulos temidos (Hirschtritt et al., 2017).

Además, en diversos metaanálisis se concluye que la TC es igual de eficaz que la EPR (Hans y Hiller, 2013; Olatunji et al., 2013), sobre todo si incluye experimentos conductuales (Bados, 2017). Pero incluso cuando la TC no incluye este componente, se han encontrado resultados muy similares a los de la EPR (Belloch et al., 2008; Fisher y Wells, 2005).

La pandemia de coronavirus que ha causado la COVID-19 ha supuesto un



reto para los servicios terapéuticos debido a las medidas restrictivas impuestas por los gobiernos de los países durante y después del confinamiento que han implicado grandes dificultades para mantener la atención psicológica presencial. Diversos estudios sobre telepsicología, en concreto la terapia online o a distancia, muestran que la TCC también es eficaz en este formato en general (Simpson et al., 2021) y en el tratamiento del TOC (Muroff y Otte, 2019; Nelson y Duncan, 2015; Thomas et al., 2021; Wootton, 2016).

El presente estudio tiene por objeto comprobar la efectividad de la terapia cognitiva aplicada en formato online en una clínica de atención psicológica universitaria a una estudiante de 19 años con diagnóstico de TOC.

## Método

### Identificación del Paciente

La paciente C. es una mujer de 19 años estudiante de primer curso en la Universidad de Cádiz que emigró a España con su familia a los 17 años desde un país sudamericano. Es la menor de 5 hermanos. Sus padres están separados y vive en casa de una hermana mayor, con el marido de esta y sus dos hijos. Durante el curso, comparte piso con otras estudiantes cerca de la universidad. La relación de la paciente con sus progenitores no es buena. Con la madre mantiene una relación distante y con el padre apenas tiene contacto. Con su hermana mayor y la familia de esta mantiene una relación estrecha. La paciente se define a sí misma como perfeccionista y obstinada, le gusta que las cosas se hagan a su manera y le cuesta mucho cambiar de opinión.

### Análisis del Motivo de la Consulta

La paciente manifiesta tener ansiedad constantemente, lo que le impide concentrarse, socializar y hacer sus tareas diarias. Además, explica que tiene pensamientos recurrentes de carácter intrusivo que le hacen sentirse muy mal porque son contrarios a su forma de pensar y a su moral. También relata que tiene algunas manías, como realizar las tareas del hogar en un orden determinado o arreglarse de forma ritualizada, con mucha lentitud y numerosas comprobaciones.

### Historia del Problema

C. refiere que la ansiedad es algo que siempre ha estado presente en su vida, “la ansiedad es mi estado normal”. Desde niña ya se preocupaba, especialmente sobre temas existenciales, y en la adolescencia pasó por una época en la que describe un cuadro con características de fobia social. Desde los 12 años experimentó de forma intermitente problemas relacionados con la alimentación por los que nunca ha sido tratada y que son compatibles con un trastorno de la conducta alimentaria, en remisión en el momento de la entrevista inicial.

Respecto a los pensamientos intrusivos, la paciente no recuerda exactamente

cuándo comenzaron, indica que cree que los ha tenido “desde siempre” y que empeoraron de forma intensa a raíz de la emigración. En el momento de la evaluación, le preocupaban ciertos pensamientos intrusivos recurrentes relacionados con dudas sobre haber realizado correctamente determinadas actividades como las tareas de clase, su lavado personal o haber cerrado el gas.

Se detectaron numerosos rituales de comprobación y de reaseguración. Por ejemplo, tenía que revisar unas 10 veces que llevaba todo lo que necesitaba antes de salir. También dedicaba mucho tiempo a diario a las conductas de acicalado, empleando en torno a una hora para ducharse. Estas conductas le causaban interferencia en su vida social y académica.

### **Análisis y Descripción de las Conductas Problema**

Se detectan una serie de situaciones antecedentes que favorecen la aparición de obsesiones que a la vez tienen una función de estímulo condicionado que incrementa los niveles de ansiedad. Estas situaciones son principalmente las de evaluación (exámenes, cocinar para más personas, juegos competitivos), las que impliquen algún tipo de peligro (la posibilidad de que el gas esté abierto, ver a sus sobrinos cerca de una ventana, que alguien sufra un accidente en la cocina, que algo no esté lo suficientemente limpio) y cualquier situación de rendimiento en las que tiene metas demasiado exigentes y perfeccionistas (la entrega de un trabajo, cocinar, arreglarse para una fiesta, limpiar la casa).

La aparición de obsesiones incrementa el malestar y llevan a C. a realizar estrategias de neutralización de la ansiedad que se mantienen por refuerzo negativo: compulsiones de comprobación (del gas, de comisión de errores en trabajos y exámenes, si lleva la cartera en el bolso); compulsiones de higiene (lavado excesivo de manos, lavado excesivo en la ducha, limpieza excesiva); y conductas de reaseguración (preguntar varias veces si el autobús va a parar en la siguiente parada, preguntar si está en el sitio correcto varias veces a la misma persona). La paciente interpreta el hecho de no controlar los pensamientos como una debilidad y una amenaza, lo que a su vez incrementa la aparición de los pensamientos obsesivos. En situaciones de evaluación, como en los exámenes o cuando cocina para más personas, su ansiedad aumenta, facilitando así la aparición de pensamientos obsesivos relacionados con la duda y con la necesidad de comprobar, que generan más ansiedad.

Del mismo modo, hay una serie de señales interoceptivas que tienen importancia en la aparición y mantenimiento de las obsesiones relacionadas con el aseo personal y el acicalado. Cuando se ducha dice no sentirse lo suficientemente limpia, así que para disminuir esa sensación se enjabona y se enjuaga al menos tres veces. Estas sensaciones de inacabado también son importantes cuando tiene que acicalarse para ir a una fiesta o algún evento importante. Tanto para prevenir como para neutralizar la ansiedad que le provocan las obsesiones relacionadas con no estar lo suficientemente arreglada o perfecta, lleva a cabo rituales de lentitud y comprobación

minuciosa a la hora de maquillarse, vestirse y peinarse, junto con una preparación y organización previa de hasta una semana antes. Estas obsesiones se mantienen tanto por reforzamiento negativo, ya que disminuye y previene la ansiedad, como por reforzamiento positivo, ya que disfruta del proceso de prepararse lentamente.

### **Establecimiento de las Metas del Tratamiento**

Se plantea disminuir la frecuencia de obsesiones y compulsiones y el malestar que generan a través de los siguientes objetivos terapéuticos:

- Facilitar una comprensión adecuada del trastorno.
- Disminuir la ansiedad.
- Modificar las creencias disfuncionales que mantienen las obsesiones.
- Aceptar la aparición de pensamientos intrusivos.
- Reducir las compulsiones de comprobación y de reaseguración.
- Reestructuración de sesgos cognitivos.

### **Selección y Aplicación de las Técnicas de Evaluación y Análisis de los Resultados Obtenidos en esta Fase**

Se emplearon las siguientes pruebas específicas:

*Inventario de Obsesiones y Compulsiones Revisado* (Obsessive Compulsive Inventory Revised, OCI-R; Foa et al., 2002). Autoinforme de 18 ítems desarrollado a partir de la versión original de 42 ítems (Foa et al., 1998) para evaluar el malestar asociado a síntomas obsesivo compulsivos. Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de 5 puntos. La estructura del OCI-R la componen 6 subescalas: Lavado, Obsesiones, Acumulación, Orden, Comprobación y Neutralización. La versión original del OCI-R fue traducida al español por Fullana y Mataix-Cols (2005). Presenta una adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente-divergente y discriminante (Abramowitz y Deacon, 2006; Gönner et al., 2008; Malpica et al., 2009; Piqueras Rodríguez et al., 2009).

*Y-BOCS-Gravedad* (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Severity; Goodman et al., 1989; versión en castellano: Cruzado, 1993). Consta de 10 ítems, 5 para obsesiones y 5 para compulsiones. Es la medida más empleada como criterio de gravedad del TOC. Una persona cumple criterios diagnósticos de TOC si la puntuación total que obtiene es de 8 o superior.

*Inventario de Creencias Obsesivas-Revisado* (Belloch et al., 2003, 2010; Cabedo et al., 2004). Cuestionario de autoinforme de 50 ítems que evalúa las creencias disfuncionales relacionadas con el mantenimiento y/o desarrollo del TOC. Se miden las respuestas a través de una escala Likert de 7 puntos. Contiene ocho subescalas: Importancia de los pensamientos, Fusión Pensamiento-Acción Probabilidad, Fusión Pensamiento-Acción Moral, Responsabilidad excesiva, Importancia del control del pensamiento, Sobreestimación de la amenaza, Intolerancia a la incertidumbre y Perfeccionismo. El alfa de Cronbach para las ocho subescalas en un grupo de 75 pacientes con TOC osciló entre 0,69 y 0,85 (Belloch et al., 2010).

*Inventario de Pensamientos Intrusivos Obsesivos* (INPIOs; García-Soriano, 2008). Cuestionario de autoinforme basado en el ROII (Purdon y Clarck, 1994) para evaluar la frecuencia de los pensamientos intrusivos obsesivos no deseados, las imágenes y los impulsos, así como las valoraciones y las estrategias de control asociadas al pensamiento intrusivo más molesto. Cuenta con buenas propiedades psicométricas (García-Soriano et al., 2014; García-Soriano y Belloch, 2013; García-Soriano et al., 2011).

Se comentan a continuación los resultados más relevantes para el caso. En la tabla 1 pueden verse los resultados de las pruebas específicas. La puntuación en Y-BOCS (25) superaba la puntuación de corte para diagnóstico y se enmarcaba en nivel grave (Cruzado, 1993). La paciente obtuvo en el OCI-R, que mide el malestar asociado a los síntomas del TOC, una puntuación de 56. En este instrumento la puntuación máxima es 72 y el punto de corte para diagnóstico es 21 (Belloch et al., 2013). En el ICO-R presentó puntuaciones elevadas en todas las escalas de creencias obsesivas y tanto la puntuación global como la de cada subescala fue superior a las medias encontradas en muestras clínicas de TOC, exceptuando en Importancia de los pensamientos que quedo un punto por debajo (Belloch et al., 2010).

Tabla 1

*Puntuaciones Iniciales en los Cuestionarios Y-BOCS, OCI-R e ICO-R*

<b>Cuestionario</b>	<b>Subescala</b>	<b>PRE</b>
Y-BOCS	Obsesiones	15
	Compulsiones	10
	Total	25
OCI-R	Limpieza	10
	Obsesiones	9
	Acumulación	5
	Orden	12
	Comprobación	12
	Neutralización	8
	Total	56
ICO-R	Responsabilidad excesiva	33
	Importancia de los pensamientos	10
	FPA – probabilidad*	20
	FPA – moral*	25
	Importancia de controlar los pensamientos	27
	Sobrestimar el peligro	41

Questionario	Subescala	PRE
	Intolerancia a la incertidumbre	40
	Perfeccionismo	36
	Total	232

*Nota.* FPA (Fusión pensamiento acción).

Los resultados de la evaluación son compatibles con los criterios diagnósticos DSM-5 para Trastorno Obsesivo Compulsivo [300.3] (American Psychiatric Association, 2014).

### **Tratamiento**

Se planificó una intervención de terapia cognitiva, utilizando como guía el protocolo propuesto por Belloch et al. (2011) para el tratamiento cognitivo del TOC. En consonancia con la relevancia que se otorga a las creencias disfuncionales en la terapia cognitiva, este tratamiento está dirigido a modificar las creencias consideradas responsables del trastorno a través de técnicas verbales y de experimentos conductuales. Para elegir el tratamiento se han tenido en cuenta los datos de eficacia y de menor abandono terapéutico frente a la EPR (Bados, 2017).

Se han realizado 20 sesiones semanales de una hora en formato online con presencia en las sesiones de una terapeuta principal y una coterapeuta. Para clarificar la exposición se presentan los datos organizados por módulos.

### ***Módulo de Evaluación***

La evaluación se desarrolló durante tres sesiones.

### ***Módulo de Psicoeducación y Establecimiento de Objetivos Terapéuticos***

Se llevó a cabo en dos sesiones. Primero se realizó la devolución de los resultados de evaluación y se informó del diagnóstico. Posteriormente se realizó psicoeducación sobre la naturaleza de los pensamientos intrusos y se introdujo el papel que tienen las valoraciones inadecuadas de los mismos en el origen y el mantenimiento de las obsesiones.

Se presentó el modelo explicativo cognitivo del TOC a través de una presentación Power Point, mostrando los componentes de forma secuencial según se explicaban. Se enfatizó el problema que suponían las conductas de evitación y supresión y se utilizó el experimento del oso blanco para ejemplificar el efecto rebote.

Una vez comprendidos los aspectos más significativos del origen y mantenimiento del TOC, se realizó una propuesta de intervención cognitiva en la que se especificó que el foco de trabajo serían las creencias disfuncionales mantenedoras del problema.

### ***Módulo de Terapia Cognitiva con Creencias Disfuncionales***

Se elaboró una jerarquía de importancia de las creencias disfuncionales para establecer el orden de abordaje. La dinámica seguida de forma general en el trabajo con las creencias disfuncionales fue la siguiente: se realizaba psicoeducación inicial sobre la creencia disfuncional pertinente, después se presentaban todas las obsesiones detectadas relacionadas con esa valoración disfuncional y se pedía que añadiera alguna más si lo consideraba oportuno. Después se procedía al cuestionamiento de la creencia disfuncional a través de técnicas cognitivas y experimentos conductuales sobre las obsesiones más recientes o más perturbadoras.

A continuación se comentan las técnicas utilizadas con cada creencia disfuncional.

**Sobrestimar la Importancia de los Pensamientos.** Esta creencia relacionada con el pensamiento de que la sola presencia del pensamiento significa que es importante y que el contenido de la obsesión revela la verdadera naturaleza de la persona (Belloch et al., 2011), se trabajó en una sesión. Algunas obsesiones relacionadas fueron “tener obsesiones significa que no soy como los demás” o “si dudo es porque soy poco inteligente”.

Se realizó psicoeducación sobre la naturaleza de su trastorno y sobre la inteligencia y la interferencia que produce la ansiedad con procesos psicológicos como la atención y la memoria. Se reconceptualizó el bajo rendimiento que había tenido en algunas ocasiones como resultado en parte de la ansiedad asociada al TOC. Como experimento conductual comprobó como su rendimiento era bueno en situaciones donde no tenía presión de evaluación, como cuando cocinaba para ella sola.

**Intolerancia a la Incertidumbre.** Se emplearon dos sesiones. Esta creencia implica dificultad con la ambigüedad, la novedad y el cambio inesperados (Belloch et al., 2011). Las obsesiones más significativas relacionadas eran “¿me habré equivocado en el examen?”, “¿habré guardado la cartera?”.

Se emplearon técnicas de terapia racional emotivo conductual para exigencias y necesidades absolutistas, búsqueda de ventajas y desventajas de mantener estas creencias y reestructuración cognitiva, poniendo el foco en la poca utilidad de las compulsiones para disminuir de forma efectiva la incertidumbre.

Como experimentos conductuales se redujo de forma paulatina el número de comprobaciones en diversas compulsiones (por ejemplo, del gas y de los deberes), para que viera cómo la ansiedad disminuía de forma progresiva y, por consiguiente, la frecuencia de las obsesiones de duda.

**Importancia de Controlar los Pensamientos.** Se trabajó durante una sesión. La creencia implica pensar que uno puede y debe controlar siempre sus pensamientos (Belloch et al., 2011). Se empezó preguntando a la paciente si creía que era posible y necesario controlar el pensamiento teniendo en cuenta lo trabajado hasta el momento y respondió que no, que la terapia había cambiado esa creencia. Se reforzó este cambio a través de halagos y se fortaleció con psicoeducación adicional.

**Sobrestimación del Peligro.** Se emplearon dos sesiones. Implica exagerar

la probabilidad del peligro asociado al pensamiento o del propio pensamiento (Belloch et al., 2011). Las obsesiones detectadas se relacionaban con la duda. Si dudaba de haber cerrado el gas temía que hubiera una explosión. Si dudaba de si había fallado en alguna pregunta del examen, pensaba que suspendería y que nunca terminaría la carrera.

Para cuestionar la probabilidad de que sucediese aquello que temía se utilizó la flecha descendente, con búsqueda de alternativas y asignación de probabilidades. Como experimento conductual no comprobó el gas algunos días y se redujeron las comprobaciones en los deberes.

**Responsabilidad Excesiva.** Se trabajó en una sesión. La creencia se relaciona con pensar que uno tiene una influencia crucial para provocar o prevenir acontecimientos, solo por pensar en ellos (Belloch et al., 2011). Se encontraron obsesiones relacionadas con el rendimiento académico y el bienestar de la familia que estaban muy ligadas a creencias irracionales de responsabilizarse en exceso. “Debo asegurarme de que mis sobrinos vayan por el buen camino”, “si les ocurre algo que yo he pensado será culpa mía por no haberlo evitado”. Se utilizaron técnicas de discusión cognitiva y la técnica de las proporciones del queso para distribuir responsabilidades.

**Fusión Pensamiento Acción – Probabilidad.** Se dedicó una sesión. Esta valoración disfuncional implica creer que pensar en algo aumenta las probabilidades de que ocurra (Belloch et al., 2011). Las obsesiones detectadas estaban muy relacionadas con la sobrestimación del peligro y la responsabilidad. La paciente tenía obsesiones recurrentes de sus familiares teniendo un accidente en la cocina mientras ella cocinaba. Pensaba que si lo había pensado era más probable que sucediera. Las técnicas cognitivas utilizadas fueron búsqueda de evidencias a favor y en contra y como experimento se pidió que cocinara con personas alrededor.

**Fusión Pensamiento Acción – Moral.** Se dedicaron dos sesiones. Hace referencia a la creencia de que pensar algo malo es tan malo como hacerlo (Belloch et al., 2011). Se detectaron obsesiones sobre todo relacionadas con pensar que podía hacer daño a sus sobrinos con objetos cortantes, como un cuchillo. Estos pensamientos le generaban mucho malestar y culpabilidad, provocando que se alejara de sus sobrinos o evitara quedarse a solas con ellos. Como técnica cognitiva se estableció la diferencia entre pensar y actuar y las consecuencias reales en cada caso.

**Perfeccionismo.** Se emplearon tres sesiones. Esta creencia supone pensar que siempre hay una solución perfecta y que cualquier fallo puede tener consecuencias desastrosas (Belloch et al., 2011). Algunas de los pensamientos intrusivos relacionados con esta valoración fueron “tengo que estar perfecta siempre”, “debo salir perfecta en las fotos” o “no estoy lo suficientemente limpia”. Para alcanzar esa perfección realizaba muchos rituales de repetición y de lentitud, como lavarse al menos tres veces y arreglarse muy despacio. A nivel académico presentaba dificultades debido a que el perfeccionismo le llevaba a utilizar estrategias de planificación y gestión del tiempo muy exigentes, poco realistas y a menudo imposibles de cumplir.



Se emplearon técnicas de terapia racional emotivo conductual para exigencias y necesidades absolutistas, búsqueda de ventajas y desventajas del perfeccionismo y se cambiaron las metas de productividad por metas de dedicación de tiempo y esfuerzo. Como experimentos conductuales se fue reduciendo de forma progresiva el número de duchas y el tiempo para arreglarse.

### ***Módulo de Evaluación de Resultados***

Se aplicó de nuevo la batería de instrumentos utilizada al inicio.

### ***Módulo de Prevención de Recaídas***

Se llevaron a cabo 2 sesiones adicionales donde se realizaron las siguientes estrategias. Se repasó el modelo explicativo del TOC, se proporcionaron estrategias de afrontamiento ante recaídas y se abordaron emociones negativas y miedos relacionados con el alta terapéutica.

### ***Módulo de Seguimiento***

Se plantearon 3 sesiones de seguimiento, al mes, a los seis meses y al año.

## **Resultados**

Los resultados de la evaluación postest y la comparación con la evaluación inicial pueden observarse en la tabla 2 y en la figura 1, donde puede apreciarse una evolución positiva.

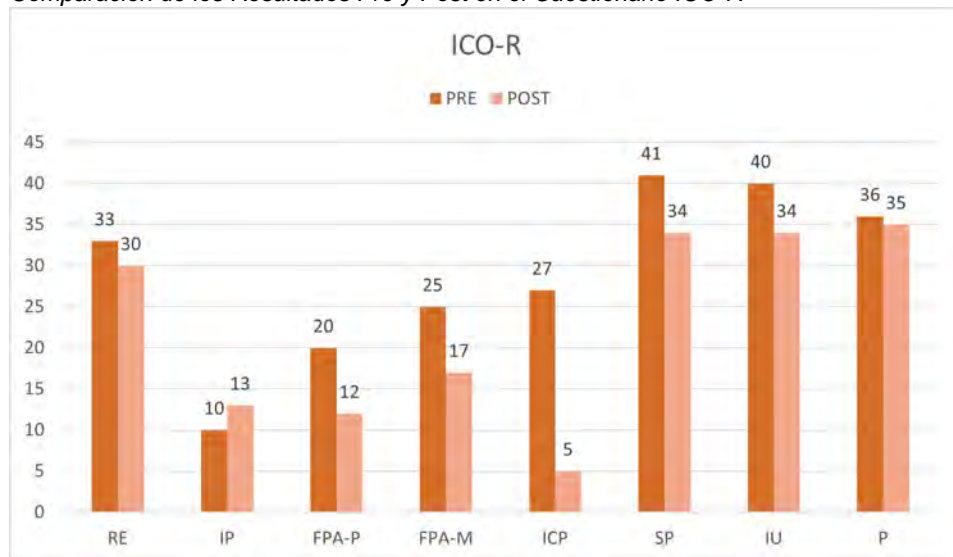
Tabla 2

*Comparación de los Resultados Pretest y Postest de Y-BOCS y OCI-R*

Cuestionario	Subescala	PRE	POST
<b>Y-BOCS</b>			
	Obsesiones	15	11
	Compulsiones	10	5
	Total	25	16
<b>OCI - R</b>			
	Limpieza	10	43
	Obsesiones	9	10
	Acumulación	5	3
	Orden	12	3
	Comprobación	12	12
	Neutralización	8	4
	Total	56	11

Figura 1

Comparación de los Resultados Pre y Post en el Cuestionario ICO-R



Nota. RE (Responsabilidad excesiva); IP (Importancia de los pensamientos); FPA-P (Fusión pensamiento acción–probabilidad); FPA-M (Fusión pensamiento acción –moral); ICP (Importancia de controlar los pensamientos); SP (Sobrestimar el peligro); IU (Intolerancia a la incertidumbre); P (Perfeccionismo).

La puntuación en Y-BOCS pasó de nivel grave (25) a nivel moderado (16), a un punto del nivel leve (Cruzado, 1993). En el OCI-R, que mide la intensidad del malestar asociado a la sintomatología TOC, ha pasado de 56 a 43 puntos (Belloch et al., 2013). En el ICO-R, como puede apreciarse en la figura 1, ha disminuido la intensidad en casi todas las escalas, obteniendo resultados inferiores a las medias de muestras clínicas, excepto en perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, que han disminuido en menor cantidad, y en importancia de los pensamientos, que no ha cambiado.

La retroalimentación de C. en la última sesión (18) sobre la evolución percibida fue que había disminuido mucho su nivel de ansiedad y que experimentaba los pensamientos intrusivos de manera menos intensa, incluso había algunos a los cuales ya podía ignorar por completo. Algunas compulsiones habían desaparecido, como las comprobaciones del gas y de la cartera.

### Discusión

Los objetivos del presente estudio se centraron en examinar los efectos de la terapia cognitiva en formato online en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. Se ha logrado una reducción de la sintomatología y se ha producido una disminución superior al 35% en Y-BOCS, uno de los criterios para valorar la respuesta al tratamiento.

En un metaanálisis reciente (Fisher et al., 2020), se encontró que sólo un 18% de los pacientes fueron completamente asintomáticos tras recibir terapia psicológica y que entre un 41% y un 55% se recuperan pero siguen presentando alguna sintomatología.

Los cambios en las creencias disfuncionales medidas a través de ICO-R muestran que la intervención ha tenido efectos positivos. Se trabajaron aspectos relacionados con el perfeccionismo siendo flexibles con el cumplimiento de las tareas para no fomentarlo. También ha sido importante la introducción del cambio en su forma de gestionar el tiempo de estudio en términos de esfuerzo.

Hay que destacar la disminución del malestar que se ha producido en las subescalas de obsesiones y de comprobación medidas a través del OCI-R. El mantenimiento de la puntuación en la escala de lavado y el aumento en la de neutralización pueden deberse en parte a que la paciente empezó a ser consciente durante el tratamiento de algunas conductas compulsivas de las que antes no se daba cuenta. Por ejemplo, no se había percatado de que se lavaba las manos de forma excesiva o no veía que su lentitud para arreglarse fuese un síntoma relacionado con el TOC, sino que lo relacionaba con “su forma de ser”.

Los experimentos conductuales fueron clave. Se utilizaron como un medio de poner a prueba las expectativas catastrofistas y para cuestionar de forma empírica las suposiciones sobre la imposibilidad de soportar la ansiedad, una idea muy arraigada en la paciente.

La alianza terapéutica y la respuesta al tratamiento en formato online ha sido positiva, en consonancia con los resultados de otras investigaciones (Thomas et al., 2021), y no se ha percibido ninguna limitación por el tipo de formato por parte de las terapeutas. La adherencia terapéutica de C. fue óptima, asistió a todas las sesiones puntualmente, con compromiso y regularidad.

Esta intervención se enmarca dentro de las atenciones que se ofrecen habitualmente en los servicios de atención psicológica universitarios. En estos dispositivos es frecuente que acudan alumnos con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o problemas interpersonales, entre otros (Saúl et al., 2009).

## Referencias

- Abramowitz, J. S. y Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample [Propiedades psicométricas y validez de constructo del Inventario Obsesivo-Compulsivo-Revisado: Replicación y extensión con muestra clínica]. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1016-1035. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.001>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana.
- Bados, A. (2017). *Trastorno obsesivo compulsivo: Naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universidad de Barcelona <http://hdl.handle.net/2445/115726>

- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2008). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive versus behaviour therapy in the individual treatment of obsessive-compulsive disorder: Changes in cognitions and clinically significant outcomes at post-treatment and one-year follow-up [Intervenciones clínicas fundamentadas empíricamente: terapia cognitiva versus terapia conductual en el tratamiento individual del trastorno obsesivo-compulsivo: cambios en las cogniciones y resultados clínicamente significativos en el postratamiento y un año de seguimiento]. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 521-540. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004451>
- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). *TOC: Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Alianza Editorial.
- Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M. y Carrió, C. (2003). Diseño de un instrumento para evaluar las creencias disfuncionales del trastorno obsesivo-compulsivo: resultados preliminares del Inventario de Creencias Obsesivas (ICO). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 235-250.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., García-Soriano, G., Cabedo, E. y Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity [Dominios disfuncionales de creencias relacionados con el trastorno obsesivo compulsivo: un examen más detallado de su dimensionalidad y especificidad]. *Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 376-388. <https://doi.org/10.1017/S1138741600003930>
- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E. y Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples [La versión en español del Inventario Obsesivo-Compulsivo-Revisado (OCI-R): fiabilidad, validez, precisión diagnóstica y sensibilidad a los efectos del tratamiento en muestras clínicas]. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 249-256. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.05.001>
- Berry, L. M. y Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population [Una revisión de los pensamientos intrusivos obsesivos en la población general]. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(2), 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.02.002>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carroles, J. A. I. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Cabedo, E., Belloch, A., Morillo, C., Jiménez, A. y Carrió, C. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obsesividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 465-479. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740301>
- Clark, D. A. y Purdon, C. (2016). Still cognitive after all these years? Perspectives for a cognitive behavioural theory of obsessions and where we are 30 years later: a commentary [¿Sigues siendo cognitivo después de todos estos años? Perspectivas para una teoría cognitivo-conductual de las obsesiones y dónde nos encontramos 30 años después: un comentario]. *Australian Psychologist*, 51(1), 14-17. <https://doi.org/10.1111/ap.12200>
- Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S. y Goracci, A. (2016). Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: A systematic review and meta-analysis [Trastorno obsesivo compulsivo en adultos y resultados de la calidad de vida: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 41-52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>
- Cruzado, J. A. (1993). *Tratamiento Comportamental Del Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Fundación Universidad-Empresa Madrid.
- Cruzado, J. A. (2012). Trastorno obsesivo-compulsivo. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (Vol. 1, pp. 463-538). Dykinson.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A. y Murray, C. J. L. (2004). *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organization, 1987-1997 [Cuantificación comparativa de riesgos para la salud. Carga mundial y regional de morbilidad atribuible a factores de riesgo importantes seleccionados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1987-1997]. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42770>
- Fisher, P. L., Cherry, M. G., Stuart, T., Rigby, J. W. y Temple, J. (2020). People with obsessive-compulsive disorder often remain symptomatic following psychological treatment: A clinical significance analysis of manualised psychological interventions [Las personas con trastorno obsesivo compulsivo a menudo permanecen sintomáticas después del tratamiento psicológico: un análisis de importancia clínica de las intervenciones psicológicas manualizadas]. *Journal of Affective Disorders*, 275, 94-108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.019>

- Fisher, P. L. y Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis [¿Qué tan efectivos son los tratamientos cognitivos y conductuales para el trastorno obsesivo compulsivo? Un análisis de importancia clínica]. *Behaviour research and therapy*, 43(12), 1543-1558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version [El Inventario Obsesivo-Compulsivo: desarrollo y validación de una versión corta]. *Psychological assessment*, 14(4), 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E. y Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory [La validación de una nueva escala de trastorno obsesivo-compulsivo: el inventario obsesivo-compulsivo]. *Psychological Assessment*, 10(3), 206-214. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.206>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñoz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osmá, J., Vaquero, O., ... Marrero, R. J. (2021). Evidence-based psychological treatments for adults: a selective review [Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva]. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andión, O., Torrubia, R. y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory - Revised in a non-clinical sample [Propiedades psicométricas de la versión española del Inventario obsesivo-compulsivo - Revisado en una muestra no clínica]. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(8), 893-903. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.004>
- García-Soriano, G. (2008). *Pensamientos intrusivos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, España]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/15436>
- García-Soriano, G. y Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies [Dimensiones de los síntomas en el trastorno obsesivo compulsivo: diferencias en la angustia, interferencia, valoraciones y estrategias de neutralización]. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.05.005>
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C. y Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions [Dimensiones de los síntomas en el trastorno obsesivo compulsivo: de las intrusiones cognitivas normales a las obsesiones clínicas]. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 474-482. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C. y Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: A differential analysis [Pensamientos intrusivos en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno alimentario: un análisis diferencial]. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 191-199. <https://doi.org/10.1002/erv.2285>
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M. y McGuire, H. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD) [Tratamientos psicológicos versus tratamiento habitual para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005333.pub2>
- Gönnér, S., Leonhart, R. y Ecker, W. (2008). The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Validation of the German version in a sample of patients with OCD, anxiety disorders, and depressive disorders [El inventario obsesivo-compulsivo-revisado (OCI-R): Validación de la versión alemana en una muestra de pacientes con TOC, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos]. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 734-749. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.007>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. y Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: i. development, use, and reliability [La escala obsesiva compulsiva de Yale-Brown: i. desarrollo, uso y confiabilidad]. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Hans, E. y Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders [Un metanálisis de estudios de efectividad no aleatorizados sobre la terapia cognitivo-conductual para pacientes ambulatorios para los trastornos de ansiedad en adultos]. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 954-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>

- Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H. y Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment [Trastorno obsesivo compulsivo: avances en diagnóstico y tratamiento]. *Jama*, 317(13), 1358-1367. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2017.2200>
- Malpica, M. J., Ruiz, V. M., Godoy, A. y Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de Psicología*, 25(2), 217-226. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Muroff, J. y Otte, S. (2019). Innovations in CBT treatment for hoarding: Transcending office walls [Innovaciones en el tratamiento CBT para acumulación trascendiendo las paredes de la oficina]. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23(10), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100471>
- Nelson, E. L. y Duncan, A. B. (2015). Cognitive behavioral therapy using televideo [Terapia cognitivo-conductual mediante televideo]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.03.001>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B. y Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators [Terapia cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo: un metanálisis de los resultados del tratamiento y los moderadores]. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Hidalgo Montesinos, M. D., Fullana Rivas, M. Á., Mataix-Cols, D. y Rosa Alcázar, A. I. (2009). Psychometric properties of the obsessive compulsive inventory-revised in a non-clinical sample of late adolescents [Propiedades psicométricas del inventario obsesivo compulsivo revisadas en una muestra no clínica de adolescentes tardíos]. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(3), 561-572.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies [Pensamientos obsesivos intrusivos en sujetos no clínicos. Parte II. Valoración cognitiva, respuesta emocional y estrategias de control del pensamiento]. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 403-410. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90003-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90003-5)
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions [Una teoría cognitiva de las obsesiones]. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00040-5)
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis [Problemas obsesivo-compulsivos: un análisis cognitivo-conductual]. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder [Comprender y tratar el trastorno obsesivo compulsivo]. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), S29-S52. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00049-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00049-2)
- Saúl, L. Á., López-González, M.ª y Bermejo, B. G. (2009). Revisión de los servicios de atención psicológica y psicopedagógica en las universidades españolas. *Acción psicológica*, 6(1), 17-40. <https://doi.org/10.5944/ap.6.1.227>
- Shafraan, R., Thordarson, D. S. y Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder [Fusión de pensamiento-acción en el trastorno obsesivo compulsivo]. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G. y Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19 [Videoterapia y alianza terapéutica en la era del COVID-19]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(2), 409-421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M. y Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems [Revisión de la literatura empírica actual sobre el uso de videoconferencias para administrar psicoterapias individuales a adultos con problemas de salud mental]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 854-883. <https://doi.org/10.1111/papt.12332>
- Wootton, B. M. (2016). Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: A meta-analysis [Terapia cognitivo-conductual remota para los síntomas obsesivo-compulsivos: un metanálisis]. *Clinical Psychology Review*, 43, 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.001>
- Yacila, G. A., Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Reyes-Bossio, M., y Tejada, R. A. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Medica Peruana*, 33(3), 253. <https://doi.org/10.35663/amp.2016.333.125>



# CLINICAL CASE OF A CHILD WITH ALGONEURODYSTROPHY

## CASO CLÍNICO DE UNA NIÑA CON ALGONEURODISTROFIA

**Ana C. Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7238-6374>

Department of Psychology and Education, FCSH, University of Beira Interior. Portugal

**Cláudia M. Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3932-6601>

Department of Psychology and Education, FCSH, University of Beira Interior. Portugal  
Research Centre in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development (CIDESD),  
University of Beira Interior. Portugal

This work was presented at the 14th International Congress of Clinical Psychology (<https://es.clinicalpsychologycongress.com/>) and was chosen by the scientific committee to be published in Revista de Psicoterapia.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Santos, A. C., & Silva, C. M. (2021). Clinical case of a child with Algoneurodystrophy. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 221-229. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.1075>

### Abstract

*A clinical case of a 12-year-old female child with anxiety symptoms and a diagnosis of Algoneurodystrophy in the left hand is presented. The psychological assessment was carried out using the following instruments: observation, psychological interview, Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III), State/Trait Anxiety Questionnaire for children, and Conners Scales for parents and teachers. The intervention aimed to reduce anxiety levels, promote self-esteem, and alleviate the child's grief. For this purpose, a cognitive-behavioral intervention was carried out with the child and their parents. Through education, the child's parents were alerted to the need to express the feeling of loss, providing an environment for the resolution of the grieving process of all family members. Furthermore, they were also warned about the maintenance factors of the child's anxiety symptoms, such as the issue of high parental demand. As a result, it can be concluded that good therapeutic gains were seen, translating into the resolution of the child's problems and, consequently, increasing their psychological well-being.*

**Keywords:** *clinical case, generalized anxiety disorder, algoneurodystrophy, cognitive-behavioral intervention*

### Resumen

*Se presenta el caso clínico de una niña de 12 años con síntomas de ansiedad y diagnóstico de algoneurodistrofia en la mano izquierda. La evaluación psicológica se realizó mediante los siguientes instrumentos: observación, entrevista psicológica, Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC-III), Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo para niños y Escalas de Conners para padres y profesores. La intervención tuvo como objetivo reducir los niveles de ansiedad, promover la autoestima y aliviar los sentimientos de dolor. Para ello, se realizó una intervención cognitivo-conductual con la niña y los padres. A través de la educación, los padres de la niña fueron alertados sobre la necesidad de expresar el sentimiento de pérdida, brindando un entorno para la resolución del proceso de duelo de todos los miembros de la familia. Además, también se les advirtió sobre los factores de mantenimiento de los síntomas de ansiedad de la niña, como el tema de la alta demanda de los padres. Como resultado, se puede concluir que se apreciaron buenos avances terapéuticos, que se tradujeron en la resolución de los problemas de la niña y, en consecuencia, en un aumento de su bienestar psicológico.*

**Palabras clave:** *caso clínico, trastorno de ansiedad generalizada, algoneurodistrofia, intervención cognitivo-conductual*

Received v1: 09/29/2021. Received v2: 10/04/2021. Accepted: 10/11/2021.

Correspondence:

E-mail: [anacatarinasantos1610@gmail.com](mailto:anacatarinasantos1610@gmail.com)

© 2021 Revista de Psicoterapia





Algoneurodystrophy, also known as Complex Regional Pain Syndrome (CRPS), Sudeck's atrophy (or dystrophy), neurovascular reflex dystrophy, and Reflex Sympathetic Dystrophy (RSD), is characterized by changes in skin color, and swelling severe prolonged pain (Bruehl et al., 1999, Marinus et al., 2011, cit. in Eldufani et al., 2020). It affects children and adolescents aged 5 to 17 years, more frequently in females, with the peak incidence around 13 years (Barrett & Barnett, 2016; Rabin et al., 2017).

There is some controversy regarding the etiology, symptoms, labels of this diagnosis. However, the literature points to the possibility of fractures, surgical procedures, anxiety, somatization, and family and school problems (Vescio et al., 2020). Thus, it is visible that emotional issues and psychological disorders have been implicated in the pathogenesis of this condition (Feliu & Edwards, 2010).

Algoneurodystrophy has thus been associated with anxiety. Anxiety is a regular feature in children and adolescents that allows them to adapt to new and unexpected situations (Rosen & Schulkin, 1998). However, when very high, it can become dysfunctional from the point of view of socio-emotional development (Fonseca, 1998, cit. in Borges et al., 2008). Anxious children usually have an exaggerated fear of failure, heightened sensitivity to danger signs, fidgety and avoidance behaviors, physical symptoms such as nausea, pallor, tremors, increased heart rate, sweating, and several somatic complaints (Bernstein & Borchardt, 1991; Fonseca, 1998, cit. in Borges et al., 2008). Specifically, generalized anxiety occurs more frequently in adolescence and manifests by excessive concerns, with irritability, concentration difficulties, and somatic complaints being the most frequent symptoms (Crujo & Marques, 2009). As risk factors for the development of this disorder, parental demand is highlighted or, on the contrary, excessive parental flexibility and permissiveness (Crujo & Marques, 2009).

According to the literature, cognitive behavioral therapy is the most effective for treating anxiety disorders, adaptable to different levels of education, age, and cultures (Beck, 2013; Castillo et al., 2000; Souza & Candido, 2010). It is structured psychotherapy that emphasizes the vital role of cognitions in feelings and behavior. It is a practical approach as it focuses on current events and difficulties. Furthermore, it is a collaborative therapy, where a child and the therapist collaborate, allowing a child to understand their challenges and learn new coping methods (Stallard, 2010).

### **Clinical Case**

A rheumatologist referred a twelve-year-old female child with a diagnosis of Algoneurodystrophy. The doctor said that the diagnosis is associated with anxiety. The child, fictitious name Mary, is the eldest sister of a fraternal group of two. The mother is a nurse, 42 years old, and has a diagnosis of fibromyalgia, depression, and pathological grief, and the father is 45 years old and is a systems administrator. Mary's pregnancy was planned and monitored, and she was born at 41 weeks by natural birth, weighing 3.210 kg and 47.6 cm in length. According to her mother, in

the first months of her life, Mary slept well but had some difficulties in eating. She took her first steps around 15 months, and her first words were between 10 and 12 months. She acquired diurnal and nocturnal control of the sphincters at 14 months, having been nocturnal first and then daily. The mother mentions using a transitive object, a cloth diaper, but does not refer to the stranger's anguish.

Mary had low self-esteem, anxious symptoms and was a susceptible child. Mary reported feeling more nervous in the school context, especially in moments of evaluation. In assessment tests, he says that he already had mental blocks. About *Algoneurodystrophy*, she reports feeling pain and trembling. Mary's mother claims to have already noticed that the symptoms appear in periods of more significant anxiety, for example, the day before assessment tests. Mary has had some significant human losses over time, such as the death of her paternal grandfather, maternal grandfather, and paternal grandmother, with whom Mary had a very close relationship. These losses had a tremendous negative impact on the family, especially the mother, who developed depression and pathological grief.

Concerning Mary, she had not yet gone through her paternal grandmother's grief, causing her still a great deal of suffering. She mentioned that she didn't like to talk about her grandmother with her parents because she knew they would be sad and affected. Thus, it seems that Mary's grieving process was inhibited by a lack of communication and family openness.

About somatic complaints, Mary seems to have several antecedents. It all started in the second year of schooling when the paternal grandmother started to get sick. Mary began to experience severe stomach pains with no apparent physiological cause. Later, during the third year of schooling, Mary was bullied, and the stomach pains reappeared. Bullying was practiced by a classmate who sabotaged Mary's schoolwork and verbally attacked her. The situation eventually resolved itself, but Mary was significantly affected and began seeing a psychologist. Unfortunately, Mary did not identify with the psychologist and ended up abandoning the therapeutic process.

Mary's mother states that she is demanding about her daughter's school responsibilities. Regarding family dynamics, the parents seem to maintain a stable relationship, and Mary maintains a good relationship with her parents and brother, of whom she is very protective.

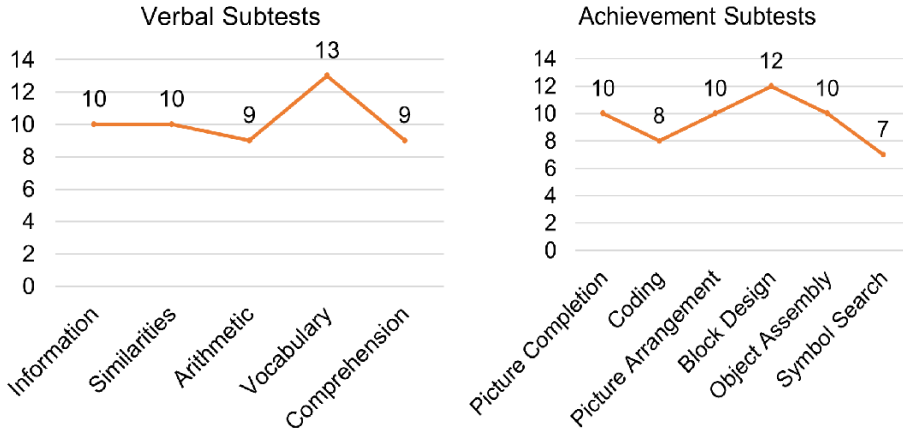
### **Psychological Assessment**

After the anamnesis, a cognitive assessment was performed. The *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC-III; Wechsler, 2003) was used. During the evaluation, Mary revealed difficulties saying that she did not understand, showing herself nervous when she could not answer. The results showed that Mary had an average intellectual functioning for her age on all scales. Verbal Comprehension and Perceptual Organization were at medium level and Processing Speed at a low-medium level. The weakest results were in the Coding and Symbol Search subtests,

associated with anxiety, impulsiveness, distraction, and difficulties working under pressure. The standardized results of each subtest can be seen in figure 1.

Figure 1

*Profile of the Standardized Mary's Results on the WISC-III*



Note: standardized results in ordinate axis.

Afterward, an anxiety assessment was performed using the *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spielberger & Edwards, 1973). She scored 29 on the State subscale and 47 on the Trait subscale, giving a total of 76 points on the scale. This score revealed high levels of anxiety.

Mary had complaints of inattention, having been assessed at the level of Hyperactivity Disorder and Attention Deficit as a form of screening. The assessment was carried out using *Conners Questionnaires* for parents and teachers. The results showed that Mary had some symptoms of inattention at home - not paying attention to details, making mistakes due to lack of awareness, being forgetful, and being easily distracted by things around her. However, it did not meet the necessary criteria for a diagnosis of attention deficit disorder. In addition, the parents' questionnaire reported that Mary tended to be worried, sensitive to criticism, shy, anxious about unfamiliar situations, and tend to withdraw and report physical signs of discomfort, such as stomach pain.

### Psychological Intervention

The psychological intervention aimed to reduce anxiety levels, promote self-esteem, and resolve the grieving process. Due to the tremendous psychological suffering shown by Mary regarding grief, intervention in this area was prioritized. For this purpose, a space for emotional ventilation was provided, and some activities were carried out. First, she was asked to draw a picture of the best memory she had with his grandmother. The drawing depicted Mary in her grandmother's living

room, where she reported spending a lot of her time. While the grandmother watched television, she played with plasticine on the coffee table. While talking about the memory, she mentioned that she could not say goodbye to her grandmother, making her sad. As a farewell, she was asked to write a letter for his grandmother. Then, she was invited to do an activity from the book “*Quando alguém muito especial morre*” (“When Someone Very Special Dies”) by Marge Heegaard (1998), making a portrait of her grandmother. And there was also a joint reading of the story “*Quando um dos avós morre: ser capaz de enfrentar o desgosto*” (“When a grandparent dies: being able to face heartbreak”) written by Victoria Ryan (2010). At the end of this intervention, Mary said that she liked it and felt more relieved. She had enjoyed talking openly about her grandmother in a positive way.

Regarding anxiety, diaphragmatic breathing was explained and trained. Afterward, some sessions of the Coping Cat Program (Kendall & Hedtke, 2014) were implemented. The implemented sessions and respective objectives are presented below (table 1).

Table 1  
*Implemented Sessions of the Coping Cat Program and Respective Objectives (Kendall & Hedtke, 2014)*

Session	Objectives
1 - Establishing the relationship and therapeutic guidance	1) Establish the relationship 2) Guide the child to the program 3) Encourage participation
2 - Identification of Anxiety Feelings	1) Establish the relationship 2) Introduce the concept that different feelings have different physical expressions 3) Normalize the experience of fear and anxiety
3 - Identification of Somatic Reactions to Anxiety	1) Discuss specific bodily reactions to anxiety 2) Practice identifying somatic reactions
5 - Relaxation training	1) Present the idea that many bodily sensations associated with anxiety involve muscle tension 2) Introduce relaxation and relaxation exercise practices 3) Promote in the child the awareness of when and how it can be helpful to relax 4) Practicing relaxation through acting and modeling
6 - Identifying anxious self-verbalizations and learning to change thoughts	1) Present the concept of thinking (self-verbalizations) 2) Discuss the role of self-verbalizations in anxiety-triggering situations 3) To differentiate anxious self-verbalizations from confrontational self-verbalizations 4) Practice self-verbalizations of confrontation
7 - Development of problem-solving skills	5) Introduce the concept of problem-solving 6) Practices problem-solving in anxious situations

At the same time, some self-esteem promotion activities were carried out. She

was asked to describe a situation in which she overcame a challenge, one when she made someone happy, one in which she learned something complicated, one in which she felt proud of herself, and one in which she felt pleased. As a way to face Mary's fear of failure, she was asked to carry out an activity that described a situation in which she had failed, referring to what she learned, what she would do differently, and the positive side of the failure. This activity aimed to normalize the act of making mistakes. At the end of the process, Mary received four colored cards, which she had to give to four crucial people to write a message. In addition, Mary was asked to write a letter to herself, explaining her reasons for liking herself.

The intervention was not only focused on the child, and there was an intervention with the parents. It was necessary to clarify any doubts and carry out psychoeducation about Mary's problems. They were alerted to maintenance factors and the consequent need to eliminate them to help the therapeutic process. In addition, parenting skills were also worked on and promoted to establish a positive climate necessary for therapeutic success.

### **Discussion/Conclusion**

From the beginning, it was a challenging clinical case due to several factors. First, the controversy in the literature regarding the association of Algoneurodystrophy with anxiety made the diagnosis difficult to understand. Furthermore, in addition to the intervention in anxiety and somatization, Mary presented psychological distress resulting from the grieving process. Therefore, there were several areas in need of intervention. In addition, Mary's initial resistance to accepting the possibility of somatization and her mother's psychological problems were also considered very challenging points.

After defining the areas of intervention, intervention in the mourning process began. Despite being a short intervention, significant improvements were visible. Mary had been inhibiting the expression of grief feelings, so the simple emotional ventilation provided considerable relief. In addition, a positive memories-sharing environment was provided, which allowed Mary to view the topic of grief more positively and not associated with psychological distress.

Finally, the implementation of the Coping Cat Program allowed Mary to understand the thoughts, feelings, and behaviors associated with her anxiety, gaining a more adaptive way to deal with it. At the same time, promoting self-esteem reinforced her self-knowledge and, consequently, increased self-confidence and self-efficacy in her skills, feeling capable of facing her most significant difficulties. With this, it was possible to watch a reduction in stress, which translated into decreased complaints of discomfort and pain felt in hand.

Concerning family dynamics, improvements were also visible, which contributed to therapeutic success. Parents were sensitized to the maintenance factors of their daughter's problems, verifying greater family openness, which translated into relief from the suffering associated with human losses. In addition, there was

a decrease in parental demand, alleviating Mary's anxiety symptoms and fear of making mistakes. As for the mother's psychological problems, she seemed much more committed to solving them.

The inclusion of parents in the therapeutic process is fundamental. Intervention with children should be based on a contextual approach (Carr, 2014), so it is impossible to conduct child psychotherapy without working with their caregivers. The inclusion of parents is fundamental because children's problems most often occur outside the context of therapy, and to change the child's environment, the parents and the therapist must work together. In addition, parents provide information relevant to the process that would otherwise be difficult to access (Friedberg & McClure, 2007).

The work done with the parents will vary from case to case. With Mary's parents, work began with education, providing crucial information about their daughter's behavior and problems. Afterward, the therapeutic work began, starting with the management of parents' expectations. Parents often expect too much or too little from their children, creating conflict (Friedberg & McClure, 2007). In Mary's case, the parents seemed to demand too much of their daughter, presenting a tremendous parental demand, so it was essential, from the beginning, to establish more realistic expectations, avoiding the pressure that Mary was feeling. Subsequently, the process continued, intervening with parents whenever necessary, clarifying doubts, and promoting positive parenting practices.

It is important to emphasize that the inclusion of parents in the process must be done with caution. It is necessary to comply with ethical principles such as consent and confidentiality. Parents must be informed about the process but never forget that the patient is the child and not the parents. The child must be informed of all information transmitted to the parents and must consent. This is a particularly relevant issue because if the child feels that confidentiality is breached, the entire therapeutic process will be compromised. In Mary's case, this clarification had to exist with her parents from the start. There was perhaps an expectation of parents to acquire more information, and given the dissatisfaction with this expectation, some misunderstanding was generated. Thus, it was necessary to alert parents about the principles of confidentiality and why it is essential to comply with them.

In the form of a global assessment, it is a case of therapeutic success, achieving the resolution of the mourning process and associated feelings and reducing anxiety levels and complaints of the condition of *Algoneurodystrophy*.

It is a case that demonstrates, in practice, how the mind relates to the body. Physical health is not dissociated from mental health, and there is a constant interconnection. There needs to be this awareness, not leading to contempt for mental health, but rather to its investment.

As already mentioned, bibliographic resources are scarce regarding the relationship between *Algoneurodystrophy* and anxiety. Thus, the intervention was based on the conceptualization of a generalized anxiety disorder with psycho so-



matization. Authors, such as Neto (2003, cit. in Dias & Savarize, 2016), point out that there is no “prescription for the treatment” of psychosomatic diseases but claim that cognitive-behavioral intervention seems to be the most effective. The patient must be taught to use cognitive techniques to contain and modify their beliefs since thinking is one of the main influences of the biological system. Other authors, such as Borges et al. (2009), reinforce the same idea, stating that cognitive restructuring is essential for treating psychosomatic illnesses.

In addition to the cognitive restructuring, it is considered essential to teach and promote the adoption of more effective coping strategies since authors report that a psychosomatic disease consists of physiological manifestations, which aim to mark the inefficiency of the available psychological mechanisms to deal with stress situations (Dias & Savarize, 2016). Therefore, strategies such as progressive muscle relaxation and diaphragmatic breathing were used to reduce anxiety levels. Progressive muscle relaxation aims to achieve a state of deep muscle relaxation to reduce activation of the central part of the nervous system and the autonomic division of the nervous system (Horn, 1968 cit. in Rissardi & Goddy, 2007). On the other hand, diaphragmatic breathing consists of pausing breathing and contracting the abdomen to relax to induce a state of tranquility, as it avoids hyperventilation and reduces the symptoms of muscle tension (Ginsburg & Kingery, 2007).

## References

- Barrett, M. J., & Barnett, P. L. J. (2016). Complex regional pain type 1. *Pediatric Emergency Care*, 32(3), 185-191. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000731>
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* (2<sup>nd</sup> ed.) [Cognitive-behavioral therapy: theory and practice]. Artmed.
- Bernstein, G., & Borchardt, C. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 519-532. <https://doi.org/10.1097/00004583-199107000-00001>
- Borges, C. S., Luiz, A. M. A. G., Aparecida, N., & Domingos, M. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica [Cognitive-behavioral intervention in stress and chronic pain]. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 16(4), 181-186.
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Maros, M. G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e gênero [Anxiety and coping in children and adolescents: age and gender-related differences]. *Análise Psicológica*, 26(4), 551-561. <https://doi.org/10.14417/ap.514>
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma Abordagem Contextual* (1<sup>st</sup> ed.) [Handbook of Clinical Psychology of Children and Adolescents: A Contextual Approach]. Psiquilíbrios.
- Castillo, A. R., Recondo, R., Asbahr, Fernando, R., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade [Anxiety Disorders]. *Revista brasileira de psiquiatria*, 22(2), 20-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200000600006>
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente [Emotional disturbances - anxiety and depression in children and adolescents]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 576-582. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10675>
- Dias, P. S. B., & Zavarize, S. F. (2016). A doença psicossomática e o uso da terapia cognitivo comportamental como intervenção [Psychosomatic illness and the use of cognitive behavioral therapy as an intervention]. *Revista Científica Faculdades do Saber*, 1(2), 108-120.
- Eldufani, J., Elahmer, J., & Blaise, G. (2020). A medical mystery of complex regional pain syndrome. *Heliyon*, 6(2), e3329. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03329>



- Feliu, M. H., & Edwards, C. L. (2010). Psychological factors in the development of complex regional pain syndrome: history, myth, and evidence. *The Clinical Journal of Pain*, 26(3), 258-263. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181bf815>.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2007). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes [The clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents]*. Artmed.
- Ginsburg, G. S., & Kingery, J. N. (2007). Evidence-based practice for childhood anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(3), 123-132. <https://doi.org/10.1007/s10879-007-9047-z>
- Heegaard, M. (1998). *Quando alguém muito especial morre* (1<sup>st</sup> ed.) [*When someone very special dies*]. Artmed.
- Kendall, P., & Hedtke, K. (2014). *O livro do gato habilidoso - Manual do terapeuta: Terapia cognitivo-comportamental para crianças ansiosas* (1<sup>st</sup> ed.) [*The Skillful Cat's Book - Therapist's Handbook: Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Children*]. Coisas de ler.
- Rabin, J., Brown, M., & Alexander, S. (2017). Update in the treatment of chronic pain within pediatric patients. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(7), 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.cpped.2017.06.006>
- Rissardi, G. G., & Godoy, M. (2007). Estudo da aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson modificada nas respostas das variáveis cardiovasculares e respiratórias de pacientes hansenianos [Study of the application of the modified Jacobson progressive muscle relaxation technique in the responses of cardiovascular and respiratory variables in leprosy patients]. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 14(3), 175-180.
- Ryan, V. (2010). *Quando um dos avós morre: ser capaz de enfrentar o desgosto* (2<sup>nd</sup> ed.) [*When a grandparent dies: being able to face heartbreak*]. Paulinas Editora.
- Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325-350. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.105.2.325>
- Souza, I. C. W., & Candido, C. F. G. (2010). Diagnóstico psicológico e a terapia cognitiva: considerações atuais [Psychological diagnosis and cognitive therapy: current considerations]. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), 82-92. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20090017>
- Spielberger, C., & Edwards, C. D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children: STAIC: how I feel questionnaire: professional manual*. Mind Garden.
- Stallard, P. (2010). *Ansiedade: Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças e jovens [Anxiety: Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Youth]*. Artmed.
- Vescio, A., Testa, G., Culmone, A., Sapienza, M., Valenti, F., Di Maria, F., & Pavone, V. (2020). Treatment of complex regional pain syndrome in children and adolescents: a structured literature scoping review. *Children*, 7(11), 1-11. <https://doi.org/10.3390/children7110245>
- Wechsler, D. (2003). *WISC III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças. Manual* (3<sup>rd</sup> ed.) [*WISC III: Wechsler Intelligence Scale for Children. Manual*]. CEGOC TEA.



## RECENSIÓN DE LIBROS | REVIEW OF BOOK

### TRASFONDO FILOSÓFICO EN LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

#### Philosophical background in psychotherapy humanist integrator

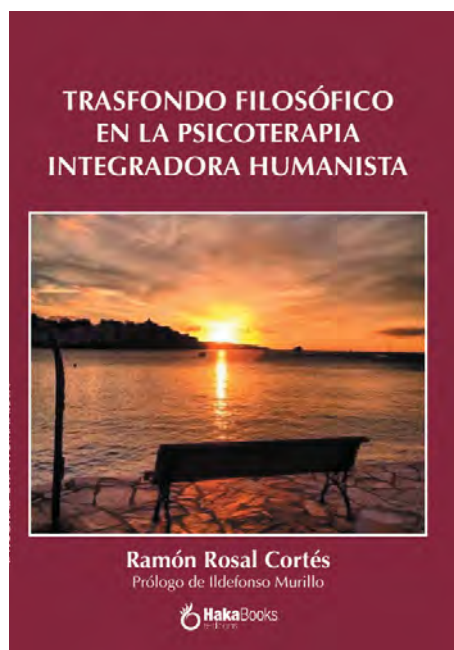
**Ramón Rosal Cortés**

Editorial: Hakabooks (Sabadell)

Páginas: 268

Año de publicación: 2021

ISBN: 978-84-18575-98-3



**Ana Gimeno-Bayón**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9479-6721>

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista. Barcelona, España

El autor, Ramón Rosal, ha dedicado una primera etapa como escritor a la reflexión sobre la teoría y la práctica de la psicoterapia. Se ha centrado, prioritariamente en el movimiento de la Psicología Humanista, y más específicamente el modelo del que es co-creador (junto con Gimeno-Bayón): la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2016, 2017; Rosal, 2002; Rosal y Gimeno-Bayón, 2001, 2013, 2019, 2020).

En una segunda etapa (la actual) ha podido recuperar su vocación filosófica, un tanto postergada por las necesidades prácticas que ha conllevado la creación y dirección del Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista, y explicar así los presupuestos invisibles que laten en lo hondo del modelo, es decir: la

---

Fecha de recepción: 3 de septiembre de 2021. Fecha de aceptación: 4 de octubre de 2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [anagb.ifromm@gmail.com](mailto:anagb.ifromm@gmail.com)

Dirección postal: Ana Gimeno-Bayón. c. Madrazo 113, entresuelo. 2ª. 08021 Barcelona. España

© 2021 Revista de Psicoterapia

metateoría que subyace al mismo. El autor ha recalcado siempre (cfr. Rosal, 2016) la necesidad de que los psicoterapeutas sean conscientes de que bajo su práctica profesional y las teorías que la sustentan hay una serie de convicciones básicas de tipo filosófico que dan respuesta a preguntas del estilo:

- El ser humano ¿es capaz de tomar decisiones libres?
- ¿Qué clase de unidad psicósomática lo configura?
- ¿Tiene capacidad de crear?
- ¿Hasta qué punto tiene capacidad de ser consciente de sus procesos internos?
- ¿Qué función cumplen las emociones?
- ¿Qué lugar ocupan los valores, las aspiraciones, el proyecto vital en la vida de la persona?
- ¿Es capaz de tener experiencias espirituales?
- ¿Puede, y hasta dónde, conocer la realidad?

La contestación a esas y otras preguntas básicas, relacionadas con la estructura humana, sus funciones y su naturaleza pueden ser quienes den cuenta de las divergencias entre los diferentes paradigmas psicológicos y los diversos modelos terapéuticos.

Este sustrato antropológico-filosófico y epistemológico que impregna todo el quehacer terapéutico, pocas veces es tenido en cuenta por los profesionales, a la hora de elegir modelos o métodos (si bien puede ser intuido en forma no consciente). Si no hay una adhesión—explícita o implícita— a los principios metateóricos del modelo utilizado, no es nada difícil que surjan contradicciones y escisiones en el proceso terapéutico que darán lugar a una fragmentación en la experiencia del paciente.

Habitualmente, estos principios no se expresan verbalmente al paciente, salvo que convenga hacerlo. Eso sí, sería conveniente, mantiene el autor, que el profesional de la psicoterapia los tuviera claros, que reflexionara sobre si los supuestos profundos—relativos a la concepción del ser humano, sus motivaciones, su capacidad de cambio, etc.— en los que se basa su modelo armonizan bien con sus propias convicciones. Sin embargo, subraya el autor, la mayoría de los psicólogos científicos y de los psicoterapeutas tienen como punto de partida convicciones filosóficas sin ser conscientes de ellas, ni de sus fundamentos, ni de por qué las consideran verdaderas.

Señala también que, durante veinticinco siglos, desde los tiempos de Platón y Aristóteles, fueron siempre filósofos los que investigaron las cuestiones y los problemas psicológicos.

En 1879 Wilhelm Wundt y William James, tras años de dedicación a la Antropología y Psicología Filosófica, inauguraron la investigación científica en Psicología. Ambos integraban sus convicciones filosóficas y su quehacer de laboratorio. Pero posteriormente, la generalidad de los psicólogos que se dedicaron a la investigación científica obviaron plantearse la metateoría implicada en ella. El autor piensa que, tal como señala en la introducción a su obra:

aunque desde entonces la psicología científica constituya una ciencia autónoma, independizada de la filosofía, supondría una pérdida para ambas, que esta independencia implicase un total desconocimiento entre ellas. La Psicología Filosófica y la correspondiente Antropología, se empobrecerían si no tuviesen hoy en cuenta las aportaciones de la Psicología Científica y las experiencias acumuladas de la Psicología Clínica. Y viceversa, si estas se desentendiesen totalmente de la filosófica, perderían el conocimiento de los fundamentos teóricos de buena parte de los conceptos sobre el psiquismo humano implicados en su trabajo científico.

Como creador –junto con Ana Gimeno-Bayón– del modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista, ofrece aquí una primera serie de presupuestos filosóficos implicados en dicho modelo.

El libro consta de dos partes. La primera de ellas está dedicada a la descripción de ocho conceptos psicoterapéuticos relevantes (sin perjuicio de completarlos más adelante con otros) y a la identificación de filósofos antecesores de los mismos, como son Aristóteles, Dilthey, Berdiaev, Jaspers, Langer, Cassirer, Zubiri, Ortega y Gasset, Cencillo, Pánikkar y von Bertalanffy

En la segunda parte, Rosal –consciente de que no es frecuente la reflexión filosófica por parte de los profesionales de la Psicología sobre la relación entre mente y cerebro, a pesar de estar en un momento en que la Neurofisiología ocupa un importante foco de atención– la dedica a compartir esta reflexión desde tres autoridades en la materia: Bunge, Laín Entralgo y Tresmontant.

Este libro, destinado principalmente a los profesionales de la psicoterapia, espera aportar: a quienes practiquen el modelo, conciencia de la concepción del ser humano que implica; y a quienes son ajenos al mismo, preguntas sobre el trasfondo filosófico de su propio quehacer terapéutico.

Dado el público al que va dirigido, la obra está redactada en forma asequible para personas que no conozcan en profundidad la Filosofía, pero que estén dispuestas a acogerla para vivir en forma más profunda, consciente e ilusionada la hermosa profesión de la psicoterapia.

## Referencias

- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2016). *Psicoterapia integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales* (2ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2017). *Manual práctico de Psicoterapia Integradora Humanista. Tratamiento de 69 problemas en los procesos de valoración, decisión y prácticos*. Desclée de Brouwer.
- Rosal, R. (2002). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Milenio.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2001). *Cuestiones de psicología y psicoterapias humanistas*. Milenio
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2013). *Análisis Transaccional para psicoterapeutas. Volumen II. Tratamiento de los trastornos de personalidad y algunos síndromes*. Milenio.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2019). *Las psicoterapias humanistas. Esencia y metodologías verbal, imaginaria y psicocorporal*. Hakabooks.
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2020). *Tras medio siglo de psicoterapias humanistas*. Hakabooks.



## RECENSIÓN DE LIBROS | REVIEW OF BOOK

FORMULACIÓN DE CASO EVOLUCIONISTA:  
UN LENGUAJE COMÚN EN PSICOTERAPIA

Evolutionist case formulation:

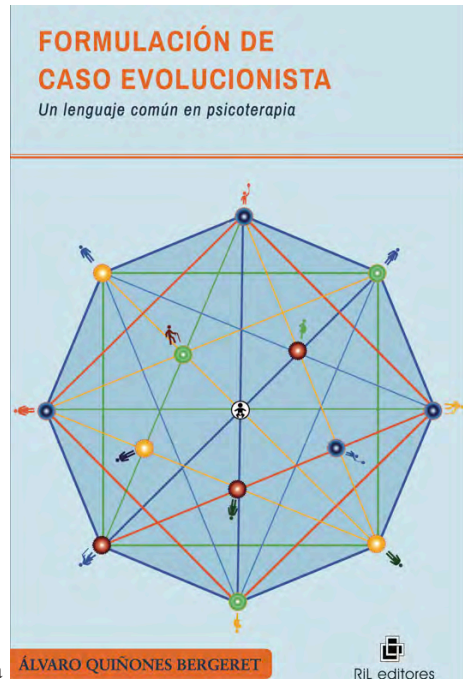
A common language in psychotherapy

Álvaro Quiñones de Bergeret (Editor)

Ril Editores

Páginas: 382

Año de publicación: 2021



Ciro Caro García

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6555-0201>

Universidad Pontificia Comillas (Madrid), España

Uno siempre escribe desde algún lugar, y en el comentario de cualquier obra es importante descifrar y hacer visibles esas coordenadas. Por tanto, ese es mi primer propósito con el libro del Dr. Álvaro Quiñones (profesor e investigador externo de la Universidad de Tarapacá, en Chile), titulado *Formulación de caso evolucionista: Un lenguaje común en psicoterapia*. El texto se divide en dos partes: la teoría subyacente –longitud Este– y la práctica clínica (longitud Oeste) en la que el modelo de formulación propuesto es explicado a partir de un caso de psicoterapia.

---

 Fecha de recepción: 20 de septiembre de 2021. Fecha de aceptación: 4 de octubre de 2021.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [cirocaro@comillas.edu](mailto:cirocaro@comillas.edu)

Dirección postal: Ciro Caro. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Calle Mateo Inurria, 37, 28036 Madrid, España.

© 2021 Revista de Psicoterapia



Ambas, referencias espaciales en las que el autor se mueve como pez en el agua: con citas bibliográficas abundantes y pertinentes, y con soltura en la fundamentación de los conceptos –especialmente en lo que se refiere al *self* o “sí mismo”– por una parte, y con oficio o saber hacer en lo que toca al trabajo con los pacientes, por otra. Respecto a las cuestiones de latitud, lo que se mueve al Norte es, a todas luces, la intención de facilitar un sistema de referencias que prevenga frente a la improvisación en la toma de decisiones; y al Sur, la dotación a los clínicos de un sistema de registro y rastreo de los procesos terapéuticos claves abordados, que permita saber en todo momento “dónde estamos”. Es decir, qué ha pasado y hacia dónde es necesario caminar.

En el cruce entre latitud y longitud se halla el apellido que el autor reconoce en su propuesta de formulación de caso (FC): *evolucionista*. Donde el sufijo –ista no refleja una inclinación o un sesgo, sino la asunción reflexiva de la realidad de que no hay nada en lo humano –de lo que se ocupen la Psicología y la Psicoterapia– que no posea una función asociada, tanto a la supervivencia de la especie, como al devenir de su fenotipo psicológico. Pero, para no asustar a nadie, aclaremos que no se trata de un texto teórico que indaga en el origen distal de una serie de mecanismos psicológicos evolucionados y en su conexión lógica con conductas o problemas proximales, los cuales destierran a las teorías psicológicas que no los tuvieron en cuenta desde el principio. Antes bien, se trata de un manual en el que directamente se abordan aspectos del ser humano que, efectivamente, “no están ahí por casualidad”, y que deben ser integrados a la hora de comprender el sufrimiento y el funcionamiento psicológico intra- e interpersonal del individuo, así como a la hora de proponer una intervención psicológica coherente. Y que, sobre todo, son dimensiones del acontecer humano que ofrecen un lenguaje común a la Psicoterapia, como reza el subtítulo del libro. Lo primero que nos encontramos “ahí”, en ese sentido, es el *self* (el sí mismo), entendido como un sistema que conoce en un plano intersubjetivo (no como un soliloquio o como un ente aislado y descarnado), y que distribuye su actividad de conocer en diferentes dominios, que pueden verse afectados por diversos tipos de experiencias a lo largo del desarrollo. Estos, llamados *dominios de conocimiento intersubjetivo* (cognición, emoción, interpersonal, imaginación, corporalidad, sexualidad y religiosidad/espiritualidad), retroalimentan a su vez la experiencia del sí mismo de modos más o menos fluidos y constrictivos, que se traducen en dos tipos de señales clave acerca de la funcionalidad de la persona, que el terapeuta debe saber percibir y valorar: malestar/bienestar psicológico por un lado y desregulación/regulación psicológica por otro. Este es el termómetro que permite valorar si algo anda bien o mal, de qué se trata, en qué aspecto es necesario incidir a través de la terapia y en qué dirección. De este modo, la propuesta del autor logra ser parsimoniosa, tanto a la hora de explicar el caso, como a la hora de plantear la intervención, pues crea un espacio cartesiano en el que triangular lo que falla a la hora de procesar la experiencia o de dar una respuesta adaptativa y, en consecuencia, produce sufrimiento.

Por otra parte, la propuesta de FC que revisamos permite alejar el zoom para ver cómo estos dominios –especialmente aquellos en los que se producen síntomas en un caso específico–, configuran un *tema intersubjetivo disfuncional*, cuya comprensión es la comprensión del modo-de-conocer/ser del paciente en diversas situaciones y, por tanto, es la comprensión de la persona misma. Dicho de otro modo, el tema subjetivo disfuncional expresa qué es lo que se tensa, se resiente o se duele en la persona en las situaciones que son importantes para ella (e.g., ¿valgo algo?, ¿soy querido/a?, ¿estoy en peligro?). Y esto, que es algo más que identificar rasgos de personalidad o aprendizajes disfuncionales, y por supuesto más que enunciar un diagnóstico, es una cuestión clave: puesto que desde una perspectiva constructivista *conocer es vivir* (Feixas, 2003) (o sea, dar significado a mi experiencia del mundo de modo holístico a medida que entro en contacto con él), este foco en los dominios de conocimiento intersubjetivo y en la identificación de un tema en el que éstos confluyen, apunta a un “metamecanismo” (por llamarlo de alguna manera) sobre el que ha de incidir la terapia: la experiencia y los procesos constructivos, entendidos a través de alguna herramienta conceptual. Por eso, el modelo de FC de Álvaro Quiñones, que no estipula “mecanismos” productores del malestar específicos es, en ese sentido, un modelo metateórico –y por tanto integrador– que deja el espacio adecuado para que el terapeuta que lo usa, recurra a aquellos mecanismos que sean de su preferencia. Ya sea que se trate de los procesos de ordenación nucleares (PONS) de Mahoney, de las organizaciones de significado personal de Guidano, de los esquemas de emoción de Greenberg, de los modelos operativos interiorizados (MOI) de la teoría del apego, o de las narrativas dominantes de White, por citar solo algunos.

En consecuencia, y si atendemos a la definición general de FC como una hipótesis acerca de las causas, los factores determinantes y los mecanismos disparadores, productores y mantenedores de los problemas psicológicos de una persona (Eells, 2007), entendemos el libro que nos ocupa como un marco de comprensión para diferentes maneras de formular esas hipótesis, que las ancla en la vivencia de la persona concreta, y las proyecta sobre diversos dominios en los que la experiencia “sana” o “problemática” se sintetiza. Todo ello sin patologizarla y aportando a la vez dirección a la terapia, como proponían Neimeyer y Raskin (2003) en su volumen –hoy clásico– *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*, en el que, curiosamente, esta empresa aún no se asociaba a la FC, como sí creemos que debe ocurrir en nuestro tiempo, y para que la formulación no se convierta en un uso rutinario de plantillas para producir intervenciones en serie, calcadas unas de otras.

Por otra parte, esta propuesta es –como adelantábamos al comienzo– tanto una invitación a, como una capacitación para observar y registrar los juicios clínicos acerca del cliente y sus estados, de modo que se facilite un trazado y un rastreo minucioso del proceso terapéutico. Facilita, así, identificar una posición de partida desde la que proponer un rumbo –quizá según lo más urgente o necesario– y com-

parar para saber qué ha pasado: ¿ha habido progreso? ¿se ha dado en la dirección esperada? ¿qué nuevos dominios de significado intersubjetivo se convierten ahora en problemáticos o bien en fortalezas? Esto, además, es un valor del modelo como herramienta de gestión del caso, pues ofrece una manera directa y significativa de valorar el impacto del tratamiento en diferentes escalas temporales –la sesión, el módulo o bloque temático abordado, la fase del tratamiento, etc.–, con la que documentar la terapia. Algo de agradecer a la hora de hacer sesiones clínicas o de plantear las supervisiones, pero también a la hora de conectar la evaluación rutinaria de resultados con el proceso terapéutico a lo largo del tiempo, y de generar evidencias sobre la bondad de la intervención basadas en la práctica (Barkham et al., 2010). A todo esto, ayuda, sin duda, la organización del volumen en el que, tras la teoría, se despliega una segunda parte dedicada a la práctica, ilustrada con un caso clínico completo y dotada de los materiales y apéndices que permiten conceptualizar, representar, monitorizar y evaluar el proceso terapéutico (*Evaluación, Intervención y Entrevista de evaluación del proceso de psicoterapia*).

Finalmente, *Formulación de caso evolucionista* es un modelo que asume otro aspecto substancial de lo que define a la FC: ser una alternativa útil al diagnóstico psiquiátrico y ofrecer un medio compartido entre clientes y terapeutas, para dar sentido al sufrimiento de las personas y a los modos que éstas desarrollaron para adaptarse, sobrevivir y formar una identidad (Johnstone y Dallos, 2014). Esto requiere potenciar la formulación con una mirada retrospectiva, que no se halla presente de modo explícito en esta propuesta ni en sus “instrucciones de uso”, pero que sí que es claramente compatible con el planteamiento de base. Basta para ello completar el conocimiento del modelo propuesto con el conocimiento sobre qué preguntas estimulan la reflexión y el desarrollo de narrativas en un entorno de seguridad psicológica. De ese modo, por ejemplo, un terapeuta familiarizado con la mirada del Marco PAS (Poder Amenaza Significado) (Boyle y Johnstone, 2020) podría hacer lo siguiente: ayudaría a una persona a comprender qué le ocurrió, a qué amenazas sobrevivió, qué sentido le dio a esos sucesos, qué tuvo que hacer para sobrevivir, y, en definitiva, cuál es su historia; y lo haría rastreando, al tiempo, qué dominios de conocimiento intersubjetivo se vieron afectados y cómo, y de qué manera esa historia se plasma en la configuración de un tema intersubjetivo disfuncional que le resta poder y la hace más vulnerable y menos incluida en el sistema, o la mantiene en un terreno de amenaza al que sigue respondiendo sintomáticamente.

Igual que uno se pregunta desde dónde escribe un autor, también reflexiona sobre a dónde me lleva, o al menos acerca de hasta dónde me ayuda a llegar si yo pongo de mi parte. En ese sentido, el párrafo anterior expresa algunas de estas posibilidades, y es tanto un ejemplo de la potencia de la propuesta de Álvaro Quiñones publicada por la Ril Editores, como de la tarea que puede asumir un lector activo, y a la que, en el fondo, invita el libro. Esta cuestión de la actividad vs. pasividad del lector tiene que ver mucho con los intereses sobre la FC que comparto con el autor, puesto que esta competencia clínica ha de servir para algo, y muy principalmente

para mejorar la efectividad de la terapia (Caro y Montesano, 2016). Así pues, y para concluir parafraseando la distinción de Kahneman (2012) sobre los sistemas 1 y 2 de pensamiento de los humanos, un modelo de FC ha de servir para pensar despacio lo que normalmente pensamos demasiado rápido; y con la práctica, para pensar rápido lo que antes nos llevaba más tiempo y esfuerzo. Por tanto, con sus puntos fuertes y áreas de mejora, con sus zonas de luz y sus zonas de sombra, como todos los modelos de FC estructurados (Eells, 2007) que pretenden ayudar a los terapeutas, *Formulación de caso evolucionista: Un lenguaje común en psicoterapia* es, sin duda, una excelente herramienta tanto para formular despacio como para formular rápido.

## Referencias

- Barkham, M., Hardy, G. E. y Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* [Desarrollar y entregar evidencia basada en la práctica: una guía para las terapias psicológicas]. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470687994>
- Boyle, M. y Johnstone, L. (2020). *A straight talking introduction to the Power Threat Meaning Framework: An alternative to psychiatric diagnosis* [Una introducción directa al marco del significado de amenazas de poder: una alternativa al diagnóstico psiquiátrico]. PCCS Books.
- Caro, C. y Montesano, A. (2016). Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: Introducción conceptual y perspectiva de futuro. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.127>
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of Case Formulation* [Manual de Formulación de Casos]. Guilford Press.
- Feixas, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 14(56), 107-112. <https://doi.org/10.33898/rdp.v14i56.722>
- Johnstone, L. y Dallos, R. (2014). *Formulation in Psychology: Making sense of people's problems* (2ª Ed.) [Formulación en psicología: dar sentido a los problemas de las personas]. Routledge.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Debate.



## INDICE GENERAL AÑO 2021

### Nº 118 50 AÑOS DE PSICOTERAPIA RELACIONAL INTEGRATIVA

#### 50 Years of Integrative Relational Psychotherapy

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

50 AÑOS DE PSICOTERAPIA RELACIONAL INTEGRATIVA

*50 years of Integrative Relational Psychotherapy*

Mar Gómez Masana y Yarima Etxeberria Ibáñez

APORTACIONES DE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA AL ESTUDIO Y COMPRENSIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

*Contributions of Integrative Psychotherapy to the Study and Understanding of Human Development*

Esther Zarandona de Juan

DIAGNOSIS RELACIONAL: UNA EVALUACIÓN DINÁMICA Y TRANSTEÓRICA ENFOCADA EN LA PERSONA A TRAVÉS DE LA RELACIÓN

*Relational Diagnosis: A Dynamic and Transtheoretical Assessment focused on the Person through Relationship*

Bibiana Martín Corcuera y Mar Gómez Masana

LA PERSPECTIVA DE UN TERAPEUTA GESTÁLTICO SOBRE LA INDAGACIÓN TERAPEÚTICA

*A Gestalt Therapist's Perspective on Therapeutic Inquiry*

Fermin González Cuellar

EL PROCESO ESQUIZOIDE A TRAVÉS DE LA MIRADA DE R. ERSKINE: "DIÁLOGOS Y REFLEXIONES"

*The Schizoid Process through R. Erskine's Regard: "Dialogues and Reflections"*

Amaia Mauriz Etxabe

SOLEDADES QUE DUELEN, SOLEDADES QUE ACOMPAÑAN. LA COMPLEJIDAD DE LA CRÍTICA INTERNA

*Solitudes that Hurt, Solitudes that Accompany. The Complexity of Internal Criticism*

Feli Pérez de Onraitia Ortiz

VIVIENDO EN MUNDOS IMAGINARIOS. SINTONÍA, INDAGACIÓN E IMPLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS

*Living in Imaginary Worlds. Attunement, Inquiry and Involvement in the Treatment of Psychosis*

José Manuel Martínez Rodríguez

#### Artículos del monográfico de Libre Acceso

DESENREDANDO EL OVILLO: DE LA DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS A LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN

*Untangling the Skein: From Substance Dependence to Trust in the Relationship*

Mercedes Pedreira Quiroga

TRATAMIENTO DE LOS PATRONES RELACIONALES INCONSCIENTES. EL CASO DE PABLO: IMPLICACIÓN Y SINTONÍA EN PSICOTERAPIA

*Treatment of Unconscious Relational Patterns. Pablo's case: Involvement and Attunement in Psychotherapy*

Izaskun Andollo Hervás

LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN EL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN SOCIAL: CONCEPTOS Y MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

*Integrative Psychotherapy in Social Intervention Domain: Concepts and methods of intervention*

Angela Pérez Burgos

LA PSICOTERAPIA RELACIONAL INTEGRATIVA EN EL CAMPO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

*Integrative Relational Psychotherapy in the field of Intellectual Disability*

Verónica Aguado Rodríguez

#### Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

EL ENCUADRE COMO ESCUCHA Y ACCESO A LA VIDA EMOCIONAL PROFUNDA. LA ÓPTICA PARA ALCANZAR EL CEREBRO SUBCORTICAL

*The Frame as Listening and Accessing the Deep Emotional Life. The Lens to Reach the Subcortical Brain*

Mario C. Salvador Fernández

**LA CO-CONSTRUCCIÓN DE CANCIONES COMO TESTIMONIO DE HISTORIAS DE CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO**

*The Co-construction of Songs as a Testimony of Stories of Psychotherapeutic Change*

Alejandro Cifuentes-Muñoz

**AJUSTE RAZONABLE DEL MODELO DE TERAPIA COGNITIVA DE AARON BECK EN UNA MUESTRA PILOTO DE PERSONAS SORDAS SEÑANTES, UNA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA**

*Reasonable fit of Aaron Beck's Cognitive Therapy Model in a pilot sample of signing deaf people, a systematization of experience*

Luisa Fernanda Suarez Monsalve, Manuel Alejandro Guerrero Clavijo y Allis Dahiana Be-doya Olaya

**LA CARTOGRAFÍA DE LOS ESPACIOS PSICOLÓGICOS: APLICACIONES PSICOTERA-PÉUTICAS DE LAS DINÁMICAS SISTÉMICAS DE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS DE CONSTRUCTOS PERSONALES**

*Mapping Psychological Spaces: Psychotherapeutic Applications of System Dynamics in Fuzzy Cognitive Maps of Personal Constructs*

Luis Botella García del Cid

**ACTUALIZACIÓN EN PSICOTERAPIAS PARA PERSONAS CON OBESIDAD**

*Update on Psychotherapy For People With Obesity*

Miriam P. Félix-Alcántara, Irene Gutiérrez Arana, Alicia Sancho Salinas, Eva Ruiz Velasco, Cristina Banzo Arguis, María Villacañas Blázquez, Cristina Domínguez García, Rocío Torres Hermosillo y Javier Quintero

**CAN WE LEARN ON PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS DIMENSIONS WITH SINGLE CASE STUDY?**

Alejandro Ávila-Espada

**RESPUESTAS DESDE LA TERAPIA Y LAS PRÁCTICAS NARRATIVAS AL CORONAVIRUS**

*Responses from Narrative Therapy and Narrative Practices to Coronavirus*

Carlos Chimpén-López, Danilo Moggia, Mariangels Ferrer, Sonia Cano, Mónica Florensa, Adoración Jorge y Manuel Moral y Soledad Sagrado

**Recensión de libros**

**UNA RELACIÓN CURATIVA: COMENTARIOS SOBRE LOS DIÁLOGOS TERAPÉUTICOS**

*A Healing Relationship: Commentary on Therapeutic Dialogues*

José Manuel Martínez Rodríguez

**Nº 119: 40 AÑOS DE UNA REVISTA**

*40 Years of a Journal*

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

40 AÑOS DE UNA REVISTA

*40 years of a journal*

Luis Casado Esquius

ÉRASE UNA VEZ... UNA REVISTA

*Once upon a time ... A journal*

Luis Casado Esquius

NUEVA VISITA A MORDOR: 40 AÑOS DE POLÉMICAS EN PSICOTERAPIA

*New visit to Mordor: 40 years of controversy in psychotherapy*

José Luis Martorell

DOS GENERACIONES EN BUSCA DE PSICOTERAPIA

*Two generations in search of psychotherapy*

Ana Gimeno-Bayón, Ramón Rosal, Patricia Pasquín y Aleix Moreno

PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOTERAPIA: REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA, FOR-MACIÓN E INVESTIGACIÓN DESDE LA TERAPIA CONSTRUCTIVISTA INTEGRADORA

*Psychodiagnostics and Psychotherapy: A Constructivist Integrative Approach to Practice, Training and Research*

Luis Botella García del Cid



PROCESOS DE REACTIVACIÓN Y RECONSOLIDACIÓN DE LAS MEMORIAS IMPLÍCITAS: INTERACCIÓN ENTRE NEUROCIENCIAS Y PSICOTERAPIAS  
*Processes of reactivation and reconsolidation of implicit memories: Interaction between Neurosciences and Psychotherapies*

Victoria Fernández-Puig, Núria Farriols y Jordi Segura

APORTACIONES DE LA TECNOLOGÍA A LA PSICOTERAPIA: EL POTENCIAL DE LA REALIDAD VIRTUAL

*Technological contributions to psychotherapy: The potential of Virtual Reality*

Guillem Feixas y Jordi Alabèrnia-Segura

#### Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

TARTAMUDEZ, TRAUMA Y BLOQUEO: INTRODUCCIÓN AL TRABAJO CON PARTES  
*Stuttering, trauma and blocking: Introduction to work with parts*

Francisco Gómez-Holgado

EFICACIA DE LA HIPNOSIS CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS FUNCIONALES: EXPERIENCIA EN UNA SERIE CONSECUTIVA DE 50 PACIENTES

*Efficacy of Clinical Hypnosis in Functional Neurological Disorders: Experience in a Consecutive Series of 50 Patients*

Alexandre Gironell, Juan Manuel Badosa, Albert Roig, Raffaele Tuccillo, Giulia Marconi, Marc Muñoz, Roser Ribosa, Agustí Camino Vallhonrat, Eva Juan Linares, Aina Ripol Puig y Guillem Feixas

RETRAIMIENTO RELACIONAL, SINTONÍA CON EL SILENCIO: LA PSICOTERAPIA DEL PROCESO ESQUIZOIDE

*Relational Withdrawal, Attunement to Silence: Psychotherapy of the Schizoid Process*

Richard G. Erskine

REVISIÓN DE TERAPIAS PARA LA BAJA AUTOESTIMA: PERFIL CLÍNICO Y MECANISMOS DE ACCIÓN

*Therapies for low self-esteem review: Clinical profile and action mechanisms*

Antonio Duro Martín

EVALUACIÓN EN PSICOTERAPIA: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ARGENTINA DE LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE RESULTADOS Y LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DE SESIONES

*Psychotherapy Assessment: Psychometric Properties of de Argentinean Version of the Outcome Rating Scale and Session Rating Scale*

Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde, Helga Schupp y Natalia Paoloni

TERAPIA NARRATIVA: RESPONDIENDO AL DUELO Y LA PERDIDA CON EL ÁRBOL DE LA RE-ASOCIACIÓN

*Narrative therapy: Responding to grief and loss with the re-remembering tree of life*

Marta Campillo Rodríguez

DEVELOPING AND MAINTAINING A HEALTHY FAMILY TODAY

*Developing and maintaining a healthy family today*

Manuel Moral y Carlos Chimpén-López

PATOLOGÍAS DE LA LIBERTAD (V) DEPRESIÓN Y SUICIDIO: LA CONSTRUCCIÓN DEL SER

*Pathologies of freedom (v) Depression and suicide: the constriction of the being*

Manuel Villegas Besora

LA TORRE DEL CASTILLO: GÉNESIS DE UNA ANOREXIA RESTRICTIVA

*The tower of the castle: A case of restrictive anorexia*

María Martín Santacreu

#### Recensión de libros

LA MENTE OBSESIVA. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO  
*The obsessive mind. Obsessive-compulsive disorder treatment*

Manuel Villegas Besora

LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMBIO TERAPÉUTICO

*Building Therapeutic Change*

Meritxell Pacheco

**Nº 120: MISCELÁNEA EN PSICOTERAPIA***Miscellaneous in Psychotherapy***LA IMPORTANCIA DEL SIGNIFICADO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO***The Importance of Meaning in the Therapeutic Process*

Beatriz González Arranz, José Navarro Góngora y Luis Ángel Saúl

**REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO: UN ESTUDIO PILOTO***Emotional Regulation in Institutionalized Teenagers in Mexico City: A Pilot Study*

Ariadna Arias Martínez, Antonio Tena Suck, Teresa Fernández de Juan y Celia Mancillas

**EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ONLINE BASADA EN MINDFULNESS FRENTE AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO HABITUAL PARA LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN***Efficacy of an online Mindfulness-Based Intervention versus Treatment as Usual for the reduction of Anxiety and Depression symptoms*

Juan Nieto, Borja Arribasa y Dafne Cataluña

**COGNITIVE CONFLICTS IN FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS***Conflictos cognitivos en trastornos funcionales digestivos*

Ruth Benasayag, Fermín Mearin, Mari Aguilera y Guillem Feixas

**PSICOANÁLISIS RELACIONAL Y PSICOTERAPIA INDIVIDUAL SISTÉMICA: EPISTEMOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA***Relational psychoanalysis and systemic individual psychotherapy: Epistemology and Psychopathology*

Juan Miguel de Pablo Urban

**PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA Y LA IDEACIÓN SUICIDA***Person-centered psychotherapy and suicidal ideation*

Alejandro López Marín

**LA COMPLEJIDAD DEL TRAUMA COMPLEJO DEL DESARROLLO: UNA PROPUESTA DEL MODELO DE APEGO Y COMPLEJIDAD (MAC)***The complexity of complex developmental trauma: a proposal from the attachment & complexity model (MAC)*

Felipe Lecannelier, Humberto Guajardo, Diana Kushner, Carlos Barrientos y Germán Monje

**PRÁCTICAS NARRATIVAS COLECTIVAS: INTERVENCIÓN EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE VALPARAÍSO, CHILE. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN GRUPAL***Collective Narrative Practice: Intervention in a Group of Older Adults in Valparaíso, Chile. Group Intervention Study*

Natalie Rodríguez-Covarrubias

**CLINICAL PSYCHOLOGY DURING THE COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCES FROM SIX FRONTLINE HOSPITALS IN MEXICO***Psicología clínica durante COVID-19: Experiencias de seis hospitales de primera línea en México*

Edgar Landa-Ramírez, Cintia Tamara Sánchez-Cervantes, Sofía Sánchez-Román, Eryka del Carmen Urdapilleta-Herrera, Jorge Luis Basulto-Montero y Lucía Ledesma-Torres

**ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO ONLINE VS. PRESENCIAL EN TIEMPOS DE COVID-19***Adherence and satisfaction in online vs. in-person group psychotherapy in times of COVID-19*

Paula Castrillo Ramírez y Manuel Mateos Agut

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL***Cognitive-Behavioural Intervention in a Case of Social Anxiety*

Santiago José Reguera Lozano

**DIÁLOGO TERAPÉUTICO, INSIGHT Y REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA***Therapeutic Dialogue, Insight and Reduction of Anxious-Depressive Symptoms in Psychoanalytic Psychotherapy*

Carlos Alberto Jibaja Zárate

TRATAMIENTO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN FORMATO ONLINE: UN CASO CLÍNICO

*Cognitive Treatment of Obsessive Compulsive Disorder in Online Format: A Case Report*

Elisabet Ana Gemar Fernández y Cristina Romero López Alberca

CLINICAL CASE OF A CHILD WITH ALGONEURODYSTROPHY

*Caso Clínico de una Niña con Algoneurodistrofia*

Ana C. Santos y Cláudia M. Silva

**Recensión de libros**

TRASFONDO FILOSÓFICO EN LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

*Philosophical background in psychotherapy humanist integrator*

Ana Gimeno-Bayón

FORMULACIÓN DE CASO EVOLUCIONISTA: UN LENGUAJE COMÚN EN PSICOTERAPIA

*Evolutionist case formulation: A common language in psychotherapy*

Ciro Caro García



# REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 32, Number 120, November, 2021 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

---

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

---

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

### Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<https://ojs.revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

## JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Emerging Source Citation Index (ESCI) Web of Science, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC, Crossref.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich´s.
- OPAC´s: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

# CONTENIDO

## MISCELÁNEA EN PSICOTERAPIA

Miscellaneous in Psychotherapy

Luis Ángel Saúl  
(Coordinador)

### LA IMPORTANCIA DEL SIGNIFICADO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

Beatriz González Arranz, José Navarro Góngora y Luis Ángel Saúl

### REGULACIÓN EMOCIONAL EN ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO: UN ESTUDIO PILOTO

Ariadna Arias Martínez, Antonio Tena Suck, Teresa Fernández de Juan y Celia Mancillas

### EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN ONLINE BASADA EN MINDFULNESS FRENTE AL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO HABITUAL PARA LA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Juan Nietoa. Borja Arribasay Dafne Cataluña

### COGNITIVE CONFLICTS IN FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

Ruth Benasayag, Fermín Mearin, Mari Aguilera y Guillem Feixas

### PSICOANÁLISIS RELACIONAL Y PSICOTERAPIA INDIVIDUAL SISTÉMICA: EPISTEMOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA

Juan Miguel de Pablo Urban

### PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA Y LA IDEACIÓN SUICIDA

Alejandro López Marín

### LA COMPLEJIDAD DEL TRAUMA COMPLEJO DEL DESARROLLO: UNA PROPUESTA DEL MODELO DE APEGO Y COMPLEJIDAD (MAC)

Felipe Lecannelier, Humberto Guajardo, Diana Kushner, Carlos Barrientos y Germán Monje

### PRÁCTICAS NARRATIVAS COLECTIVAS: INTERVENCIÓN EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE VALPARAÍSO, CHILE. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN GRUPAL

Natalie Rodríguez-Covarrubias

### CLINICAL PSYCHOLOGY DURING THE COVID-19 PANDEMIC: EXPERIENCES FROM SIX FRONTLINE HOSPITALS IN MEXICO

Edgar Landa-Ramírez, Cintia Tamara Sánchez-Cervantes, Sofía Sánchez-Román, Eryka del Carmen Urdapilleta-Herrera, Jorge Luis Basulto-Montero y Lucía Ledesma-Torres

### ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO ONLINE VS. PRESENCIAL EN TIEMPOS DE COVID-19

Paula Castrillo Ramírez y Manuel Mateos Agut

### INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL

Santiago José Reguera Lozano

### DIÁLOGO TERAPÉUTICO, INSIGHT Y REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Carlos Alberto Jibaja Zárate

### TRATAMIENTO COGNITIVO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN FORMATO ONLINE: UN CASO CLÍNICO

Elisabet Ana Gemar Fernández y Cristina Romero López Alberca

### CLINICAL CASE OF A CHILD WITH ALGONEURODYSTROPHY

Ana C. Santos y Cláudia M. Silva

#### Recensión de libros

### TRASFONDO FILOSÓFICO EN LA PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

Ana Gimeno-Bayón

### FORMULACIÓN DE CASO EVOLUCIONISTA: UN LENGUAJE COMÚN EN PSICOTERAPIA

Ciro Caro García

