

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

**Formulación de caso clínico:
Perspectivas**



123



Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 33, Número 123, Noviembre, 2022 – Online ISSN: 2339-7950

<https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>

Precio de este ejemplar: 10 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 Esquius (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 Esquius

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 Muñiz 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^o 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

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://revistas.uned.es/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.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Director:

director@revistadepsicoterapia.com

Editor:

editor@revistadepsicoterapia.com

Administración:

Secretaría Revista de Psicoterapia

secretaria@revistadepsicoterapia.com

Suscripciones en <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/user/register> o bien rellenado el siguiente

BOLETIN DE SUSCRIPCION y enviándolo al mail de la Administración.

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Pais:

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)

Adjunto cheque bancario núm.:

Contrareembolso

VISA

MasterCard



Tarjeta Nº:

Fecha caducidad: ___ / ___ / ___

Precio de la

suscripción anual electrónica:

Paises comunitarios 30 EUR

Paises extracomunitarios ... 30 EUR

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará I.R.I.F., S.L., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia nº:

Dirección:

Ciudad D.P.

Pais:

Fecha y Firma:



CONTENIDO**Monográfico: Formulación de caso clínico: Perspectivas**
Ciro Caro y Álvaro Quiñones**Editorial**

Formulación de Caso en Psicoterapia: “La Cosa se Mueve”...	1
Ciro Caro y Álvaro Quiñones	

Formulación de Caso: Disolviendo Temáticas Disfuncionales Mediante Regulación de Dominios de Conocimiento Intersubjetivo	7
Álvaro Quiñones y Carla Ugarte	

Formulación de Focos y Articulación de Proyectos Terapéuticos en Terapia Focalizada en la Emoción: Una Aproximación basada en el Análisis de Tareas.....	43
Ciro Caro	

Formulación de caso mediante Mapas Cognitivos Borrosos: Bases conceptuales y metodológicas y ejemplo de caso	79
Luis Botella García del Cid, Estefanía Barrado Mariscal, Alejandro Sanfeliciano y Luis Angel Saúl	

La formulación del caso desde la perspectiva de una mente gobernada por objetivos y creencias	111
Angelo Maria Saliani, Benedetto Astiaso García, Claudia Perdighe, Barbara Barcaccia y Francesco Mancini	

La Formulación Funcional de caso del Modelo Dinámico Maduracional del Apego y el Rol de la Entrevista de Apego Adulto Dentro de la Misma	133
Silvana Milozzi	

——Artículos del monográfico de Libre Acceso——(disponible en abierto a través de <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>)

Formulación de casos basada en datos con el Navegador de Tratamiento de Tréveris	151
Danilo Moggia, Jana Schaffrath, Jana Bommer, Birgit Weinmann-Lutz y Wolfgang Lutz	

Momentos innovadores y formulación de casos: Encontrando recursos al inicio de la terapia	173
Carina Magalhães, Patrícia Pinheiro, Miguel Gonçalves y Jéssica Silva	

—Artículos de Libre Acceso—

(disponible en abierto a través de <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>)

Terminación Prematura en Psicoterapia y Características de los Pacientes: un estudio empírico.....	191
Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde y Marcos Emanuel Mattiello	
La Violencia Doméstica: Psicoterapia Integrativa y Cultura Indígena.....	205
Gilda Marianela Moreno Proaño	
Apropiación de Sí: Una Experiencia Hermenéutica.....	217
Danilo Andrés Rodríguez Lizana y A. Javiera Duarte Soto	
El proceso de aceptación y adaptación a la bisexualidad a través de la terapia cognitivo-conductual con enfoque afirmativo: Estudio de caso único.....	235
Lorenzo Rodríguez Riesco, Sebastián Vivas, Ana M. Ruiz-Duet y Cristina Pérez-Calvo	

CONTENTS

Monographic: Clinical case formulation: Perspectives Ciro Caro y Álvaro Quiñones

From Editor

Case Formulation in Psychotherapy:

A Lot of Movement	1
Ciro Caro & Álvaro Quiñones	

Case formulation:

Dissolving dysfunctional thematic through regulation of intersubjective knowledge domains.....	7
Álvaro Quiñones & Carla Ugarte	

Foci Formulation and Therapeutic Projects Articulation in Emotion-Focused Therapy:

A Task-Analytic Approach	43
Ciro Caro	

Case formulation using Fuzzy Cognitive Maps:

Conceptual and methodological basis and case example	79
Luis Botella García del Cid, Estefanía Barrado Mariscal Alejandro Sanfeliciano, Luis Angel Saúl	

Case formulation in CBT according to a finalistic model of mind

111
Angelo Maria Saliani, Benedetto Astiaso Garcia Claudia Perdighe, Barbara Barcaccia & Francesco Mancini

The Dynamic Maturation Model of Attachment Functional Case Formulation and the Role of the Adult Attachment Interview Within It

133
Silvana Milozzi

—Open Access Monographic Articles—

(accessible through <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>)

Data-Informed Case Formulation with the Trier Treatment Navigator

151
Danilo Moggia, Jana Schaffrath, Jana Bommer, Birgit Weinmann-Lutz & Wolfgang Lutz

Innovative Moments and Case Formulation:

Finding Resources at the Onset of the Therapy	173
Carina Magalhães, Patrícia Pinheiro, Miguel Gonçalves & Jéssica Silva	

——Open Access Articles——

(accessible through <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/archive>)

Premature termination in psychotherapy and patient characteristics: an empirical study.....	191
Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde & Marcos Emanuel Mattiello	
Domestic Violence: Integrative Psychotherapy and Indigenous Culture.....	205
Gilda Marianela Moreno Proaño	
Self appropriation: A hermeneutic experience.....	217
Danilo Andrés Rodríguez Lizana & A. Javiera Duarte Soto	
The process of acceptance and adjustment to bisexuality through cognitive-behavioral therapy with an affirmative approach: Case study	235
Lorenzo Rodríguez Riesco, Sebastián Vivas, Ana M. Ruiz-Duet & Cristina Pérez-Calvo	

EDITORIAL. FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA: “LA COSA SE MUEVE”

FROM THE EDITOR. CASE FORMULATION IN PSYCHOTHERAPY: A LOT OF MOVEMENT

Ciro Caro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6555-0201>
Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España

Álvaro Quiñones

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6993-0324>
Universidad de Tarapacá, Departamento de Ciencias Sociales, Iquique, Chile.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro, C. y Quiñones, A. (2022). Editorial. Formulación de Caso en Psicoterapia: “La Cosa se Mueve”. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 1-6. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35974>

En 2016, la *Revista de Psicoterapia* dedicó un número monográfico a la Formulación de Caso (FC) en psicoterapia (Montesano y Caro, 2016), que era, hasta nuestro conocimiento, la primera contribución de artículos agrupados en torno a este tópico publicada en una revista en español. El número abría con una panorámica sobre el tema (Caro y Montesano, 2016), en la que se subrayaba el valor de la FC como competencia profesional importante pero débilmente establecida y como alternativa al diagnóstico psiquiátrico. No tanto con la intención de simplemente sustituir un medio de abordar el sufrimiento *psíquico* por otro, sino con la de potenciar los modos de abordarlo desde lo propiamente *psicológico* -de lo cual se derivan, obviamente, intenciones terapéuticas que puedan ir más allá de la paliación sintomática. En ese mismo volumen se incluían textos de fundamentación de modelos (el caso de la Terapia Focalizada en la Emoción, Goldman et al., 2016), metateóricos (la FC como práctica basada en la evidencia, Eells, 2016), técnicos (aplicaciones en terapia de pareja sistémica, Montesano, 2016), transteóricos (formulación de la ambivalencia frente al cambio, Oliveira et al., 2016) y profesionales (FC y supervisión apoyada en mapas conceptuales, González-Brignardello, 2016). Se trataba de un ramillete de trabajos, unidos por la intención común de aportar al

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cirocaro@comillas.edu

Dirección postal: Ciro Caro. Universidad Pontificia Comillas. Universidad de Comillas, 3-5. 28049 Madrid

© 2022 Revista de Psicoterapia



lector una especie de muestreo de lo que la FC puede ser y de para qué puede servir.

Una década antes, el *European Journal of Psychological Assessment* se ocupó de esta misma tarea en un número especial (Westmeyer, 2003), esta vez, y como es lógico, poniendo el énfasis en el marco conceptual de la evaluación psicológica. Así, en él se abordaba, entre otros temas, el rol de la FC en el diseño de programas de tratamiento conductual -no en vano, el análisis funcional ha sido durante mucho tiempo el epítome de la conceptualización de casos y, por aquellos años, veían la luz las primeras publicaciones del *protocolo unificado* de Barlow (Moses y Barlow, 2006). También había espacio en este volumen para tratar el papel de la FC en programas de investigación, así como cuestiones de carácter técnico, referidas a la recogida de información y de carácter conceptual, relativas a la estructura de las FC. Otro ramillete de trabajos con una intención fundamentadora de la práctica y el uso de la FC, al que el número de 2016 vino a sumarse.

Más recientemente, el *Journal of Clinical Psychology* dedicó una sección especial al uso de mapas temáticos en FC (Ridley y Jeffrey, 2017), evidenciando el aspecto gráfico de la formulación: tanto en su dimensión de producto explicativo (un esquema y una narrativa accesibles y útiles para clientes y terapeutas), como en su dimensión de proceso más o menos estandarizado (lo que hacen cliente y terapeuta para llegar al mapa o esquema). Otra muestra, creemos, no solo de la variedad de versiones de la FC y de las áreas de desarrollo de la misma como competencia, sino de los distintos vectores en los que “la cosa” va madurando. Especialmente, a medida que conecta con los temas de interés de los profesionales (e.g., enfoques informados por el trauma, asimilación de la perspectiva evolucionista, práctica integrativa, uso de la tecnología en los tratamientos, ciencia de datos, desmedicalización de la salud mental, etc.) o con las necesidades emergentes de la sociedad (e.g., efectos de la adversidad económica, pérdida de raíces en las migraciones forzadas, ruptura de las relaciones intergeneracionales en las sociedades postindustriales, fluidificación de los modelos, las narrativas y la identidad en la postmodernidad, manejo del caos y de la inseguridad en un mundo (post)pandémico, etc.).

Paralelamente, la División de Psicología Clínica de la *British Psychological Association* estableció una guía de buenas prácticas sobre el uso de la formulación en psicología y psicoterapia (DCP, 2011), que pronto trascendió el escenario nacional en el que fue generada. E igualmente, apoyó el desarrollo de planteamientos no reduccionistas sobre el sufrimiento humano como el modelo del “Marco Poder Amenaza Significado” (Johnstone et al., 2018), que se apoyan ampliamente en la formulación. A su vez, los manuales sobre formulación y conceptualización en los que se recogen diversos modelos (Dawson y Moghaddam, 2015; Eells, 2022; Eiroá Orosa et al., 2021; Johnstone y Dallos, 2014/2017; y Kramer, 2019 entre otros) han ido incrementando los recursos disponibles para terapeutas y profesionales de la salud mental. Por no hablar de la proliferación de monografías que desarrollan el modelo de FC propio de enfoques terapéuticos específicos. Más recientemente, Quiñones (2022) ha realizado la primera aportación original en nuestra lengua en

esta área, al articular un modelo de FC completo, y nos atrevemos a decir que no será la última, dado que, dicho coloquialmente, parece que “la cosa se mueve”.

Parte de ese movimiento es este monográfico, en el que un ramillete más de trabajos se pone a disposición de los lectores. En esta ocasión, asumiendo la intención de ir un poco más allá de la fundamentación de la FC, para abordar cinco vectores clave que revisamos brevemente a continuación:

1. La sofisticación y sistematización de los procedimientos: Botella et al. (2022) presentan un protocolo que permite “radiografiar” y representar la dinámica psicológica de la persona; tanto Quiñones y Ugarte (2022) como Milozzi (2022) aportan modelos de entrevista que permiten hacer valoraciones en profundidad, así como el seguimiento de los cambios; Magalhães et al. (2022) utilizan un protocolo de entrevista para identificar fortalezas; y Caro (2022) presenta un modelo de entrenamiento destinado a guiar a los terapeutas en el proceso de formular un foco y de articular un proyecto de cambio terapéutico.
2. La identificación de constructos clave sobre los que pivotan los problemas y los intentos de solución: Quiñones y Ugarte (2022) introducen un modelo que pone en el centro de la formulación la noción de *tema inter-subjetivo disfuncional*; Caro (2022) enfatiza la identificación de aquello que constituye el *dolor nuclear* del cliente; Botella et al. (2022) apuntan la evaluación del sistema de significados personales del sujeto mediante la “técnica de la rejilla”; y Saliari et al. (2022), buscan localizar el *perfil interno del trastorno* como combinación de los pensamientos que determinan emociones dolorosas; mientras que Milozzi (2022) se pregunta por la estrategia de apego de la persona, que le ha permitido resolver retos evolutivos de la mejor manera posible.
3. La búsqueda de una personalización mayor de las intervenciones y el ejercicio de una psicoterapia de precisión: Moggia et al. (2022) subrayan la pertinencia de adaptar el tratamiento según variables clave del cliente que poseen relevancia en términos estadísticos, sin hacer depender la decisión de los sesgos del clínico; Magalhães et al. (2022) buscan iluminar el lado frecuentemente ignorado de las *fortalezas* singulares de la persona y ofrecen los medios para introducir este recurso desde las primeras sesiones; Quiñones y Ugarte (2022) resaltan la importancia de la relación entre lo *nomotético/idiográfico* y la “voz del paciente” con un énfasis en el Sistema Self para fundamentar intervenciones personalizadas; Caro profundiza en la idea de *proyecto terapéutico* como “entidad interaccional” -análoga y opuesta a la noción de “trastorno”- con la pretensión aportar un concepto alternativo al más lineal de “plan de tratamiento”; y Milozzi (2022) ofrece medios para fundamentar el juicio clínico sobre lo que es posible y lo que no para la persona, en función de los logros de su historia evolutiva.
4. Los fenómenos de circularidad o recursividad que perpetúan los proble-

mas, y que invitan a formular dinámicamente en un nivel que trasciende lo sintomático: Quiñones y Ugarte (2022) subrayan que los problemas psicológicos se conceptualizan como un sistema complejo de dominios de conocimiento intersubjetivo disfuncionales -de primer y segundo orden- interactuando dinámicamente en un tema (Tema Intersubjetivo Disfuncional), con sello de malestar y/o desregulación psicológica en un contexto interpersonal situado y cultural; Caro (2022) destaca los *procesos interruptores* de la experiencia emocional como claves que bloquean el acceso a las emociones primarias y la articulación de los sentimientos y necesidades que constituyen el dolor nuclear; Milozzi (2022) ofrece claves para entender la *funcionalidad de los síntomas* en términos adaptativos, allí donde las necesidades de protección y las respuestas de las figuras de apego se desajustaron; Salliani et al. (2022) iluminan los factores mantenedores de carácter interpersonal e intrapersonal, que refuerzan la credibilidad de las creencias disfuncionales; y Botella et al. (2022) ubican la tensión cambio-no cambio en la incompatibilidad entre constructos personales, que se hace patente cada vez que el proceso de reconstrucción genera una modificación que aproxima al cliente a este conflicto.

5. El uso de la tecnología en la FC: Botella et al. (2022) informan sobre un software que permite confeccionar *mapas* borrosos con los que realizar simulaciones junto al cliente, a fin de ayudarlo a comprender su dinámica y a explorar los “riesgos” del cambio; y Moggia et al. (2022) presentan un sistema de apoyo a las decisiones clínicas basado algoritmos de *machine learning* que maximizan el uso de la información estadística procedente de las bases de datos sobre procesos de terapia.

Todos los trabajos publicados en este monográfico contribuyen, de una manera u otra, para dirigir fuerza en la dirección y el sentido indicados por los cuatro primeros vectores. Por ese motivo, creemos que los comentarios anteriores son tan solo un repaso entre los muchos posibles y dejamos al lector la tarea de examinarlos, leyendo cada artículo y extrayendo sus propias conclusiones. Quedan temas en el tintero, que quizá en el futuro alimenten otro monográfico, como la contribución de la FC a los tratamientos transdiagnósticos y basados en procesos; los fenómenos de juicio clínico y la supervisión de las actividades de formulación; la conceptualización de cuestiones candentes y espinosas, como las consultas que realizan las personas que acuden a terapia cuando comparten sus experiencias en torno al género y la identidad; o el reto de establecer puentes entre los modelos de formulación en psicología y psiquiatría. Un largo etcétera de temas que nos hace suponer un futuro vibrante para el tópico -no exento de contradicciones y conflictos-, en el que es necesario seguir avanzando, para que la honrosa pretensión de facilitar el acceso a la psicoterapia y a recursos de salud mental de calidad a todo el mundo sea creíble (ver por ejemplo Turpin et al, 2008).

Para ir concluyendo, nos hacemos eco de la denuncia de Ridley et al. (2017),

para quien la “*case mis-conceptualization*” es un problema clínico persistente del que es preciso ocuparse. Esperamos que esta contribución ayude a paliarlo, e invitamos a los lectores a sumergirse en el tema con ánimo constructivo y reflexivo, pero, sobre todo, a rescatar todo aquello que sientan que les conecta de modo inmediato con la práctica y a llevarlo tentativamente a la consulta.

Finalmente, celebramos la aparición de este monográfico que esperamos visibilice la relevancia de la FC en la formación de los psicoterapeutas. Esperamos que disfruten del contenido de lo expuesto y les confesamos que fue un gusto colaborar con el equipo de la *Revista de Psicoterapia* en la preparación de este número.

Referencias

- Botella, L., Barrado, E., Sanfeliciano, A. y Saúl, L. A. (2022). Formulación de caso mediante mapas cognitivos borrosos: Bases conceptuales y metodológicas y ejemplo de caso. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 79-110. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35946>
- Caro, C. (2022). Formulación de focos y articulación de proyectos terapéuticos en terapia focalizada en la emoción: Una aproximación basada en el análisis de tareas. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 43-77. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35764>
- Dawson, D. L. y Moghaddam, N. G. (2015). *Formulation in action. Applying psychological theory to clinical practice [Formulación en acción. Aplicando la teoría psicológica a la práctica clínica]*. De Gruyter Open.
- Division of Clinical Psychology, DCP (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation [Guía de buenas prácticas en formulación de caso]*. British Psychological Society.
- Eells, T. D. (2016). ¿Qué es una formulación de caso basada en la evidencia? *Revista De Psicoterapia*, 27(104), 47-57. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.125>
- Eells, T. D. (2022). *Handbook of case formulation [Manual de formulación de casos]* (3ª ed.). Guilford Press.
- Eiroá Orosa, F. J., Fernández Gómez, M. J. y Nieto Luna, R. (2021). *Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI*. Editorial UOC.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.126>
- González-Brignardello, M. P. (2016). La formulación de caso en supervisión clínica: Proceso colaborativo apoyado por mapas conceptuales. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 101-118. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.121>
- Johnstone, L. y Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis [El marco de significado de amenaza de poder: hacia la identificación de patrones en angustia emocional, experiencias inusuales y comportamiento problemático o problemático, como una alternativa al diagnóstico psiquiátrico funcional]*. British Psychological Society
- Johnstone, L. y Dallos, R. (Eds.) (2017). *Formulation in Psychology: Making sense of people's problems* (2ª Ed.) [La formulación en la psicología y la psicoterapia: Dando sentido a los problemas de la gente]. Routledge. (Trabajo original publicado en 2014)
- Kramer U. (Ed.) (2019). *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client [Formulación de casos para trastornos de la personalidad: adaptando la psicoterapia al cliente individual]*. Academic Press.
- Magalhães, C., Pinheiro, P., Silva, J. y Gonçalves, M. M. (2022). Innovative moments and case formulation: Finding resources at the onset of the therapy [Momentos innovadores y formulación de casos: encontrar recursos al inicio de la terapia]. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 173-190. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35947>
- Milozzi, S. (2022). La formulación funcional de caso del modelo dinámico maduracional del apego y el rol de la entrevista de apego adulto dentro de la misma. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 133-150. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35949>

- Moggia, D., Schaffrath, J., Bommer, J., Weinmann-Lutz, B. y Lutz, W. (2022). Data-informed case formulation with the Trier Treatment Navigator. [Formulación de casos basada en datos con el Navegador de Tratamiento de Tréveris]. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 151-171. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35971>
- Montesano, A. (2016). El diagrama circular en terapia de pareja: Un mapa relacional para guiar el proceso terapéutico. *Revista De Psicoterapia*, 27(104), 59–82. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.124>
- Montesano, A. y Caro, C. (2016). Editorial: Formulación de caso en psicoterapia [Editorial]. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 1-3. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.128>
- Moses, E. B. y Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science [Un nuevo enfoque de tratamiento unificado para los trastornos emocionales basado en la ciencia de la emoción]. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 146-150. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00425.x>
- Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. y Ribeiro, A. P. (2016). Cómo lidiar con la ambivalencia en psicoterapia: Un modelo conceptual para la formulación de caso. *Revista De Psicoterapia*, 27(104), 83–100. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.122>
- Quiñones, A. (2022). *Formulación de caso evolucionista: Un lenguaje común en psicoterapia*. Ril Editores.
- Quiñones, A. y Ugarte, C. (2022). Formulación de caso: Disolviendo temáticas disfuncionales mediante regulación de dominios de conocimiento intersubjetivo. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 7–41. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35620>
- Ridley, C. R. y Jeffrey, C. E. (2017). Thematic mapping in case conceptualization: An Introduction to the special section [Mapeo temático en la conceptualización de casos: una introducción a la sección especial]. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 353–358. <https://doi.org/10.1002/jclp.22355>
- Ridley, C. R., Jeffrey, C. E. y Roberson, R. B. (2017). Case Mis-Conceptualization in psychological treatment: An enduring clinical problem [Concepto erróneo de casos en el tratamiento psicológico: un problema clínico persistente]. *Journal of Clinical Psychology*, 73(4), 359–375. <https://doi.org/10.1002/jclp.22354>
- Saliani, A. M., Astiaso Garcia, B., Perdighe, C., Barcaccia, B. y Mancini F. (2022). La formulación del caso desde la perspectiva de una mente gobernada por objetivos y creencias. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 111-132. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35674>
- Turpin, G., Richards, D., Hope, R. y Duffy, R. (2008). Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271–280.
- Westmeyer, H. (2003). Clinical case formulation: Introduction to the special issue [Formulación de casos clínicos: Introducción al número especial]. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 161-163. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.3.161>

FORMULACIÓN DE CASO: DISOLVIENDO TEMÁTICAS DISFUNCIONALES MEDIANTE REGULACIÓN DE DOMINIOS DE CONOCIMIENTO INTERSUBJETIVO

CASE FORMULATION: DISSOLVING DYSFUNCTIONAL THEMATIC THROUGH REGULATION OF INTERSUBJECTIVE KNOWLEDGE DOMAINS

Álvaro Quiñones

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6993-0324>

Universidad de Tarapacá, Departamento de Ciencias Sociales, Iquique, Chile

Carla Ugarte

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8130-131X>

Universidad Adolfo Ibáñez, Escuela de Psicología,
Centro de Estudios de la Conducta alimentaria, Santiago, Chile

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Quiñones, A. y Ugarte, C. (2022). Formulación de caso: Disolviendo temáticas disfuncionales mediante regulación de dominios de conocimiento intersubjetivo. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 7-41. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35620>

Resumen

El presente texto surge de un programa de investigación en procesos de psicoterapia cuyo principal objetivo es contribuir a comprender y cambiar el significado intersubjetivo que implica malestar y/o desregulación psicológica, y que denominamos Tema Intersubjetivo Disfuncional. Concretamente, abordamos lo siguiente: a) se plantea un modelo de formulación de caso con sello evolucionista que esencialmente emerge de la investigación cualitativa de procesos psicoterapéuticos completos, relaciona e integra lo nomotético e idiográfico y lo paradigmático y narrativo, b) se describe el protocolo de formulación de caso evolucionista (FCE) compuesto de tres secciones: Formulación de Caso_Evaluación, Formulación de Caso_Intervención y Entrevista de Valoración de Proceso, y c) se presenta un caso clínico que ejemplifica la elaboración de la conceptualización inicial, utilizando el FCE_Evaluación.

Palabras claves: *self, psicoterapia, significado, narrativas, formulación de caso, evolucionista*

Abstract

The present text arises from a research program in psychotherapy processes whose main objective is to contribute to understanding and changing intersubjective meaning involving psychological distress and/or dysregulation, which we call the Dysfunctional Intersubjective Theme. Specifically, we address the following a) we propose an evolutionary case formulation model that essentially emerges from qualitative research of complete psychotherapeutic processes, relates and integrates the nomothetic and idiographic and the paradigmatic and narrative, b) we describe the evolutionary case formulation protocol (FCE) composed of three sections: Case Formulation_Evaluation, Case Formulation_Intervention and Process Appraisal Interview, and c) a clinical case is presented that exemplifies the elaboration of the initial conceptualization, using the FCE_Evaluation.

Keywords: *self, psychotherapy, meaning, narratives, case formulation, evolutionary*

Fecha de recepción v1: 01/08/2022. Fecha de recepción v2: 27/09/2022. Fecha de aceptación: 11/10/2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: aquinones@academicos.uta.cl

Dirección postal: Álvaro Quiñones. Universidad de Tarapacá, Departamento de Ciencias Sociales, Avenida Luis Emilio Recabarren 2477, Iquique, Tarapacá, Chile

© 2022 Revista de Psicoterapia



A modo de contexto, la formulación de caso (FC) y sus aportes crecientes al óptimo ejercicio de la psicoterapia nos señala sin ambigüedades que es una herramienta integradora e indispensable para los psicoterapeutas (Eells, 2015, 2022; Kramer, 2019). Sumado a lo anterior, para los autores del presente artículo es relevante enfatizar que la FC y la investigación de procesos completos en psicoterapia contribuyen a generar un mayor marco comprensivo e integrador de los procesos psicológicos involucrados en patrones disfuncionales que etiquetamos como un tema con tensión intersubjetiva, que es una narración unificadora y dominante, y que buscamos sustituir por patrones funcionales a través de la psicoterapia (Quiñones, 2022; Quiñones et al., 2017).

La formulación de caso evolucionista (FCE) que se presenta es parte de un programa de investigación de procesos de psicoterapia cuyo principal objetivo es contribuir a comprender y cambiar el significado intersubjetivo que se denomina “Tema Intersubjetivo Disfuncional” y que implica malestar y desregulación psicológica (Quiñones, 2013, 2022). Esencialmente emerge de la investigación cualitativa de procesos psicoterapéuticos completos (Quiñones et al., 2012, 2015, 2017), integra lo nomotético e idiográfico y lo paradigmático y narrativo (Bruner, 1986, 1997; Bruner y Kalmar, 1998; Castonguay et al., 2019; Chu y Leino, 2017; Frommer y Rennie, 2001; Harvey et al., 2004; Norcross y Lambert, 2019; Norcross y Wampold, 2019; Soto et al., 2018; Levitt et al., 2016; Robinson y Hawpe, 1986).

El sello evolucionista del modelo de formulación de caso se inspira en que los Homo Sapiens son “criaturas culturales”, procesadores activos de información, conocimiento social, trasmisores de elementos de la cultura y acumulación cultural de conocimientos (Bender, 2020; Colagè y d’Errico, 2018; Leakey y Lewin, 1992). Entre muchas potencialidades cognitivas, por ejemplo, son capaces de detectar, generar información, recibir información y transformarla en conocimiento personal en un contexto de tejido intersubjetivo cultural.

El lenguaje, fenómeno colectivo y herramienta esencial de representación de la realidad social, es un poderoso “instrumento” evolutivo de coordinación social, colaboración, auto interpretación e interpretación de otros (Dewart, 1989; Fisher, 1987; Fisher y Marcus, 2006), que posibilita a nivel individual distinguir y organizar información y conocimiento de diferentes “modalidades autorreferenciales de información y potencialmente generadoras de significado” (Cognición, Emoción, Interpersonal, Imaginación, Corporalidad, Sexualidad y Religiosidad/Espiritualidad) a través de un Sistema Self complejo y dinámico que genera significado intersubjetivo de autocomprensión y heterocomprensión a través de una red de narrativas jerarquizadas (Quiñones, 2022).

Las narrativas dan posibilidades de significado intersubjetivo a los seres humanos, debido a que permiten estar en el mundo en diferentes posibles patrones idiográficos de autocomprensión conscientes a través de narraciones sobre uno mismo y los demás con grados de agencia (“una dimensión del Sistema Self”). Por tanto, las posibilidades interpretativas del lenguaje/narrativas posibilitan la

transformación de la información autogenerada por la persona, y recibida de otros, en conocimiento personal con grados de continuidad y coherencia en una identidad narrativa en proceso (narrativa de quién era, quién es y en quién puede convertirse). Es decir, las narrativas que las personas construyen sobre los acontecimientos contribuyen a la capacidad de extraer significados de ellos. En tal sentido, se destaca: ... ayudar a las personas a apropiarse de sí mismas a través de una narrativa que les permita auto-regulación, salud, autoestima y agencia, por ejemplo, es una «piedra angular» en los esfuerzos psicoterapéuticos para lograr escalonadamente un cambio que implique al mismo tiempo bienestar y regulación psicológica. (Quiñones, 2022, pp.32)

Formulación de Caso Evolucionista

El modelo de formulación de caso evolucionista (FCE) se define como *una metodología psicológica que permite organizar información clínica y se fundamenta en la colaboración entre una persona que solicita ayuda y un psicoterapeuta. Además, es una relación de tiempo limitado que se da en un contexto intersubjetivo/cultural y que tiene por propósito describir y explicar la alteración psicológica de manera comprensible para el paciente*. Particularmente, en términos del proceso psicoterapéutico permite:

Primero, facilitar al psicoterapeuta, como observador participante, contar con un mapa conceptual.

Segundo, describir procesos nomotéticos y transitar a lo idiográfico en razón de que identifica un Tema Intersubjetivo Disfuncional.

Tercero, plantear una hipótesis co-construida y comunicada a través de formulaciones psicológicas graduales.

Cuarto, elaborar un plan de intervención flexible y ajustable que facilite obtener resultados terapéuticos exitosos según objetivos terapéuticos acordados.

Quinto, objetivar con indicadores co-construidos la trayectoria del proceso psicoterapéutico (Quiñones, 2022).

La estructura procesal del Modelo de Formulación de Caso Evolucionista está configurada por dominios de conocimiento intersubjetivos (primer y segundo orden). El dominio de primer orden es el Sistema Self y los dominios de segundo orden son: Cognición, Emoción, Interpersonal, Imaginación, Corporalidad, Sexualidad, Religiosidad/Espiritualidad (véase Figura 1). Dominios que pueden comportarse de manera funcional o disfuncional.

Figura 1

Dimensiones Evolucionistas de Construcción de Significado Intersubjetivo



Cada uno de los dominios de conocimiento intersubjetivo de segundo orden se evalúan según dos dimensiones “Malestar Psicológico-Bienestar Psicológico” y “Desregulación Psicológica-Regulación Psicológica” (véase Figura 2). Utilizar dos dimensiones de valoración obedece al principio de la navaja de Ockham (la ley de la parsimonia) para evitar la proliferación de número de ejes de valoración.

Figura 2

Ejes de Valoración Dual

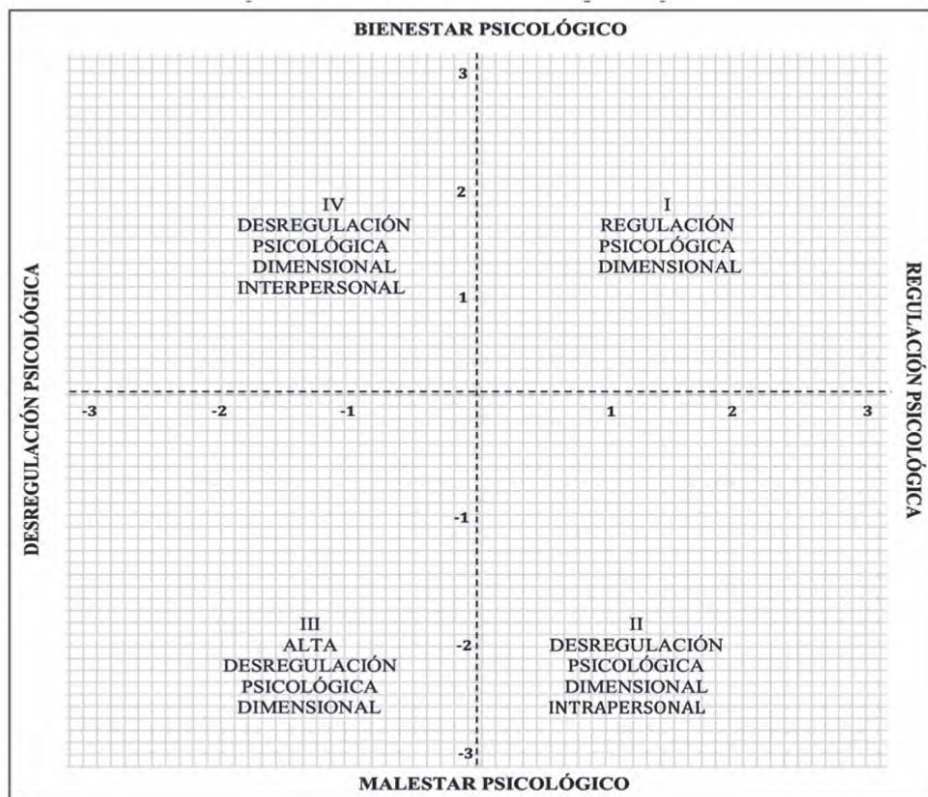
Malestar Psicológico				Bienestar Psicológico		
Alto	Moderado	Leve	Neutro	Leve	Moderado	Alto
-3	-2	-1	0	1	2	3
Desregulación Psicológica				Regulación Psicológica		
Alta	Moderada	Leve	Neutro	Leve	Moderada	Alta
-3	-2	-1	0	1	2	3

Además, la evaluación psicológica inter-dominios permite representar los dominios de conocimiento intersubjetivo de segundo orden. Como se muestra a continuación, el terapeuta puede representar en función de las puntuaciones el siguiente plano que muestra cuatro cuadrantes posibles: I Regulación psicológica dimensional; II Desregulación psicológica dimensional Intrapersonal; III Alta desregulación psicológica dimensional; IV Desregulación psicológica dimensional interpersonal (véase Figura 3). Y además se visualiza la disfuncionalidad en los tres siguientes cuadrantes II, III y IV como una constelación dinámica, compleja y sinérgica que se denomina “Tema Intersubjetivo Disfuncional”. Es de señalar, que el nombre de los cuadrantes está en función de la gravedad. El cuadrante I es sinónimo de un procesamiento psicológico saludable (*La regulación psicológica*

dimensional y el sentido de realidad intersubjetivo adaptativo) y el cuadrante III es el que presenta mayor disfuncionalidad.

Figura 3

Cuadrantes de Evaluación Psicológica



En otro orden de cosas, el modelo de formulación de caso evolucionista (FCE) tiene ocho premisas:

1. Se entiende al ser humano como un sistema autoorganizado en una matriz intersubjetiva cultural. Sistema individual con identidad (dimensiones de continuidad y articulación de significado social) que se desarrolla posibilitado por una organización dinámica que es un proceso corporal, psicológico, temporal, social y cultural.
2. El Sistema Self permite la intencionalidad, autorregulación, proactividad y autorreflexión situada intersubjetiva y culturalmente. Es ubicuo en el procesamiento de información y creación de significado individual a través del ciclo vital (véase Figura 1). Se compone de: Auto-narrativa/Coherencia, Sentido de Agencia/Eficacia, Sentido del Tiempo/Balance, Autoestima/Autoengaño y Autocuidado/Salud (véase Tabla 1). Es el

dominio primordial e inclusivo (primer orden) que hace de articulador (“Centro de gravedad narrativa”) de los siete dominios de conocimiento intersubjetivo de segundo orden.

Tabla 1

Dominio de Conocimiento Intersubjetivo de Primer Orden

Sistema Self	FCE_Evaluación	FCE_Intervención
Auto-narrativa/Coherencia		
Sentido de Agencia/Eficacia		
Sentido del Tiempo/Balance	¿Hay alteración?	¿Hay progreso?, ¿Hay regulación?
Autoestima/Autoengaño		
Autocuidado/Salud		

3. Los siete dominios de conocimiento intersubjetivo de segundo orden pertenecen a diferentes dominios fenomenológicos e interactúan entre sí articulados por el Sistema Self. A saber, “son sensores intersubjetivos” que están preparados para aportar sentido y regulación en la vida social. Son nuestro potencial evolutivo (“nuestra maquinaria biológica intencional”) para vivir coordinadamente en la intersubjetividad cultural (véase Tabla 2).
4. Los problemas psicológicos se conceptualizan como dificultades de regulación que se manifiestan a través de temáticas que tienen características nomotéticas e idiográficas.
5. El *tema intersubjetivo disfuncional* [TID] se comprende como un patrón (“Gestalt”) de información y conocimiento individual en una red intersubjetiva cultural. Emerge de la sinergia de los dominios de conocimiento intersubjetivo que funcionan de manera disfuncional y que se identifica como una narrativa disfuncional que implica tensión intersubjetiva.
6. Cada dominio de conocimiento intersubjetivo que se comporta de manera disfuncional es posible de evaluar de manera individual (dinámica propia con posibles configuraciones “intra”) y en relación a otros dominios (sinergia y complejidad).
7. Todos los dominios de conocimiento intersubjetivo pueden contribuir al escalamiento narrativo¹ que el Sistema Self regula, articula y posibilita para que emerja una narrativa funcional y saludable (véase Quiñones, 2022).

Tabla 2*Dominios de Segundo Orden y Contribución al Tema Intersubjetivo Disfuncional*

Dominios de segundo orden	Procesos	Evaluación	Intervención
Cognición	1. Alteraciones cognitivas 2. Alteraciones en metacognición 3. Alteraciones en funciones ejecutivas		
Emoción	1. Alteración de conciencia emocional 2. Desregulación emocional		
Interpersonal	1. Relaciones personales 2. Vida en pareja		
Imaginación	1. Imaginación interfiere la coherencia experiencial 2. Imaginación interfiere la solución de problemas		
Corporalidad	1. Falta de energía/fatiga 2. Déficit de representación mental del cuerpo 3. Insuficiente cuidado corporal 4. Amplificación somatosensorial 5. Alteraciones de la interocepción	Indique y pondere qué procesos del dominio aportan al malestar y/o desregulación psicológica	
Sexualidad	1. Comunicación sexual deficitaria con la pareja 2. Ausencia de confianza sexual con la pareja 3. Ausencia de comodidad con la intimidad sexual 4. Sexualidad insatisfactoria 5. Ausencia de interés sexual 6. Ansiedad sexual 7. Estrés sexual 8. Disfunción sexual 9. Busca satisfacción de necesidades y deseos sexuales fuera de su relación amorosa 10. Abuso de sustancias y sexo 11. Abuso de pornografía		¿Hay progreso? ¿Hay regulación?
Religiosidad/Espiritualidad	1. Creencias religiosas y/o espirituales interfieren re-significar eventos 2. Creencias religiosas y/o espirituales interfieren afrontar adaptativamente		

8. La regulación psicológica dimensional y el sentido de realidad intersubjetivo adaptativo es lo que se pretende lograr en un proceso terapéutico exitoso. Tal resultado se identifica con el cuadrante I (“Regulación Psicológica Dimensional”, véase Figura 3). Por Regulación Psicológica Dimensional se alude a diversas posibilidades de bienestar y regulación psicológica indivi-

dual (tales resultados se identifican con diversas posibilidades en función del perfil de dominios de conocimiento intersubjetivos en el cuadrante I). En otras palabras, es lo que se entiende como salud psicológica en el modelo de formulación de caso evolucionista. Y por Sentido de Realidad Intersubjetivo Adaptativo se alude al funcionamiento sinérgicamente articulado y fluido de los dominios de conocimiento intersubjetivos (primer y segundo orden) que proporcionan al sistema autoorganizado “ser humano” tener un consciente sentido existencial y regulación en la vida social. Tal sentido de realidad se pesquisa en la intencionalidad, autorregulación, proactividad y autorreflexión situada intersubjetivamente y culturalmente por parte del sistema humano individual.

Formulación de Caso Evolucionista y el Proceso de Co-construcción Temática

Para empezar, la formulación de caso evolucionista [FCE] se inicia identificando un “*Tema intersubjetivo disfuncional*” y el perfil de los dominios de conocimiento intersubjetivo disfuncionales implicados. Hay dos particularidades:

En primer lugar, un *Tema Intersubjetivo Disfuncional* (TID) se comprende como una dinámica activa de información y conocimiento que se da en la representación intersubjetiva del paciente y se operacionaliza como un perfil de *Dominios Intersubjetivos Disfuncionales* que interfieren la regulación psicológica y bienestar psicológico. Más precisamente, el TID alude a experiencias que se suman e integran en la memoria y se vivencian con tensión intersubjetiva en el *presente existencial* a través de una narrativa disfuncional. En otras palabras, es una suerte de “área de información y conocimiento en formato narrativo” que presenta grados de *desregulación psicológica y malestar psicológico*.

En segundo lugar, un *Tema Intersubjetivo Disfuncional es idiográfico* y surge en un marco histórico (personal), contextual y cultural. Por tanto, también las temáticas son *nomotéticas*, por ejemplo: Intimidad psicológica, hipercontrol, postergación, abandono, etcétera. Se revela en una *Narrativa Disfuncional* y toma forma a través de una trama psicológica problemática en función de la historia personal.

En el hacer psicoterapia con una debida sensibilidad intersubjetiva, una pregunta que todo terapeuta se hace, es la siguiente: “¿Qué le ocurre al paciente que comunica sufrimiento psicológico?”. Lo primero que se debe intentar lograr es captar el íntimo significado comprendiendo la auto-narrativa principal. Al mismo tiempo, esa pregunta debe ser especificada en términos de procesamiento psicológico para ser respondida parcialmente en el inicio del proceso psicoterapéutico por el paciente con la empatía y sensible colaboración y guía del terapeuta, de modo de plantear una hipótesis comprensible que permita un plan de trabajo conjunto.

Un camino con dirección para empezar a responder la pregunta mencionada, es tantear, explorar, sondear e investigar por los “ingredientes psicológicos” que aparecen en el relato y motivo de consulta y su posterior co-construcción temática en el proceso de evaluación (Tema Intersubjetivo Disfuncional). En “este ir y venir

hermenéutico” se analizan y evalúan los *Dominios de Conocimiento Intersubjetivos Disfuncionales* a través de los dos ejes: Malestar Psicológico-Bienestar Psicológico y Desregulación Psicológica-Regulación Psicológica.

También, hay aspectos a destacar en la FCE que facilitan la observación y reflexión conjunta de la díada Terapeuta/Paciente para generar una *tematización* que facilite la autocomprensión en el paciente. Es así, que se ayuda al terapeuta con ejes temáticos posibles que son nomotéticos [véase en Tabla 3: especifique eje(s) temático(s)]. Es importante subrayar, que tanto la experiencia clínica y el entrenamiento terapéutico, es lo principal a la hora de colaborar con sensibilidad y eficiencia en delimitar un Tema Intersubjetivo Disfuncional (Idiográfico).

Como se observa en “*especifique eje temático*” hay varias posibilidades de Temas disfuncionales que son frecuentes. Se puede nombrar la “pérdida” con una narrativa disfuncional “*siempre termino solo*”; “*injusticia*” con una narrativa disfuncional “*No tolero la desigualdad*”, etcétera.

A continuación se realizan las preguntas sobre: “¿Comienzo del tema?” “¿Curso?”. Ambas aluden a la evaluación de cronología y desarrollo del tema conflictivo. Es apreciable indicar que la narrativa descriptiva es fundamental para comenzar a situar el problema psicológico en el contexto de la vida de la persona.

En penúltimo lugar se pregunta sobre sucesos relevantes que afecten a la persona y/o estresores presentes: “¿Existen sucesos de la vida relevantes y/o estresores precipitantes?”. Dilucidar este aspecto es fundamental, puesto que los estresores afectan la existencia y el bienestar personal dependiendo de la gravedad, por ejemplo: una enfermedad crónica, divorcio, muerte de un ser querido, etcétera.

En último lugar se explora sobre posibles necesidades psicológicas que no estén siendo satisfechas. “¿Hay frustración de las necesidades psicológicas básicas: competencia, autonomía, relación?”. Está última pregunta de la primera parte de la FCE, alude a la teoría de las necesidades psicológicas básicas (Ryan y Deci, 2000) que establece la existencia de tres necesidades psicológicas (competencia, relación y autonomía) que necesitan ser satisfechas por las personas para su desarrollo psicológico y su bienestar óptimo personal (Deci y Ryan, 2000). Además, las necesidades básicas cuando se frustran son fuente de una variedad de formas desadaptativas como ha sido muy bien documentado (Ryan y Deci, 2017).

A saber, las personas pueden diferir en términos de cuán subjetivamente destacadas son estas necesidades o cuán centralmente se representan las necesidades en sus objetivos personales y estilos de vida, y estas diferencias individuales pueden afectar la satisfacción de las necesidades. Ahora bien, lo esencial es la suposición de que una mayor satisfacción de la necesidad básica dará como resultado un mejor bienestar, y una mayor frustración de la necesidad disminuirá el bienestar, independientemente de estos factores condicionales (Ryan y Deci, 2017). En consecuencia, es importante empezar a responder tal pregunta desde el inicio porque el *Tema Intersubjetivo Disfuncional* [TID] se desarrolla también en un contexto de frustración de las necesidades psicológicas de competencia, autonomía y relación.

Tabla 3*Formulación de Caso Evaluación: Primeras Dimensiones de Análisis²*

Motivo de consulta (<i>en palabras del paciente</i>):
I. CONCEPTUALIZACIÓN TEMÁTICA
Tema Intersubjetivo Disfuncional (co-construcción):
<small>(marcar presencia)</small>
Especifique eje(s) temático(s): Intimidad psicológica <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Justiciero <input type="checkbox"/> Poder <input type="checkbox"/> Incompetencia <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Inferioridad <input type="checkbox"/> Grandiosidad <input type="checkbox"/> Pérdida <input type="checkbox"/> Complacer <input type="checkbox"/> Superioridad moral <input type="checkbox"/> Inautenticidad <input type="checkbox"/> Libertad <input type="checkbox"/> Incontrolabilidad <input type="checkbox"/> Certeza <input type="checkbox"/> Desconfianza <input type="checkbox"/> Perfeccionismo <input type="checkbox"/> Traición <input type="checkbox"/> Oposición <input type="checkbox"/> Soledad <input type="checkbox"/> Limitación <input type="checkbox"/> Sabotearse <input type="checkbox"/> Trascender <input type="checkbox"/> Desprecio <input type="checkbox"/> Hipercontrol <input type="checkbox"/> Hipercrítica <input type="checkbox"/> Discriminación <input type="checkbox"/> Competir <input type="checkbox"/> Celos <input type="checkbox"/> Postergación <input type="checkbox"/> Desarraigo <input type="checkbox"/> Autosacrificio <input type="checkbox"/> Carencia paterna <input type="checkbox"/> Carencia materna <input type="checkbox"/> Adicción tecnológica <input type="checkbox"/> Otros: _____
Narrativa Disfuncional:
¿Comienzo del Tema(s)?, ¿Curso?
¿Existen sucesos de la vida relevantes y/o estresores precipitantes?
¿Hay frustración de las necesidades psicológicas básicas: competencia, autonomía, relación?

Para concluir, hay cuatro supuestos procedimentales que son necesarios de explicitar en el protocolo de *Formulación de Caso Evolucionista* [FCE]:

- 1) Comenzar con una tematización comunicada por el terapeuta sobre el sufrimiento y desregulación psicológica del paciente facilita una auto-comprensión inicial que brinda posibilidades de avanzar en dirección a una nueva regulación psicológica.
- 2) Es ventajoso para una mejor comprensión del análisis psicológico, poder describir y explicar un proceso terapéutico sesión a sesión según una guía para la formulación psicológica.
- 3) Evaluar y pesquisar los indicadores de cambio que se descubren conjuntamente (refutan o confirman) entre terapeuta y paciente, es beneficioso para la intensa sintonía intersubjetiva en el particular encuentro existencial por un “tiempo delimitado por objetivos terapéuticos”.
- 4) Conocer hipotéticamente y poder representar “dónde se encuentra el paciente psicológicamente” (cuadrantes), es esencial para co-corriger oportunamente y avanzar de manera eficiente hacia la *regulación psicológica dimensional* y *el sentido de realidad intersubjetivo adaptativo*.

Formulación de Caso Evolucionista: Protocolo

El Modelo de Formulación de Caso Evolucionista (Protocolo) tiene tres secciones³ complementarias para orientar, evaluar y monitorear el proceso psicoterapéutico que se describen brevemente a continuación:

1ª **FCE_Evaluación (FCE_E)**: Busca delimitar una temática intersubjetiva disfuncional con un lenguaje comprensible, evaluar dimensionalmente los dominios disfuncionales involucrados (perfil), representar los dominios según los ejes de análisis (M-B/D-R), explicitar los objetivos terapéuticos, señalar las reformulaciones psicológicas principales y comunicar una hipótesis clínica psicológica.

Específicamente desde un punto de vista de proceso, la FCE_E, se utiliza para la evaluación psicológica y devolución psicológica. En otras palabras, es abrir una posibilidad a la “generación del andamiaje para el cambio”.

La experiencia con psicoterapeutas que utilizan la formulación de caso evolucionista, señala que 2 o 3 sesiones son suficientes para conseguir una formulación psicológica óptima de la problemática de paciente. Formulación que va siendo progresivamente ajustada en el proceso de psicoterapia (FCE_I).

2ª **FCE_Intervención (FCE_I)**: Orienta el trabajo sistemático de reconstrucción de la experiencia psicológica del paciente en diversas situaciones en que experimente malestar psicológico y/o desregulación psicológica (Tematización).

Facilita el trabajo sistemático de monitoreo y valoración de progresos en la modificación del Tema Intersubjetivo Disfuncional (TID). Además, presenta diferentes indicadores de cambio en diferentes niveles de complejidad y permite valorar secuencialmente el cumplimiento de objetivos y cambio psicológico alcanzado (véase en el protocolo “a.4” y “a.5”).

A modo de experiencia acumulada en su utilización, la experiencia de psicoterapeutas señala que cada 4 o 5 sesiones es oportuno realizar la FCE_I.

3ª **Entrevista de valoración del proceso de psicoterapia (EVP)**: Entrevista de 14 preguntas que busca valorar el proceso terapéutico desde la vivencia del paciente (véase Figura 4). Es un diálogo dirigido, abierto y reflexivo con el paciente sobre diversos aspectos del proceso psicoterapéutico realizado.

La EVP es muy útil para aumentar el conocimiento sobre el proceso terapéutico vivido por el paciente a través de explicitar aspectos parcialmente comunicados o no conocidos por el terapeuta.

En lo relacional, busca reforzar el “sentimiento de ser escuchado y copartícipe en la dirección de su proceso psicoterapéutico” a través de valoraciones, retroalimentaciones, información de dificultades y peticiones de ajuste (desde su “experiencia vivida en la terapia”) para lograr los objetivos acordados.

Con respecto a su aplicación, se realiza la EVP en sintonía cronológica con el FCE_intervención, es decir, se aplica en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico.

Figura 4

Algunas Preguntas de la Entrevista de Valoración del Proceso de Psicoterapia

1. Llevamos __ sesiones. Hasta ahora, en términos de utilidad para su bienestar, ¿cómo ha sido el proceso de psicoterapia para Usted?

Por favor, puntúe:

0	1	2	3
Ninguna	Leve	Moderada	Alta

2. De la Temática(s) que acordamos trabajar ¿cuánto ha cambiado en su opinión? (Si la respuesta es Sí) ¿Podría describir, por favor?.....

Por favor, puntúe:

0	1	2	3
Ninguno	Leve	Moderado	Alto

3. Para usted, ¿qué progresos ha logrado en los objetivos terapéuticos acordados? (en palabras del paciente):

(Si la respuesta es Sí) Puntúe cuánto progreso ha experimentado según la siguiente escala:

0	1	2	3
Ninguno	Leve	Moderado	Alto

5. ¿Recuerda haber tenido experiencia de novedad en alguna sesión?

(Si la respuesta es Sí) Puntúe según la siguiente escala:

0	1	2	3
Ninguna	Leve	Moderado	Alto

7. ¿Qué explicaciones psicológicas (reformulaciones), que le he transmitido en las sesiones, le han sido de mayor ayuda?

Reformulación psicológica realizada por el terapeuta (el terapeuta debe escribirla):.....

Reformulación psicológica recordada por el paciente (en palabras del paciente):.....

¿Por qué? (en palabras del paciente):.....

Por favor, puntúe en la siguiente escala cuánto lo han ayudado:

0	1	2	3
Nada	Leve	Moderado	Alto

9. De las tareas para el hogar que hemos acordado, ¿hay alguna que le ha sido imposible, difícil o incómoda de realizar? Sí: No:

(Si la respuesta es Sí) en palabras del paciente ¿Por qué?.....

Por favor, puntúe en la siguiente escala cuánto de difícil/incómoda ha sido:

0	1	2	3
Nada	Leve	Moderado	Alto

12. Ya llevamos trabajando __ sesiones, ¿usted tiene alguna sugerencia para mi persona, de manera de poder ayudarlo/a de mejor manera? (Si la respuesta es Sí), en palabras del paciente ¿qué sugerencia(s)?.....

Por favor, puntúe el número de sugerencias según la siguiente escala:

0	1	2	3
Ninguna	Mínimo	Algunas	Muchas

En resumen, el proceso psicoterapéutico que se da en un particular espacio existencial se orienta a través de las tres secciones del Modelo de Formulación de Caso Evolucionista que se aplican sinérgicamente (véase Figura 5). El terapeuta en la diáda es un ayudador, que co-construye y co-regula para facilitar por parte del paciente una auto-observación “curiosa y activa”, monitoreo experiencial focalizado, reconstrucción guiada de la experiencia y reflexión compartida y pruebas de nuevas conductas. De esa manera, se espera que emerja una gradual Narrativa Funcional (con sentido de agencia/eficacia, autocuidado/salud, auto-narrativa/coherencia, sentido del tiempo/balance y autoestima/autoengaño) que implica cambios conductuales con regulación psicológica dimensional y sentido de realidad intersubjetivo adaptativo.

Figura 5

Proceso de Psicoterapia

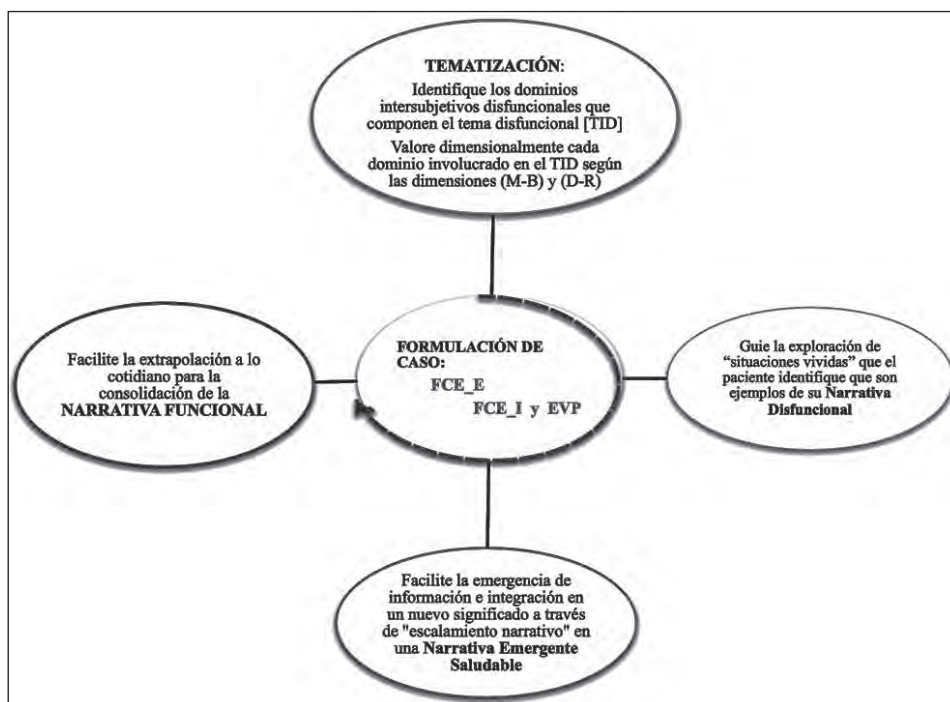


Ilustración de Caso

Se presenta parte de un caso completo de 29 sesiones que fue publicado por el primer autor (Quiñones, 2022). Únicamente se presenta la FCE_Evaluación. No se mostrará la FCE_Intervencion ni tampoco la EVP.

Anamnesis y Descripción de las Primeras Sesiones

- Meg (nombre ficticio) tiene 58 años
- Hija única. Nacida en familia monoparental
- Estado civil: Divorciada
- En la actualidad convive con Jordi (pareja actual)
- Presenta obesidad. Pesa 84 kilos y tiene un IMC: 32,4 (Obesidad tipo 1) y es resistente a la insulina
- Vida sedentaria crónica
- Sin antecedentes de enfermedades mentales en su familia
- No hay historia de abuso de sustancias
- Consume alcohol únicamente en situaciones sociales
- Ingeniera de profesión
- Sin periodos de cesantía en su historia laboral

Asiste a psicoterapeuta derivada de psiquiatra, con diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor (primer episodio). Lleva dos sesiones con psiquiatra y se encuentra con licencia médica⁴ por 21 días (primera licencia). La licencia empezó hace 15 días debido a dificultades de energía y de concentración en su trabajo. Se le prescribió un antidepresivo (ISRS) y lleva 5 semanas consumiéndolo. Al psicoterapeuta le dice: *“Me he sentido un poco mejor, algo más de energía en algunos días. Eso sí, duermo mucho mejor desde hace unos 10 días. Sin embargo, mis problemas continúan”*.

Presenta una vestimenta elegante y formal, muestra un trato muy educado y amable. Destaca un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, pérdida de energía, sentimiento de inutilidad y culpa, disminución de la capacidad de concentrarse, alteración de sueño (insomnio, principalmente con interrupción y despertarse de madrugada), ausencia de ideación suicida y se observa poco vital.

Fragmentos de las Primeras Sesiones⁵

El inicio de la sesión después de preguntar información general se transcribe:

-Terapeuta: ¿Qué la trae a consultar?

-Meg: El psiquiatra me indicó que viniera a verlo a usted. En fin, me siento “rara”, “tramposa” con mi pareja Jordi... y en el último mes y un poco más, quisiera a momentos que me “tragara la tierra”... En fin, también me viene a la mente de manera frecuente el haber pedido el divorcio a mi marido ya hace más de 4 años. Y no entiendo “por qué me siento de esta manera”.

-Terapeuta: ¿Desde cuándo empezó a sentirse de esta manera?

-Meg: Desde hace varios meses.

- Terapeuta: ¿Cuántos meses aproximadamente?
- Meg: Tal vez 5 meses y algo.
- Terapeuta: ¿Se ha intensificado su malestar en estos meses?
- Meg: Sí... ha aumentado en el último mes.
- Terapeuta: Entiendo.
- Meg: No se lo he dicho. Le aclaro que estoy divorciada legalmente con mi exmarido. No lo echo de menos ni nada, pero me pasa que no me siento bien y me recuerdo del divorcio.
- Terapeuta: ¿Se refiere a su exmarido?
- Meg: Sí.
- Terapeuta: ¿Cómo se llama?
- Meg: Se llama Antonio.
- Terapeuta: Usted lleva tiempo divorciada.
- Meg: Claro, dos años y medio legalmente.
- Terapeuta: ¿Cuánto tiempo lleva en su nueva relación con Jordi?
- Meg: Cumpliremos en 1 mes, 2 años. Imagínese usted, después de muchos años de desavenencia y aburrimiento con mi ex-esposo, ahora estoy con un hombre que me quiere, se esfuerza por cuidarme, complacerme y darme seguridad... pero me siento "rara"... es como si no tolerara que esté tan cerca de mí... no me entiendo a mí misma, me siento mal... con pocas ganas de todo. No sé lo que siento por él y por más que pienso, no resuelvo nada...
- Terapeuta: Entiendo. Su relación cumplirá dos años pronto. Y en estos 14 meses que llevan viviendo juntos, cuándo empezó esto de "No sé lo que siento por él".
- Meg: Empezó poco a poco...
- Terapeuta: ¿Y cuándo se transformó en un problema para usted?
- Meg: Tal vez hace unos 6 meses, su cercanía física empezó a no ser agradable.
- Terapeuta: "Su cercanía física empezó a no ser agradable", ¿se ha mantenido o ha fluctuado?
- Meg: Se ha mantenido y me preocupa mucho. Y no sé si quiero seguir en la relación con Jordi, estoy dudosa. Además, estoy con licencia médica como le dije y quiero volver a trabajar lo más rápido que se pueda, pero no me siento capaz.
- Terapeuta: ¿La duda sobre si seguir o no en la relación, es su mayor preocupación ahora?
- Meg: Es lo que me tiene la cabeza en caos, sí.
- Terapeuta: ¿No lo puede resolver?
- Meg: No puedo.
- Terapeuta: Entiendo... Enseguida volveremos al asunto de no poder resolver su duda. ¿Cuándo empezó con la licencia médica?

- Meg: Hace dos semanas.
- Terapeuta: Ok. ¿Podría contarme sobre momentos en que está compartiendo con Jordi?
- Meg: Con Jordi me siento muy distante y no entiendo las razones. En mi matrimonio, también me sentí de manera algo parecida, pero era diferente y salí sola adelante... como siempre ha sido mi vida, pero ahora, no puedo...
- Terapeuta: ¿Hace cuánto tiempo ocurrió eso en su matrimonio?
- Meg: 15 años, más o menos. En ese entonces, estuve bastante mal.
- Terapeuta: ¿Y en qué sentido fue “parecido”?
- Meg: Decaída.
- Terapeuta: ¿Únicamente en lo decaída?
- Meg: Creo que sí...
- Terapeuta: Si hago bien las cuentas, usted en ese entonces tenía 43 años.
- Meg: Así es.
- Terapeuta: ¿Qué sucedió hace 15 años?
- Meg: Mi marido tuvo problemas laborales... le bajaron bastante el sueldo.
- Terapeuta: ¿Fue una situación inesperada?
- Meg: Hace un tiempo que tenía problemas en la empresa... no fue tan inesperado para él, pero pensé que no ocurriría tan pronto.
- Terapeuta: Entonces, ¿usted también se sintió decaída en ese entonces?
- Meg: Un poco, pero me hizo estar más distante con él bastante tiempo.
- Terapeuta: ¿Y también sintió falta de energía y desmotivación?
- Meg: No sentí falta de energía ni desmotivación. Únicamente algo decaída.
- Terapeuta: Me explica un poco más la diferencia.
- Meg: Mi trabajo estaba bien, me levantaba con energía y hacía mi trabajo bien. Mi decaimiento era cuando tenía que regresar a casa y estar en mi casa. En el trabajo no me pasaba.
- Terapeuta: Ya veo. ¿Y qué hizo usted con su decaimiento?
- Meg: Mi trabajo fue muy importante, me concentré bastante en los proyectos.
- Terapeuta: ¿Entonces su decaimiento no afectó su desempeño laboral como ahora?
- Meg: No lo afectó.
- Terapeuta: Si comprendo correctamente lo que me dice, el decaimiento se daba exclusivamente fuera de su trabajo. ¿Es correcto?
- Meg: Sí, cuando llegaba a casa me sentía decaída.
- Terapeuta: ¿Y cómo se resolvió?
- Meg: Me iba a mi cuarto.
- Terapeuta: ¿Tenían cuartos separados?
- Meg: Sí, desde hace un tiempo.
- Terapeuta: ¿Se hablaban al llegar a casa?
- Meg: A veces, si es que nos encontrábamos.
- Terapeuta: ¿Y cómo se le pasó el decaimiento?

- Meg: Dejé de sentirme decaída un par de semanas después. Pero no sé si se resolvió nuestra mayor distancia... Dejamos de compartir dormitorio y después se transformó en costumbre.
- Terapeuta: ¿Cómo fue eso de “costumbre”?
- Meg: Él roncaba y me era difícil dormir... lo dejamos así.
- Terapeuta: ¿Su marido no se quejó?
- Meg: Nada.
- Terapeuta: ¿Qué le pareció a usted?
- Meg: No me molestó en lo más mínimo.
- Terapeuta: Estar con alguien y no sentirlo cerca, ¿cómo lo describiría usted?
- Meg: Soledad buscada...
- Terapeuta: Soledad que no le incomodó.
- Meg: Algo así...
- Terapeuta: Para entender con mayor especificidad lo que significa para usted, ¿podría darme un ejemplo de su vida?
- Meg: Siempre me he sentido algo distante de las personas. La soledad no me incomoda.
- Terapeuta: ¿Usted tiene amigas?
- Meg: En el colegio tuve dos grandes amigas. Una se fue al extranjero y le perdí el rastro. La segunda amiga vive al otro extremo del país y eventualmente hablamos para las fiestas de fin de año y cumpleaños. La veo muy a lo lejos.
- Terapeuta: Y con sus dos amigas, ¿se sentía distante?
- Meg: No.
- Terapeuta: Volvamos a “distante de las personas” ¿cómo es esa distancia que siente y percibe en usted?
- Meg: No me siento interesada... es como no bailar la misma música. Y me pasa frecuentemente, por ejemplo con las personas de mi trabajo.
- Terapeuta: ¿Es como si “el otro” bailara milonga y usted cumbia?
- Meg: Sí.
- Terapeuta: ¿Y “el otro” se da cuenta de la desintonía?
- Meg: A veces. Yo creo que me ve desinteresada.
- Terapeuta: Entiendo. ¿Y esto le ocurre desde hace tiempo o es reciente?
- Meg: Desde la universidad, creo... A mí la soledad me gusta y la prefiero a la compañía.
- Terapeuta: ¿Desde cuándo se transformó la soledad en su preferida?
- Meg: En mi matrimonio creo, pero ya en la universidad no me incomodaba para nada.
- Terapeuta: Entiendo. Veremos esto con más detalle en otro momento.
- Meg: Claro.

Exploración de la Situación Laboral.

-Meg: Ahora, me encuentro con licencia médica por primera vez en mi carrera profesional. Mi trabajo ya no es lo mismo. Me costaba ir y estaba con baja energía y poca capacidad de resolver problemas... mi cabeza estaba en otra parte, nunca me había pasado que mi trabajo se pusiera “cuesta arriba”, pero me pasó y no sé cómo he llegado a este estado.

-Terapeuta: Entiendo que ha sido una experiencia que no había experimentado.

-Meg: Sí.

-Terapeuta: ¿Hubo algún cambio en cómo organizaba su tiempo, particularmente, en los momentos en que se puso “cuesta arriba” el trabajo?

-Meg: Antes organizaba muy bien mi tiempo. Desde que empecé con este estado desagradable, el tiempo se me pasa y no logro organizarme como antes, y ahora resuelvo muy poco... no es usual para mí... no sé explicarlo.

-Terapeuta: ¿Podría darme un ejemplo en que le ocurrió lo que me dice para poder hacerme una imagen más precisa?

-Meg: Me recuerdo de un día lunes, llegué a mi trabajo tarde y tenía que resolver varios asuntos y no supe cómo empezar... y no pude ordenarme... fue muy desagradable para mí... No hice bien mi trabajo y tuve que postergar asuntos urgentes...

-Terapeuta: Comprendo. ¿Y cuánto tiempo se tardó en resolver esos asuntos?

-Meg: En la tarde del día siguiente.

-Terapeuta: ¿Tenía experiencia con problemas similares?

-Meg: Claro que sí, pero me tardé mucho más de lo previsto. Nunca me había ocurrido.

-Terapeuta: ¿Resolvió los problemas?

-Meg: Sí, pero tarde.

-Terapeuta: ¿Y cómo se sintió?

-Meg: Preocupada por mí...

-Terapeuta: Entiendo. Por otra parte, cuándo llegaba a casa de su trabajo, ¿sentía que tenía energía?

-Meg: En el último tiempo, llegaba y me acostaba agotada.

-Terapeuta: ¿Desde cuándo?

-Meg: Un mes y algo más, tal vez... puede ser un poco más.

-Terapeuta: Ajá. ¿Le había ocurrido antes, el llegar tantas semanas rendida a su casa?

-Meg: No que recuerde.

Exploración de la Tensión Laboral.

-Terapeuta: ¿Desde cuándo empezó a sentir que su trabajo era distinto?

-Meg: No lo sé con claridad.

-Terapeuta: ¿Ocurrió algún suceso con algún colega, un cambio en la

dirección, alguna política nueva de la empresa, etcétera?

-Meg: En la empresa ofrecieron jubilación anticipada a algunos empleados.

-Terapeuta: ¿Cuándo ocurrió el ofrecimiento?

-Meg: Hace un poco más de 5 meses.

-Terapeuta: ¿Y esa posibilidad a usted le fue ofrecida?

-Meg: Sí, mi jefe de zona me llamó a una reunión personal y me ofreció el beneficio. Él estaba entusiasmado con el beneficio que consistía en un bono económico.

-Terapeuta: ¿Su jefe es hombre o mujer?

-Meg: Hombre.

-Terapeuta: Ajá.

-Meg: Trabajo en una empresa en que el 80% de los empleados son hombres. Y mis superiores todos son hombres.

-Terapeuta: Entiendo. Entonces, le ofreció el beneficio.

-Meg: Sí.

-Terapeuta: ¿Y fue de su agrado esa posibilidad?

-Meg: No fue de mi agrado. Le dije que no me interesaba en principio.

-Terapeuta: ¿Y qué le respondió su jefe?

-Meg: Me dijo que me lo pensara bien...

-Terapeuta: Y al observar que él insistiera, ¿cómo usted lo tomo?

-Meg: No me agradó, pero no expresé nada. Le dije que me lo pensaría.

-Terapeuta: Si entiendo correctamente, además de desagradable fue sorpresivo.

-Meg: Sí, no me lo esperaba para nada.

-Terapeuta: Después de la reunión, ¿usted cómo se sintió?

-Meg: Algo incómoda.

-Terapeuta: ¿Y lo conversó con Jordi ese día por la tarde?

-Meg: No le dije nada.

-Terapeuta: ¿Y en la semana?

-Meg: No.

-Terapeuta: ¿Él lo sabe?

-Meg: No se lo he dicho.

Exploración de Incomodidad en Relación al Futuro.

-Terapeuta: Si visualizamos el futuro cercano, ¿hay algo que le preocupe?

-Meg: Sí, hay un asunto que debo decidir. Jordi me planteó con mucha ilusión mudarnos a otra ciudad en un año y medio aproximadamente. Ello obedece a que será ascendido a un alto cargo en la empresa. Será en los próximos meses y después tendrá que trasladarse.

-Terapeuta: ¿Cuándo le dijo lo de mudarse?

-Meg: Hace unos 7 meses más o menos.

-Terapeuta: ¿Y qué le pareció la propuesta?

- Meg: Me sorprendió.
- Terapeuta: Ese “me sorprendió”, ¿es agradable, indefinible o desagradable?
- Meg: No sé... más desagradable creo...
- Terapeuta: ¿Lo valoró cómo posible?
- Meg: No sé.
- Terapeuta: ¿Se lo pudo imaginar en ese momento?
- Meg: No para nada.
- Terapeuta: Y ahora, después de 7 meses, ¿se lo puede imaginar?
- Meg: No he podido.
- Terapeuta: Comprendo. Si lo miramos desde la reflexión ¿cómo valora esa posibilidad de cambio de ciudad?
- Meg: Tengo dudas. Francamente, no sé.
- Terapeuta: Ese “no sé”, ¿se refiere únicamente a “Meg” o a “Meg con Jordi”?
- Meg: Creo que más a mí... soy yo la que no sé, no me había sentido así.
- Terapeuta: ¿Cómo así?
- Meg: Que no tengo dirección... algo perdida... algo así.
- Terapeuta: ¿Puede visualizar en imágenes su futuro en la ciudad a que Jordi se mudará?
- Meg: No puedo.
- Terapeuta: Y si nos focalizamos en tu sensación de ti misma, de Meg, con respecto a esa posibilidad de vivir en otra ciudad con Jordi
- Meg: Me cuesta... perdida... algo así.
- Terapeuta: ¿Menos control tal vez?
- Meg: Claramente, no siento ni tengo nada de control.
- Terapeuta: Sin control.
- Meg: Sí.
- Terapeuta: Me parece que es más en lo emocional el impacto... la siento con miedo aquí... ¿estoy en lo correcto?
- Meg: Sí.
- Terapeuta: Es pérdida de control con envoltorio de miedo... y entiendo que no se ha sentido así con nadie en lo amoroso.
- Meg: Sí, me asusta... sí.
- Terapeuta: Es una relación de una calidez y seguridad que usted no ha experimentado por lo que entiendo.
- Meg: Sí, en mi matrimonio no ocurrió nada parecido.
- Terapeuta: Un hombre que la cuida, seguro de sí mismo y que se preocupa de su bienestar.
- Meg: No tengo experiencia en esto.
- Terapeuta: Esto que usted reflexiona y me comunica, a mi modo de ver, explica en parte la comparación entre Antonio y Jordi...
- Meg: ¿En qué sentido?
- Terapeuta: En qué son dos relaciones que se diferencian de manera robusta.

Usted evitó a Antonio y no le incomodó la situación. En cambio con Jordi, usted está incómoda por su amabilidad, cariño y preocupación desde hace muchos meses y no se aísla de Jordi. ¿Estoy en lo correcto?

-Meg: Sí, no lo evito. Únicamente a veces.

-Terapeuta: Eso es lo que observo en lo que me relata. Entonces, comparar las dos relaciones permite tener más parámetros para entender mejor el momento presente que es algo confuso para usted.

-Meg: Entiendo... Sería una manera de entender lo que no comprendo...

-Terapeuta: Precisaría, empezar a entender gradualmente lo que no comprende a un nivel suficiente para tener una adecuada regulación psicológica. En otras palabras, el miedo es una manera de alertar a la propia atención de uno mismo... es como decir: "¡Más atención Meg en este asunto!"

-Meg: Sí.

-Terapeuta: Además, si entiendo bien, si usted se mudara a otra ciudad y todo lo que implica, reflejaría un mayor compromiso afectivo, ¿estoy en lo cierto?

-Meg: Pienso que sí... y no sé si pudiera tolerarlo...

-Terapeuta: Entiendo que él, a pesar de su estado de decaimiento, sigue apoyándola y no altera sus planes de mudarse a otra ciudad con usted.

-Meg: Así es. Eso no lo esperaba...

-Terapeuta: Es un hombre que está comprometido con usted.

-Meg: No estoy acostumbrada...

-Terapeuta: ¿Y puede estar relacionado eso con lo que usted me dijo de sentirse "tramposa"?

-Meg: Claro que sí. Me siento no siendo honesta con Jordi... tengo un caos en mi cabeza.

-Terapeuta: ¿No le ha dicho nada de sus dudas a Jordi?

-Meg: No he dicho nada.

-Terapeuta: Meg, comprendo la situación por la que está pasando, y pedir ayuda psicológica es una manera de cuidarse y cuidar a las personas de su entorno.

-Meg: Pedir ayuda... difícil para mí, pero es cierto.

-Terapeuta: Reitero que es una manera de cuidar su salud psicológica y su relación con Jordi. Y le debo decir, que también observo un interés genuino de su parte por cuidar su relación amorosa con Jordi.

-Meg: Puede ser. ¿Y mis dudas?

-Terapeuta: Son legítimas ante una situación de mayor compromiso a corto plazo. No es terrible, es una manera de reflexionar, pero usted sigue en la relación.

-Meg: Ya veo...

-Terapeuta: Mire Meg, la depresión también se puede comprender a modo general como una forma de retirarse parcialmente o totalmente de lo social para tener más tiempo para reflexionar sobre la importancia del momento

presente y el futuro próximo, en un contexto de cambio y posibles amenazas. En otras palabras, se puede entender como un patrón adaptativo que se activa ante situaciones particulares que son amenazantes para las personas por diversas razones. Y esencialmente es para captar, descifrar y resolver.

-Meg: Me gusta esa manera de entenderlo...

-Terapeuta: A todos nos puede ocurrir.

-Meg: Entiendo.

-Terapeuta: Trabajaremos juntos en entender mejor este dilema crucial en su vida.

-Meg: De acuerdo.

Exploración sobre la Jubilación Anticipada (Segunda Sesión)

-Terapeuta: Volvamos al asunto del beneficio de la jubilación anticipada y bono adicional que me comentó en la primera sesión. ¿Qué expectativa tienes con respecto a tu carrera?

-Meg: El dinero no me preocupa hoy, poseo suficiente dinero ya que he trabajado toda una vida, no tengo deudas, y he ahorrado para mi pensión. Tengo expectativas de hacer innovaciones en administración de alta complejidad y llevé trabajando en ello en mis tiempos libres.

-Terapeuta: ¿Y desde cuándo más o menos llevas trabajando en ello?

-Meg: Desde hace unos 4 años y algo, en mis fines de semana... mi experiencia me ha permitido hacer algunos bosquejos iniciales. En fin, ya no es una expectativa, falta poco para terminar y probar qué tanto funciona.

-Terapeuta: Te veo y siento entusiasmada con tu proyecto.

-Meg: Sí, es algo añorado y que siento como la coronación de mis ideas.

-Terapeuta: Claro que sí. ¿Y cómo valoras este ofrecimiento de jubilación anticipada opcional en relación a tu proyecto?

-Meg: Es un obstáculo, no me gusta nada.

-Terapeuta: ¿Una sensación de obstáculo para terminar el proyecto y seguir desarrollando tu carrera, si aceptaras?

-Meg: Sí, así es... todo se hará cuesta arriba.

-Terapeuta: ¿Lo de "cuesta arriba" es un pensamiento o imagen?

-Meg: Es una imagen de una montaña rocosa que no puedo escalar.

-Terapeuta: ¿Estás sola o acompañada?

-Meg: Sola.

-Terapeuta: Te siento angustiada ahora, ¿estoy en lo correcto?

-Meg: Sí.

-Terapeuta: ¿Y esta imagen aparece con frecuencia en tu mente?

-Meg: Bastante, desde hace semanas, tal vez meses... Es desagradable porque me aparecen...

-Terapeuta: Se llaman imágenes intrusivas.

-Meg: No lo sabía. Es muy angustiante.

- Terapeuta: ¿Al parecer también hay impotencia?
-Meg: Claro... no sé cómo subir, algo así.

Descripción del estado Psicológico y Aspectos más Urgentes (Segunda Sesión).

- Meg: Estoy alejada de mi pareja y de mí misma... no me había pasado nunca el sentirme así.
-Terapeuta: ¿Y cómo te das cuenta de eso ahora?
-Meg: Antes estaba tranquila, me sentía orgullosa de mis planes y muy segura de lo que hacía... ahora estoy sin energía y perdida... no me siento interesada ni desafiada por nada... no tengo ganas de trabajar y me siento incómoda y distanciada de Jordi... y no entiendo lo que me pasa... me siento horrible.
-Terapeuta: ¿Entrampada? ¿Enredada? ¿Atascada?
-Meg: Atascada... sin rumbo en mi vida, no entiendo porqué me ocurre... me siento horrible.
-Terapeuta: Por cierto, ¿en algún momento de estos meses ha tenido ideas o imágenes de hacerse daño?
-Meg: No, para nada. Me he sentido muy mal a momentos, pero nunca se me ha pasado por la cabeza hacerme daño.
-Terapeuta: Entiendo. Meg ahora te observo y siento asustada y temerosa principalmente con Jordi, ¿me equivoco?
-Meg: No se equivoca. Nunca había sentido tanto susto.
-Terapeuta: ¿Es solamente con Jordi o también le ocurre con su trabajo?
-Meg: Me preocupa y asusta también.
-Terapeuta: Aha. ¿Y cuál es el foco principal del susto?
-Meg: Mi pareja. Tengo 58 años y me siento que no tengo brújula... algo así.
-Terapeuta: ¿Lo piensas?
-Meg: Sí.
-Terapeuta: ¿Tienes imágenes también?
-Meg: A veces me aparecen imágenes de verme sola...
-Terapeuta: Dame un ejemplo de alguna de esas imágenes que te aparecieron en tu conciencia.
-Meg: Sola y triste.
-Terapeuta: ¿No ves a nadie a tu alrededor?
-Meg: No.
-Terapeuta: ¿La imagen se repite y te interfiere lo que estás haciendo?
-Meg: Sí, es bastante frecuente.
-Terapeuta: Veremos esas imágenes en las próximas sesiones.
-Meg: De acuerdo.
-Terapeuta: OK. A mí modo de ver, usted se siente lejos emocionalmente de su pareja porque vive con miedo y angustia “un terreno desconocido”

que se llama calidez, afecto e intimidad, es decir, de estar con alguien cariñoso, seguro, preocupado por su bienestar y felicidad.

-Meg: Es cierto que no tengo costumbre y me siento distante. Es tan cierto, que Jordi ahora se encuentra en la sala de espera de su consulta.

-Terapeuta: Entiendo.

-Meg: Insistió en acompañarme y postergó una reunión de trabajo.

-Terapeuta: Y usted, ¿cómo siente su espera?

-Meg: Me siento “rara”...

-Terapeuta: ¿“Cuidada” por Jordi?

-Meg: Es posible.

-Terapeuta: La observo triste ahora.

-Meg: Sí, me da pena mi persona. Imagínese... soy una mujer con sus años y siento que no sé lo que quiero... “que me trague la tierra.”

-Terapeuta: Es muy dura con usted Meg.

-Meg: Puede ser.

-Terapeuta: A mí me parece excesiva dureza. Ahora, me parece que no se siente a la altura de su imagen personal, es decir, “una mujer de sus años tiene que saber lo que quiere”.

-Meg: No me gusto a mí misma.

-Terapeuta: ¿Puede ser más específica en qué no le gusta?

-Meg: Mis dudas... no sé si quiero seguir en la relación y estoy ambigua... y más aún él quiere que nos mudemos juntos a otra ciudad en un tiempo...

-Terapeuta: Percibo que se autocensura también. Meg, todos podemos tener dudas...

-Meg: Sí, pero no es justo.

-Terapeuta: ¿Qué no es justo?

-Meg: No le digo nada y me apaña. Él no sabe lo que me pasa.

-Terapeuta: Pero usted se ve preocupada e intranquila... y eso informa que él está en su conciencia muy presente. Habla bien de usted en lo que a mí concierne.

-Meg: No sé... Es una persona cariñosa y bondadosa, no se merece estar en una situación como esta, en que no sabe en qué estoy yo.

-Terapeuta: Entiendo su punto de vista, pero él es una persona adulta que sabe cuidarse a sí mismo.

-Meg: Puede ser.

-Terapeuta: ¿Y qué es lo más urgente a resolver ahora?

-Meg: Aclarar mis dudas sobre sí seguir o no con Jordi. Eso necesito, no se lo merece.

-Terapeuta: ¿No se ha podido aclarar pensando sobre ello?

-Meg: Pienso mucho y no puedo aclararme y me desespera no llegar a nada.

-Terapeuta: Trabajaremos en ello Meg.

-Meg: Es lo que necesito... no puedo resolver esto sola y me angustia mucho.

- Terapeuta: Entiendo Meg. Trabajaremos este tema.
- Meg: ¡Gracias!

**Conceptualización de Primeras Sesiones:
Formulación de caso Evolucionista Evaluación**

A continuación, (Figura 6) se presenta FCE_E que es la primera parte del protocolo. Es la conceptualización de las dos primeras sesiones (periodo de dos semanas) y se realizó en la tercera sesión.

Figura 6
Formulación de Caso Evolucionista - Evaluación

<p>• Nombre: Meg</p> <p>Motivo de consulta (<i>en palabras del paciente</i>): "Aclarar mis dudas sobre si seguir o no con Jordi. Eso necesito, no se lo merece."</p>	<p>Realizada en sesión Nº: <u>3</u></p>
<p>I. CONCEPTUALIZACIÓN TEMÁTICA</p>	
<p>Tema Intersubjetivo Disfuncional (Co-Construcción): <i>Entrampada por no sentirse en</i></p>	
<p style="text-align: center;">Especifique eje(s) temático (marcar presencia):</p> <p>Intimidad psicológica <input checked="" type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Justiciero <input type="checkbox"/> Poder <input type="checkbox"/> Incompetencia <input type="checkbox"/> Fracaso <input type="checkbox"/> Inferioridad <input type="checkbox"/> Grandiosidad <input type="checkbox"/> Pérdida <input type="checkbox"/> Complacer <input type="checkbox"/> Superioridad moral <input type="checkbox"/> Inautenticidad <input type="checkbox"/> Libertad <input type="checkbox"/> Incontrolabilidad <input type="checkbox"/> Certeza <input type="checkbox"/> Desconfianza <input type="checkbox"/> Perfeccionismo <input type="checkbox"/> Traición <input type="checkbox"/> Oposición <input type="checkbox"/> Soledad <input type="checkbox"/> Limitación <input type="checkbox"/> Sabotearse <input type="checkbox"/> Trascender <input type="checkbox"/> Desprecio <input type="checkbox"/> Hipercontrol <input type="checkbox"/> Hipercrítica <input type="checkbox"/> Discriminación <input type="checkbox"/> Competir <input type="checkbox"/> Celos <input type="checkbox"/> Postergación <input type="checkbox"/> Desarraigo <input type="checkbox"/> Autosacrificio <input type="checkbox"/> Carencia paterna <input type="checkbox"/> Carencia materna <input type="checkbox"/> Adicción tecnológica <input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	
<p><i>intonía emocional con su pareja.</i></p>	
<p>Narrativa Disfuncional:</p> <p>Ejemplo: "Antes estaba tranquila, me sentía orgullosa de mis planes y muy segura de lo que hacía... ahora estoy sin energía y perdida... no me siento interesada ni desafiada por nada... no tengo ganas de trabajar y me siento incómoda y distanciada de Jordi... y no entiendo lo que me pasa... me siento horrible."</p>	
<p>¿Comienzo de Tema?, ¿Curso?</p> <p><i>Comienza de forma florida hace 6 meses según Meg.</i></p>	
<p>¿Existen sucesos de la vida relevantes y/o estresores precipitantes?</p> <p><i>Hay 2 sucesos relevantes según lo que Meg comunica:</i></p> <p><i>1º Su pareja actual le ha planteado mudarse a otra ciudad en 1 año y medio. Será ascendido a un alto cargo en su trabajo en los próximos meses y después tendrá que trasladarse.</i></p> <p><i>2º En la empresa le ofrecieron jubilación anticipada y no le agrado el ofrecimiento.</i></p>	
<p>¿Hay frustración de las necesidades psicológicas básicas: competencia, autonomía, relación?</p> <p><i>La necesidad psicológica de relación se observa alterada crónicamente. Es de señalar que la nueva pareja se preocupa por su bienestar, la valora y tiene planes de futuro con ella.</i></p> <p>Observaciones: <i>El foco es lo desconocido de experimentar una cálida relación amorosa.</i></p>	

Figura 6

Continuación

SISTEMA SELF: valoración clínica	
(marcar presencia):	
SENTIDO DE AGENCIA/EFICACIA:	Alteración <input checked="" type="checkbox"/>
Describe: <i>El sentido de agencia se observa con alteraciones en la motivación, propósitos y auto-confianza. Destaca que hay déficit en expectativas de eficacia y resultado. Por ejemplo: "Con Jordi me siento muy distante y no entiendo las razones."</i>	
AUTO-NARRATIVA/COHERENCIA:	Alteración <input checked="" type="checkbox"/>
Describe: <i>La auto-narrativa sobre el desarrollo de su "relación con Jordi" es fuente de discontinuidad para su identidad, por ejemplo: "Atascada... sin rumbo en mi vida, no entiendo porqué me ocurre... me siento horrible."</i>	
SENTIDO DEL TIEMPO/BALANCE:	Alteración <input checked="" type="checkbox"/>
Describe: <i>La dinámica psicológica temporal no es fluida. Se autopercebe con un presente problemático y no visualiza futuros. Por ejemplo: "Antes organizaba muy bien mi tiempo. Desde que empecé con este estado desagradable, el tiempo se me pasa y no logro organizarme como antes, y ahora resuelvo muy poco... no es usual para mí... no sé explicarlo."</i>	
AUTOESTIMA/AUTOENGAÑO:	Alteración <input checked="" type="checkbox"/>
Describe: <i>Se autodescribe como "rara" y "tramposa" en su relación amorosa. Básicamente, "rara" se refiere a no tener experiencia con sentirse cuidada y querida. Y "tramposa" es la autovaloración de sentirse culposa por no decirle a Jordi sus dudas de si seguir en la relación.</i>	
AUTOCUIDADO/SALUD:	Alteración <input checked="" type="checkbox"/>
Describe: <i>Presenta insomnio. Además, tiene obesidad tipo 1, resistencia a la insulina, problemas crónicos con la alimentación y antecedente de úlcera. No valora la actividad física; dice: "El ejercicio no es productivo... de algo hay que morirse."</i>	
Observaciones: <i>El meollo en su sentido de discontinuidad narrativo es un significado de estar "entrampada". Se percibe pérdida, deshonesto con Jordi y se suma a ello, la sensación de "invalidación profesional" a causa de ofrecimiento de jubilación anticipada.</i>	

Figura 6

Continuación

II. EVALUACIÓN DE DOMINIOS DE CONOCIMIENTO INTERSUBJETIVO DISFUNCIONALES

[COGNICIÓN] Indique y pondere qué procesos aportan al malestar y/o desregulación psicológica:

Presenta alto malestar psicológico y moderada desregulación psicológica

(marcar presencia):

Alteraciones cognitivas: Rumiación Preocupación Intolerancia a la incertidumbre
 Atención selectiva Perfil atribucional problemático Ausencia de expectativas realistas
 Déficit en resolución de problemas

Describa: *Primero, hay presencia de rumiación y preocupación. La rumiación es sobre “seguir o no con Jordi”(confundida). Por otra parte, la preocupación es sobre qué hacer ante la mudanza de Jordi (“Tengo dudas. Francamente, no sé”). Segundo, presenta atención selectiva a aspectos negativos que nutren la “duda” y atribución problemática: La soledad y la evitación las valora como beneficiosas.*

Alteraciones en metacognición: Representación Diferenciación Descentramiento
 Compartición Pertenencia Integración Creencias metacognitivas positivas
 Creencias metacognitivas negativas

Describa: *La alteración del sentido de pertenencia se observa, ejemplo: “Siempre me he sentido algo distante de las personas. La soledad no me incomoda.” Además, presenta creencias metacognitivas positivas y negativas sobre la rumiación:*
La creencia metacognitiva positiva, por ejemplo: “Para mí preocuparme y pensar en las causas de sentirme de este modo seguro que me ayudará a ordenar mi mente y resolver el problema”.
La creencia metacognitiva negativa (incontrolabilidad y preocupación), ejemplo: “Pienso mucho y no puedo aclararme y me desespera no llegar a nada”.

Alteraciones en funciones ejecutivas: Flexibilidad cognitiva Control atencional
 Inhibición Seguimiento de uno mismo Planificación

Describa: *Se observa rigidez cognitiva, dificultades en el control atencional y concentración.*

Malestar Psicológico				Bienestar Psicológico		
Alto	Moderado	Leve	Neutro	Leve	Moderado	Alto
-3	-2	-1	0	1	2	3
Desregulación Psicológica				Regulación Psicológica		
Alta	Moderada	Leve	Neutro	Leve	Moderada	Alta
-3	-2	-1	0	1	2	3

Figura 6
Continuación

[EMOCIÓN] Indique y pondere qué procesos aportan al malestar y/o desregulación psicológica:

Presenta alto malestar psicológico y moderada desregulación psicológica

(marcar presencia):

Alteración de conciencia emocional: Perfil emocional Claridad emocional
 Diferenciación emocional Comprender emociones
 Valoración emocional en toma de decisiones y solución de problemas
 Ánimo disfuncional

Describe: *Se observa un perfil emocional en que destaca la culpa, rabia, miedo, tristeza y ansiedad. Además, sobresale la disminuida claridad emocional, dificultad para comprender emociones en su contexto y ausencia de valoración en la toma de decisiones y solución de problemas. Por último, ánimo depresivo.*

Desregulación emocional: Estrategias de regulación Afrontamiento individual
 Afrontamiento diádico Apego adulto

Describe: *Hay supresión emocional y déficit de afrontamiento individual y diádico. Además, presencia de apego adulto evitativo, ejemplo: "A Jordi, no me agrada sentirlo tan pendiente de mí, a veces me molesta su cercanía y preocupación... suena extraño, pero así lo siento. Estoy todo el tiempo pensando sobre la relación y tengo dudas de si seguir con él."*

Malestar Psicológic				Bienestar Psicológico		
Alto	Moderado	Leve	Neutro	Leve	Moderado	Alto
-3	-2	-1	0	1	2	3
Desregulación Psicológica				Regulación Psicológica		
Alta	Moderada	Leve	Neutro	Leve	Moderada	Alta
-3	-2	-1	0	1	2	3

Figura 6

Continuación

[INTERPERSONAL] Indique y pondere qué procesos aportan al malestar y/o desregulación psicológica:

Presenta leve malestar psicológico y leve desregulación psicológica

(marcar presencia):

Relaciones personales: Déficit de apoyo social Incomodidad con las personas
 Déficit de asertividad Déficit de habilidades sociales Baja motivación para conocer personas Aislamiento social/soledad Desprecia la cooperación Carencia de relaciones de amistad Desconfía de los demás Necesidad constante de aprobación
 Valora las relaciones en función del logro

Describe: *Lo más destacable es la soledad que la vive como cómoda y se ha transformado en excesiva en su trayectoria de vida: "Siempre me he sentido algo distante de las personas. La soledad no me incomoda".*

Vida en pareja: Ausencia de relaciones amorosas Déficit de confianza Déficit de pasión Déficit de intimidad Déficit de decisión/compromiso Déficit de seguridad Temor al abandono Ausencia/baja admiración Ausencia/baja cooperación Bajo sentido de amistad Conflictividad

Describe: *En su matrimonio la sintonía ("nosotros") e intimidad estuvo muy poco presente y llego a ser inexistente antes de su divorcio. En su relación amorosa tolerar la intimidad se observa menoscabada.*

Malestar Psicológico				Bienestar Psicológico		
Alto	Moderado	Leve	Neutro	Leve	Moderado	Alto
-3	-2	-X	0	1	2	3

Desregulación Psicológica				Regulación Psicológica		
Alta	Moderada	Leve	Neutro	Leve	Moderada	Alta
-3	-2	-X	0	1	2	3

Figura 6

Continuación

[IMAGINACIÓN] Indique y pondere qué procesos aportan al malestar y/o desregulación psicológica:

Presenta leve malestar psicológico y moderada desregulación psicológica

(marcar presencia):

Imaginación interfiere la coherencia experiencial: Imágenes intrusivas Imágenes obsesivas Flashbacks Flashforwards suicidas Imágenes/amplificación emocional

Describe: *Hay imágenes intrusivas de soledad (sin Jordi).*

Imaginación interfiere la solución de problemas: Déficit en simulación mental

Imaginación es fuente de auto-saboteo

Describe: *Hay imágenes de autosaboteo "montaña rocosa" (impotencia) que comienzan después del ofrecimiento de jubilación anticipada. Además, ausencia de imaginación para simular posibles escenarios mentales empobrece la representación de posibilidades de plantearse un nuevo escenario de relación y cambio de ciudad.*

Malestar Psicológico				Bienestar Psicológico		
Alto	Moderado	Leve	Neutro	Leve	Moderado	Alto
-3	-2	-1	0	1	2	3
Desregulación Psicológica				Regulación Psicológica		
Alta	Moderada	Leve	Neutro	Leve	Moderada	Alta
-3	-2	-1	0	1	2	3

[CORPORALIDAD] Indique y pondere qué procesos aportan al malestar y/o desregulación psicológica:

Presenta leve malestar psicológico y moderada desregulación psicológica

(marcar presencia):

Falta de energía/fatiga

Describe: *Falta de energía se observa presente, ejemplo: "En el último tiempo, llegaba y me acostaba agotada".*

Déficit de representación mental del cuerpo **Insuficiente cuidado corporal**

Describe: *Para Meg su condición física y cuerpo ha sido descuidado, ejemplo: "Me siento cansada y no me siento cómoda... me siento pesada y no me gusto nada". Además, aumentó de peso en los últimos meses.*

Amplificación somatosensorial

Alteraciones de la interocepción

Malestar Psicológico				Bienestar Psicológico		
Alto	Moderado	Leve	Neutro	Leve	Moderado	Alto
-3	-2	-1	0	1	2	3
Desregulación Psicológica				Regulación Psicológica		
Alta	Moderada	Leve	Neutro	Leve	Moderada	Alta
-3	-2	-1	0	1	2	3

Figura 6

Continuación

[SEXUALIDAD] Indique y pondere qué procesos aportan al malestar y/o desregulación psicológica:

Presenta leve malestar psicológico y leve desregulación psicológica

(marcar presencia):

Comunicación sexual deficitaria con la pareja

Ausencia de confianza/intimidad sexual con la pareja

Sexualidad insatisfactoria

Describe: *Vive su desinterés presente como desagradable (y ansiedad) y teme que sea progresivo.*

Ausencia de interés sexual

Describe: *No siente interés desde 3 meses aproximadamente, pero mantiene vida sexual con menor frecuencia.*

Ansiedad sexual

Estrés sexual

Disfunción sexual

Abuso de pornografía

Malestar Psicológico				Bienestar Psicológico		
Alto	Moderado	Leve	Neutro	Leve	Moderado	Alto
-3	-2	-1	0	1	2	3
Desregulación Psicológica				Regulación Psicológica		
Alta	Moderada	Leve	Neutro	Leve	Moderada	Alta
-3	-2	-1	0	1	2	3

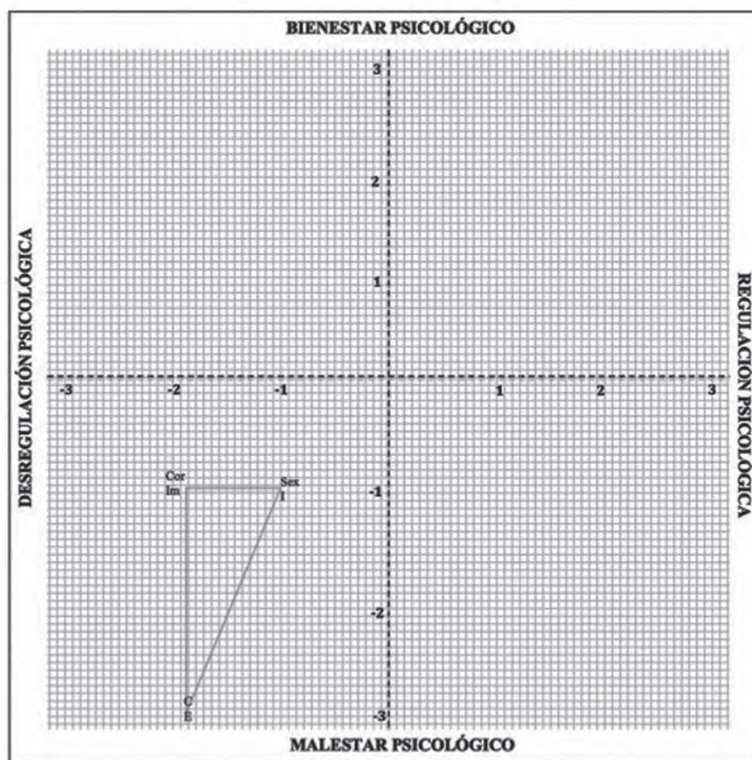
Figura 6

Continuación

III. REPRESENTACIÓN DE LOS DOMINIOS DE CONOCIMIENTO INTERSUBJETIVOS DISFUNCIONALES:

a.1 Señale las valoraciones en los casilleros para los dominios de conocimiento intersubjetivos disfuncionales según Malestar Psicológico-Bienestar Psicológico (M-B) y Desregulación psicológica-Regulación Psicológica (D-R). Además, represente los dominios.

	M-B	D-R
Cognición [C]	-3	-2
Emoción [E]	-3	-2
Interpersonal [I]	-1	-1
Imaginación [Im]	-1	-2
Corporalidad [Cor]	-1	-2
Sexualidad [Sex]	-1	-1



a.2 Señale los Objetivos Terapéuticos acordados:

1. Remisión de sintomatología depresiva
2. Esclarecer y resolver sus dudas sobre su relación amorosa

Figura 6*Continuación***a.3 Reformulaciones psicológicas principales comunicadas al paciente:**

1. *“Aclararemos las razones poco a poco. Pero es claro que son dos relaciones muy diferentes que usted compara. Con Antonio usted se sentía sola y no acompañada en particular desde hace 15 años; en cambio con Jordi, usted se siente incómoda con su compañía cálida”.*
2. *“A mí modo de ver, usted se siente lejos emocionalmente de su pareja porque vive con miedo y angustia “un terreno desconocido para usted que se llama calidez, afecto e intimidad”, es decir, de estar con alguien cariñoso, seguro, preocupado por su bienestar y felicidad”.*
3. *“Precisaría, empezar a entender gradualmente lo que no logra descifrar totalmente... no comprende bien aún. En otras palabras, el miedo que usted reconoce, se puede entender en un inicio como una manera de alertar su propia atención. Es como decir: ¡Más atención Meg para descifrar este asunto!”.*
4. *“Mire Meg, la depresión también se puede comprender a modo general como una forma de retirarse parcialmente o totalmente de lo social para tener más tiempo para reflexionar sobre la importancia del momento presente y el futuro próximo, en un contexto de cambio y posibles amenazas. En otras palabras, se puede entender como un patrón adaptativo que se activa ante situaciones particulares que son amenazantes para las personas por diversas razones. Y esencialmente es para captar, descifrar y resolver”.*

a.4 Hipótesis Clínica Psicológica:

El tema intersubjetivo disfuncional *“entrapada por no sentirse en sintonía emocional con su pareja”* configura la desregulación psicológica dimensional que se ubica en el **cuadrante III**, y se produce por la sinergia de los siguientes dominios de conocimiento intersubjetivo que se comportan de manera disfuncional en el presente: **cognición, emoción, imaginación, interpersonal, corporalidad y sexualidad**.

Consideraciones Finales

Se ha expuesto brevemente la fundamentación teórica del Modelo de Formulación de Caso Evolucionista. Además, se presentó únicamente la primera parte del protocolo del Modelo (FCE_Evaluación) aplicado a las primeras sesiones de un caso, en que se describió la exploración, evaluación, conceptualización, devolución y objetivos terapéuticos iniciales del proceso psicoterapéutico descrito.

El sello evolucionistas del modelo presentado son las dimensiones de elaboración de significado intersubjetivo que son producto de nuestra evolución como especie (Sistema Self, Cognición, Emoción, Interpersonal, Imaginación, Corporalidad, Sexualidad y Religiosidad/Espiritualidad) y que son un lenguaje común para comprender el sufrimiento psicológico y sus posibles cambios hacia trayectorias de regulación intersubjetivas saludables.

Para concluir, la utilización del protocolo completo del Modelo Formulación de Caso Evolucionista en un proceso exitoso de psicoterapia, que no se mostró en su totalidad porque va más allá del alcance del presente artículo, tiene una secuencia dinámica de conceptualización temática, que en resumen sería: se inicia con el motivo de consulta, se explora e identifica un eje temático, se co-construye el Tema Intersubjetivo Disfuncional y se focaliza en Narrativa(s) disfuncional(es) identi-

ficando y valorando las dimensiones de elaboración de significado intersubjetivo disfuncionales “perfil de trabajo” (Sistema Self y dominios de segundo orden), que se co-construye y conceptualiza inicialmente en el proceso de la psicoterapia (FCE_E). Posteriormente, se prepara el diseño de intervenciones en función de los objetivos para transformar progresivamente las narraciones disfuncionales y lograr gradualmente la emergencia de narrativas con elementos saludables (indicadores de cambio que se monitorean en el FCE_I [progreso, regulación, indicador de narrativa funcional, indicador de cambio conductual] y EPV) y que se busca que se consoliden en narrativas funcionales y dinámicas que implican la disolución del *Tema Intersubjetivo Disfuncional*.

Notas

- 1- *Escalamiento Narrativo* alude al proceso guiado por el terapeuta que comienza con una narrativa emergente (en el perfil de todos o algunos de los dominios de conocimiento intersubjetivos disfuncionales del paciente) y termina gradualmente en una narrativa funcional dinámica.
- 2- No se incluyen los dominios de primer y segundo orden. Véase caso más adelante y protocolo.
- 3- El protocolo de *Formulación de Caso Evolucionista* [FCE] tiene tres secciones. Se puede descargar gratuitamente en publicaciones de Álvaro Quiñones, se titula: “Protocolo de Formulación de Caso Evolucionista” https://www.researchgate.net/publication/363728060_PROTOCOLO_FORMULACION_DE_CASO_EVOLUCIONISTA_elaborado_por_Alvaro_Quinones_Bergeret
- 4- En España corresponde a baja laboral.
- 5- El caso completo utilizando el protocolo en su totalidad, se encuentra publicado en el texto “Formulación de caso evolucionista: Un lenguaje común en psicoterapia. Ril Editores.”

Referencias

- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation [Formulación de casos de psicoterapia]*. American Psychological Association Books.
- Eells, T. D. (2022). *Handbook of psychotherapy case formulation [Manual de formulación de casos de psicoterapia]* (3ª ed.). The Guilford Press.
- Bender, A. (2020). The role of culture and evolution for human cognition [El papel de la cultura y la evolución para la cognición humana]. *Topic in Cognitive Science*, 12(4), 1403-1420. <https://doi.org/10.1111/tops.12449>
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds [Mentes reales, mundos posibles]*. Harvard University Press.
- Bruner, J. (1997). A narrative model of self-construction [Un modelo narrativo de autoconstrucción]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 818(1), 144-161. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48253.x>
- Bruner, J. y Kalmar, D. (1998). Narrative and metanarrative in the construction of Self [Narrativa y metanarrativa en la construcción del Yo]. En M. Ferrari y R. Sternberg (Eds.), *Self-awareness* (pp. 308-331). Guilford Press.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J. y Beutler, L. E. (2019). *Principles of change: How psychotherapists implement research in practice [Principios de cambio: cómo los psicoterapeutas implementan la investigación en la práctica]*. Oxford University Press.
- Chu, J. y Leino, A. (2017). Advancement in the maturing science of cultural adaptations of evidence-based interventions [Avance en la ciencia madura de las adaptaciones culturales de las intervenciones basadas en evidencia]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(1), 45-57. <https://doi.org/10.1037/ccp0000145>
- Colagè, I. y d'Errico, F. (2018). Culture: the driving force of human cognition [La cultura: la fuerza impulsora de la cognición humana]. *Topic Cognitive Science*, 12(2), 654-672. <https://doi.org/10.1111/tops.12372>
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior [El “qué” y el “por qué” de la búsqueda de metas: las necesidades humanas y la autodeterminación del comportamiento]. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

- Dewart, L. (1989). *Evolution and consciousness: The role of speech in the origin and development of human nature* [Evolución y conciencia: el papel del habla en el origen y desarrollo de la naturaleza humana]. University of Toronto Press.
- Fisher, R. (1987). On fact and fiction. The structure of stories that the brain tells to itself about itself [Sobre la realidad y la ficción. La estructura de las historias que el cerebro se cuenta a sí mismo sobre sí mismo]. *Journal of Social and Biological Structures*, 10(4), 343-351. [https://doi.org/10.1016/0140-1750\(87\)90046-7](https://doi.org/10.1016/0140-1750(87)90046-7)
- Fisher, S. E. y Marcus, G. F. (2006). The eloquent ape: genes, brains and the evolution of language [El simio elocuente: genes, cerebros y evolución del lenguaje]. *Nature Reviews Genetics*, 7, 9-20. <https://doi.org/10.1038/nrg1747>
- Frommer, J. y Rennie, D. (2001). *Qualitative psychotherapy research methods and methodology* [Metodología y métodos de investigación en psicoterapia cualitativa]. Pabst Science Publishers.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment* [Procesos cognitivos conductuales en los trastornos psicológicos: un enfoque transdiagnóstico para la investigación y el tratamiento]. Oxford University Press.
- Kramer, U. (2019). *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client* [Formulación de casos para trastornos de la personalidad: adaptando la psicoterapia al cliente individual]. Academic Press.
- Leaker, R. y Lewin, R. (1992). *Nuestros orígenes: En busca de lo que nos hace humanos*. Grijalbo.
- Levitt, H. M., Pomerville, A. y Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda [Un metanálisis cualitativo que examina las experiencias de psicoterapia de los clientes: una nueva agenda]. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801-830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* [Relaciones de psicoterapia que funcionan: contribuciones de terapeutas basadas en la evidencia] (3ª ed., Vol. 1). Oxford University Press.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* [Relaciones de psicoterapia que funcionan: responsividad de la terapeuta basada en la evidencia] (3ª ed., Vol. 2). Oxford University Press.
- Quiñones, A. (2013). *Indicadores de procesos en psicoterapia asociados a éxito* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España]. <https://hdl.handle.net/10803/129379>
- Quiñones, A. (2022). *Formulación de caso evolucionista: Un lenguaje común en psicoterapia*. Ril Editores.
- Quiñones, A., Ceric, F. y Ugarte, C. (2015). Flujos de información en zonas de tiempo subjetivo: estudio de un proceso psicoterapéutico exitoso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24 (3), 255-266.
- Quiñones, A., Ceric, F., Ugarte, C. y Pascale, A. (2017). Psychotherapy and psychological time: a case study [Psicoterapia y tiempo psicológico: un estudio de caso]. *Rivista di Psichiatria*, 52(3), 109-116. <http://dx.doi.org/10.1708/2722.27762>
- Quiñones, A., Melipillán, R. y Ugarte, C. (2012). Indicadores de procesos de éxito en psicoterapia cognitiva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 247-254.
- Robinson, J. A. y Hawpe, L. (1986). Narrative thinking as a heuristic process [El pensamiento narrativo como proceso heurístico]. En T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology. The storied nature of human conduct* (pp. 111-125). Praeger.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept [Los lados más oscuros y más brillantes de la existencia humana: las necesidades psicológicas básicas como concepto unificador]. *Psychological Inquiry*, 11(4), 319-338. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1104_03
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness* [Teoría de la autodeterminación: necesidades psicológicas básicas en la motivación, el desarrollo y el bienestar]. Guilford Press.
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Domenech Rodríguez, M. y Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews [Adaptaciones culturales y competencia multicultural del terapeuta: dos revisiones metaanalíticas]. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1907-1923. <https://doi.org/10.1002/jclp.22679>

FORMULACIÓN DE FOCOS Y ARTICULACIÓN DE PROYECTOS TERAPÉUTICOS EN TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: UNA APROXIMACIÓN BASADA EN EL ANÁLISIS DE TAREAS

FOCI FORMULATION AND THERAPEUTIC PROJECTS ARTICULATION IN EMOTION-FOCUSED THERAPY: A TASK-ANALYTIC APPROACH

Ciro Caro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6555-0201>

Universidad Pontificia Comillas, Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro, C. (2022). Formulación de focos y articulación de proyectos terapéuticos en terapia focalizada en la emoción: Una aproximación basada en el análisis de tareas. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 43-77. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35764>



Resumen

El trabajo comienza con la revisión de la Formulación de Caso (FC) como acción social, en el sentido de una actividad cargada de intenciones y “no inocente” que, por tanto, requiere un cuidado especial respecto a los procesos que comprende. A continuación, se presenta brevemente el modelo de FC de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y se plantea el siguiente problema: la ausencia de un modelo explícito de lo que representa la mejor ejecución del proceso de co-construir un foco y acordar un proyecto terapéutico en TFE. Dicho problema es analizado mediante la revisión crítica de las dimensiones de la FC (proceso, producto y experiencia del cliente) así como su naturaleza como práctica de gestión del conocimiento en psicoterapia. A partir de ahí, se desarrollan los conceptos complementarios de “foco” y “proyecto terapéutico”, a fin de dotar de fundamento a una respuesta al problema planteado. Para responder, se parte de la consideración del proceso que se desea modelizar como una “macro-tarea terapéutica” orientada a la coordinación intersubjetiva entre cliente y terapeuta, y se conduce la fase inicial del Análisis de Tareas. En la sección de resultados se ofrece un modelo racional-hipotético del proceso de co-construir un foco y acordar un proyecto terapéutico en TFE, así como un manual de la tarea y la correspondiente escala de grados de resolución. Finalmente, se discuten los tres productos en términos de su valor general como recursos para la práctica integrativa en psicoterapia y el desarrollo competencial de los terapeutas.

Palabras Clave: formulación de caso, foco terapéutico, proyecto terapéutico, análisis de tareas, terapia focalizada en la emoción

Abstract

The work begins with the review of Case Formulation (CF) as a social action, in the sense that it is a “not innocent” and a loaded with intentions activity that, therefore, requires special care regarding the processes it comprises. Next, the Emotio-Focused Therapy (EFT) CF model is briefly presented, and the following problem is raised: the absence of an explicit model of what represents the best execution of the process of co-constructing a focus and agreeing a therapeutic project in EFT. This problem is analyzed through a critical review of the dimensions of CF (process, product and client experience) as well as its nature as a knowledge management practice in psychotherapy. From there, the complementary concepts of “focus” and “therapeutic project” are developed, in order to provide a basis for an answer to the problem posed. To answer, we start from the consideration of the process to be modeled as a “therapeutic macro-task” oriented to the intersubjective coordination between client and therapist, and the initial phase of Task Analysis is conducted. In the results section, a rational-hypothetical model of the process of co-constructing a focus and agreeing on a therapeutic project in EFT is offered, as well as task manual, together with the corresponding degrees of resolution scale. Finally, these products are discussed in terms of their general value as resources for integrative practice in psychotherapy and for therapist’s competence development.

Keywords: case formulation, therapeutic focus, therapeutic project, task analysis, emotion-focused therapy

Decir la verdad y después prenderse fuego. Esa es la tarea del filósofo.
-Arthur Schopenhauer, *El mundo como voluntad y representación* (Vol. 1)

La Formulación de Caso (FC) ha sido definida como una competencia profesional, que permite aplicar el conocimiento nomotético sobre problemas y dificultades psicológicas y psicosociales, así como sobre los modos de lidiar con ellas, a un contexto ideográfico a través de algún tipo de estructura conceptual (Eells, 2022). Todo ello, tomando el caso como unidad de referencia, de manera que la complejidad de los fenómenos, procesos y realidades implicados, no se vea perjudicialmente reducida y, a la vez, resulte suficientemente manejable para los profesionales, ya sea que estos actúen individualmente o en equipos. Dicha competencia es, por tanto, una capacidad del terapeuta para “*hacer* algo a partir de *saber* algo”, de modo que evaluación e intervención terapéutica se conecten racionalmente, pero también resulten relevantes y significativas para los clientes¹. Lo cual, en el terreno de la Salud Mental, implica también examinar las cuestiones relativas al empoderamiento de las personas y a la conceptualización y encuadre de sus dificultades en el sistema y en las coordenadas sociales, económicas, políticas e históricas, en las que esas dificultades emergen sintomáticamente.

La Formulación de Caso como Acción Social

Por tanto, la FC es una competencia profesional y una práctica “no inocente” en cuanto que, en un sentido weberiano, es *acción social*: una acción basada en las intenciones de los actores y cuyo sentido es expresión, no solo de la acción misma, sino de sus creencias, valoraciones, perspectivas y sentimientos. Del lado del terapeuta, la claridad al respecto, no siempre viene precedida de una revisión crítica de las estructuras de poder en las que se ha formado y en las que se integra, cuestión que se funde con las exigencias emocionales y existenciales de estar en una relación, tal y como fueron planteadas por Carl Rogers al desarrollar la condición de congruencia y la actitud de autenticidad (Tudor, 2011). Mientras, del lado del cliente, lo que aparece como patológico suele ser, no solo el resultado de una hiperadaptación a condiciones desfavorables o incluso destructivas, sino la expresión misma de un cierto grado de alienación respecto a esas condiciones y respecto a la propia existencia y a las fuerzas para erigirse, conectar y actuar. Formación, terapia, crecimiento personal, práctica reflexiva y una filosofía de apertura a la experiencia y al encuentro, nutren al terapeuta en esta búsqueda de claridad. Por contra, al cliente -al menos en nuestro ámbito- han de nutrirle la relación terapéutica, los discursos sobre el malestar y la forma de salir de él surgidos en esa relación y, eventualmente, las técnicas que ayuden a generar cambios psicológicos, a partir de los que ganar agencia personal y una posición de autoría sobre la propia vida (e.g., autoconsciencia, capacidad de regulación emocional, procesamiento de emociones y reestructuración de esquemas emocionales, evaluación y orientación orgánsmica, etc.). Todo ello, sin descuidar los aspectos puramente sociales y mate-

riales que hacen viable un proyecto existencial, al dar a la persona el poder mínimo necesario para vivir la propia vida. Un poder, que se concreta en conexiones con la comunidad, en oportunidades para trabajar con seguridad, en recursos básicos y en servicios sociales, educativos y de salud, que respalden el propósito de *seguir y actuar* en la vida.

Así pues, es respecto a los discursos sobre el malestar y la forma de salir de él generados en el seno de la relación terapéutica, que ubicamos la FC como práctica y como acción social productora de dichos discursos, cuyo enfoque teórico y aplicado ha de ser sometido a revisión. En nuestro caso, la FC en Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Goldman y Greenberg, 2015; Goldman et al., 2016). Un modelo que afirma sus raíces humanistas y que, por tanto, se halla comprometido con una visión existencial de la persona. Y que, si bien opera con ciertos aspectos vinculados a la racionalidad médica (e.g., heridas emocionales y esquemas problemáticos), se distancia del modelo biomédico en psicoterapia a la hora de conceptualizar la psicopatología y abordar el malestar.

Las FC han sido definidas como hipótesis acerca de las causas, precipitantes e influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo (o sistema), de las cuales se puede derivar un plan de tratamiento (Eells, 2022). Pero también han sido entendidas como formas no patologizantes de dar sentido a los problemas de las personas, que funcionan como una alternativa radical al diagnóstico psiquiátrico, de las cuales se deriva algún tipo de proyecto de recuperación frente a los efectos de la adversidad, el poder negativo o negligente o la amenaza en sus vidas (Johnstone, 2018; Johnstone y Dallos, 2014). Ambas definiciones representan los extremos de un continuo que va de un punto más cercano a la racionalidad médica, a otro claramente posicionado en “lo social” como “político”. Sin embargo, y a nuestro juicio, las dos definiciones son realmente complementarias: mientras que la segunda previene frente a cualquier tentación de ingenuidad, la primera pone sobre la mesa las formas específicas en que es posible pasar del discurso a la acción, sin que esto socave el deber de criticar de dónde salen y hacia dónde apuntan las acciones. Quizá, la bisagra entre ambas miradas se encuentre en el aspecto conversacional de la FC. Por un lado, en su potencial para abrir conversaciones que arrojen luz y sean justas y emancipadoras, como sucede, por ejemplo, cuando bajo el prisma del Marco Poder Amenaza Significado (Marco PAS) se propone sustituir la pregunta *¿Qué está mal en ti?* por la pregunta *¿Qué te ha pasado?* (Johnstone y Boyle, 2018). Y por otro, en su determinación para facilitar conversaciones que sean agudas e incisivas por su capacidad para generar estados afectivos y memorias episódicas y procedimentales, a partir de cuya narración, sea posible co-construir una comprensión precisa y operativa sobre la producción actual del malestar y el bloqueo, así como sobre sus conexiones con la historia personal, que sirva como base para intervenciones terapéuticas transformadoras y efectivas. Se trata pues, de un equilibrio difícil pero apasionante, que combina la necesidad de comprender muy bien “lo que pasa” y derivar de ahí “lo que se puede hacer”,

con el deber de dar precedencia a la persona y al contacto con ella sobre la acción. Lo cual, sitúa a la FC en el corazón de la práctica de la psicoterapia, de un modo que desborda las meras cuestiones técnicas con las que se identifica cada modelo de FC estructurado.

Formulación de Caso en Terapia Focalizada en la Emoción

La FC focalizada en la emoción (Goldman y Greenberg, 2015; Goldman et al., 2016) es una actividad constructiva y procesual, guiada por el diagnóstico de proceso y la responsividad empática del terapeuta, quien evalúa, momento a momento, los estados internos del cliente, así como sus necesidades de procesamiento actuales y responde diferencialmente a ambos. De ese modo, trata de promover la diferenciación de experiencias y su simbolización en la consciencia, la experienciación desde el cuerpo y la creación de significado, el procesamiento de emociones y la autoexpresión congruente. No trabaja con cosas o entidades en la mente de las personas (e.g., trastornos, pensamientos, impulsos o incluso con emociones como objetos), sino que emplaza en “darse cuenta” y la acción en las relaciones Yo-Tú (terapeuta-cliente) y Yo-Yo (cliente-cliente), dirigiendo la atención a cómo el cuerpo situado y sintiente de la persona vive el proceso existencial de “emocionarse”. Es decir, el proceso de responder afectivamente ante la evaluación orgánsmica de la relación en entre las propias necesidades y el ambiente, a través de la activación de esquemas emocionales (los cuales integran elementos valorativos de aproximación-evitación, memorias, sensaciones corporales relativas a la globalidad de una situación y significados motivacionales pre-verbales en forma de necesidades y tendencias a la acción, así como elementos cognitivos resultado de la propia actividad de simbolizar la experiencia o provenientes del entorno social o cultural).

Para ello, se apoya en las capacidades del terapeuta para captar empáticamente qué es diferente en cada instante (qué pide paso justo ahora, qué está siendo retenido, interrumpido o desviado y qué duele) y responder diferencialmente, de modo que se promueva el procesamiento emocional y *el experienciar* (la secuencia sentir-crear significado-sentir). En consecuencia, trabaja con el sí mismo como flujo de estados auto-organizados alternantes de base emocional, que es visto como un proceso continuo de organización-desorganización, orientado hacia los estados atractores implícitos en cada emoción (e.g., el sí mismo *confrontador* en la persona que *se enfada*). Además, la persona es vista como una pluralidad dialógica -más o menos integrada- de estados auto-organizados o voces, que son formulables en términos de las intenciones y necesidades implícitas en sus emociones.

Por otra parte, la relación terapéutica durante el proceso de formulación es planteada como una relación centrada en la persona y orientada a la facilitación de procesos vivenciales en un marco igualitario, presidido por la autenticidad. El foco en la persona implica trabajar en el marco fenoménico del cliente (en el borde de su “darse cuenta”) y priorizar el contacto y el experienciar sobre el cambio. Mientras

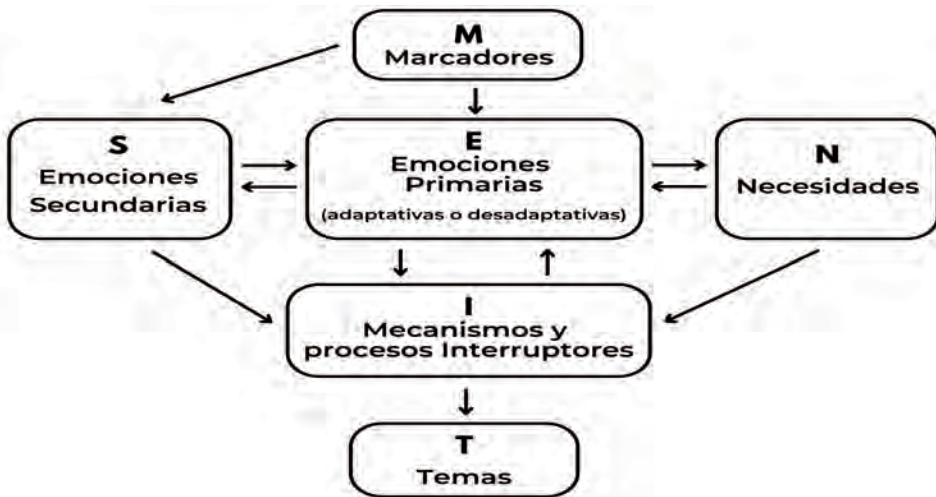
que, la orientación hacia el proceso implica ser responsivo frente a los diversos marcadores de necesidades o dificultades de procesamiento actuales y responder a ellos diferencialmente, en el momento oportuno. El cliente es experto en su experiencia interna y el terapeuta es experto en facilitar y acompañar procesos, y ambos llegan a reconocerse mutuamente como personas en una relación cooperativa. Desde el principio de la relación, la sintonización empática con el afecto persigue generar un referente interno en el experimentar del cliente, que no solo actúa como guía, sino que suele ser el aspecto más vivo de la emoción subyacente. El cual es, probablemente, algún elemento de un esquema de emoción activado. A partir de ahí, explorar supone al menos tres subprocesos: a) sentir de un modo más completo e ir cartografiando los elementos esquemáticos de la experiencia sentida aquí y ahora; b) diferenciar y simbolizar los sentimientos y emociones en su contexto biográfico y c) explorar los hechos de la vida en su contexto emocional, permitiendo que revelen su significado afectivo. De esta manera, y progresivamente, emoción y narrativa emergen como dos pistas en interacción y permiten a la persona profundizar -pasando de emociones secundarias o instrumentales a emociones primarias- y reconocer, simbolizar y expresar el dolor nuclear implícito en las necesidades no satisfechas o no respondidas, o en cuya satisfacción, el sí mismo fue vulnerado en el contexto de un vínculo.

Esto exige al terapeuta ofrecer presencia y contacto para trabajar con la emoción en la sesión: a) ayudando a evitar la evitación y a mantener la regulación emocional al servicio del proceso; b) siguiendo la “brújula del dolor” para activar los esquemas de emoción clave en la sesión y c) afirmar la vulnerabilidad y dar apoyo para “atravesar” los momentos emocionalmente difíciles. Cuando el caso se ha desplegado suficientemente -el dolor nuclear es compresible y la información clave para formular un foco y derivar de él un proyecto terapéutico (PT) ha sido generada-, el terapeuta se esfuerza por ofrecer una comprensión al cliente y por implicarle en el proceso de comprenderse. Dicha conversación versa sobre: 1) cómo se produjo el daño raíz de la persona (causas distales); 2) cómo se produce el malestar actual (factores disparadores y causas actuales); y 3) cómo los esfuerzos del cliente por afrontar sus emociones y sus circunstancias empeoran las cosas y/o perpetúan los problemas (factores de mantenimiento), produciendo, a su vez, nuevo malestar y dolor. Es decir, sobre cómo se instauran los ciclos de auto-tratamiento negativo que, con frecuencia, conducen a cuadros complejos que reciben diferentes diagnósticos (comorbilidad). Igualmente, la conversación puede incluir aspectos materiales, sociales, culturales o existenciales, que permiten entender, verdaderamente, la coherencia y el significado emocional de los síntomas, como respuestas de supervivencia ante la adversidad en distintas etapas de la vida. Desde el punto de vista pragmático, este momento consiste en la co-construcción de un foco terapéutico a partir de seis elementos agrupados bajo las siglas “MENSIT” (Goldman y Greenberg, 2015) (Figura 1): *Marcadores (M)* o señales de dificultades de procesamiento emocional que se han hecho visibles en las primeras sesiones,

y que anuncian el tipo de tareas terapéuticas que serán pertinentes más adelante; *emociones primarias* (E), que determinan la naturaleza del dolor emocional y lo que es necesario procesar y transformar (típicamente soledad/abandono, vergüenza/culpa e inseguridad/miedo); *necesidades existenciales* (N), que siguen “empujando” y que provocan el dolor emocional (típicamente conexión/amor, valoración/respeto y seguridad/protección); *emociones secundarias* (S), que se producen como reacción a la experiencia emocional primaria y que oscurecen o agravan el cuadro (e.g., desesperanza y ansiedad); *procesos interruptores* (I), a través de los cuales la persona trata de regular sus estados emocionales, y que pueden ser entendidos como respuestas de autoprotección o auto-conservación que, no solo no resuelven el problema, sino que lo complican; y *temas* (T), entendidos como el tipo de asuntos clave que será necesario abordar, ya sean estos intrapersonales (e.g., autocrítica), interpersonales (e.g., asuntos no resueltos con otros significativos), experienciales (relativos a dificultades de procesamiento emocional) o existenciales (relativos a crisis y cambios vitales que desafían a la identidad).

Figura 1

Elementos de la Narrativa del Foco Terapéutico en Formulación de Caso en TFE



Esta comprensión compartida con el cliente es, a su vez, una afirmación empática del dolor, una visibilización de la persona y su historia y un contacto respetuoso y compasivo, que le devuelven el espacio y la voz en el marco de la relación terapéutica. Solo desde ahí cobra sentido y es viable invitar a la persona a considerar las posibilidades de cambio mediante la articulación de un PT compartido, en el que las dificultades formuladas son la base para: a) justificar el tipo de tareas terapéuticas -las técnicas del modelo- que tendrá sentido asumir a lo largo del tratamiento y b) plantear objetivos de transformación del dolor nuclear -codificado en términos de heridas y esquemas emocionales problemáticos- y su proyección

sobre metas personalmente significativas, que expresan la resolución de problemas relevantes para la persona (como la recuperación de proyectos vitales interrumpidos, el cuidado de las relaciones, el autocuidado, la toma de decisiones, etc.).

Este modelo de FC que acabamos de sintetizar, ha sido planteado como un proceso en tres fases (Goldman y Greenberg, 2015; Goldman et al., 2016), que aparecen indicadas en la Tabla 1: primera, desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente; segunda, co-crear un foco e identificar la emoción o el dolor nuclear y vincularlos con el tipo de implicación al que se invitará al cliente en la siguiente fase, y con las metas y resultados que cabe esperar; y tercera, continuar las sesiones atendiendo a los marcadores de proceso (empatía) y de tarea (técnicas terapéuticas), así como a los nuevos significados emergentes (reflexión).

Tabla 1

Síntesis de las Fases y Procesos del Modelo de Formulación de Caso en TFE (adaptado a partir de Goldman y Greenberg, 2015)

Fase 1: Desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente

1. Ayudar a la persona a pasar, de contar sus síntomas o los aspectos externos de sus dificultades, a experimentar, simbolizar y narrar:
 - a. Su modo de vivir el problema
 - b. Su historia
2. Captar y ser responsivo frente al modo que la persona tiene de relacionarse con su experiencia emocional:
 - a. Consciencia
 - b. Regulación
 - c. Expresión
 - d. Creación de significado
 - e. Reflexión

Fase 2: Co-crear un foco e identificar la emoción o el dolor nuclear

3. Identificar y simbolizar los elementos del MENSIT que permiten entender lo que pasa y cómo se mantiene:
 - a. Cómo se produce el malestar actual (emociones secundarias)
 - b. Cuál es el dolor nuclear subyacente (nivel de esquemas emocionales, heridas interpersonales y necesidades no satisfechas)
 - c. Qué hace la persona para mitigarlo (formas de auto-tratamiento)
 - d. Qué consecuencias tiene (efectos de la interrupción sobre las necesidades)
 - e. Qué hace la persona para contrarrestar esas consecuencias y qué nuevos ciclos de auto-tratamiento problemático se generan (efectos de comorbilidad)
 - f. Cómo se inscribe todo lo anterior en la biografía y en las circunstancias actuales de la persona.
 - g. Cuáles podrían ser las actividades y procesos terapéuticos que conducirían a un cambio
4. Organizar narrativamente la explicación basada en el MENSIT para formular un foco Terapéutico (problema-respuesta).
5. Pasar a compartir el foco con el cliente e implicarle activamente en su revisión y en la derivación, a partir de ahí, de un PT personalizado.

Fase 3: Trabajar sobre la base de una alianza terapéutica basada en:

6. La experiencia de explorar el mundo emocional del cliente colaborativamente (sintonizar empáticamente).
 7. El propósito de responder con sensibilidad a los marcadores de tarea emergentes y facilitar tareas.
 8. Atender a los marcadores de proceso y a los nuevos significados y apoyar la reflexión.
-

En Busca de una Formalización Explícita y Evaluable del Proceso de Co-construir un Foco y Acordar un Proyecto Terapéutico en TFE

La literatura sobre FC es amplia en lo que se refiere a su relevancia para la práctica clínica (Caro y Montesano, 2016; Eells, 2022; Eiroá, 2021), así como en lo relativo a la investigación de las variables que hacen confiables a los distintos modelos de formulación (e.g., utilidad, calidad de las formulaciones, adherencia de los formuladores a un modelo, validez de constructo de los modelos de formulación y fiabilidad de los procedimientos derivados de estos modelos, competencia de los clínicos y sesgos de estos, etc.) (Caro, 2017). Por otra parte, los modelos de FC estructurados son, esencialmente, un derivado de las teorías psicoterapéuticas a las que se adscriben, resultado de la reflexión sobre la práctica y el intento de manualizarla y/o de hacerla comunicable y entrenable. Y, si bien tratan de incorporar procedimientos de evaluación y variables relevantes que permiten utilizar la mejor evidencia disponible desde su perspectiva -y hacer de la FC un proceso basado en la evidencia (Eells, 2016)-, la propia estructura y los pasos de tal proceso no son, en sí, un resultado empírico acerca de qué constituye una *formulación ideal* (eficaz, útil, fiable y válida) dentro de un determinado modelo. Esto mismo sucede en el marco de la TFE, cuyo modelo de FC recibe el apoyo tácito, pero no controlado de su inserción asistemática en la práctica cotidiana de los terapeutas focalizados en la emoción, y de su implementación básica en los estudios de caso y en los estudios controlados aleatorizados que alimentan la base de evidencia de este enfoque (Pos y Choi, 2019; Timulak et al., 2019). En otro nivel, la FC en TFE ha sido evaluada integralmente como proceso cuyo dominio competente depende, en efecto, tanto de las capacidades emocionales de los terapeutas, como del entrenamiento específico en las subcompetencias del modelo (Caro, 2017), pero esto no termina de aportar los datos necesarios sobre cómo es un proceso de FC eficaz en TFE.

En este contexto, aunque el manual de referencia *Case Formulation in Emotion-Focused Therapy* (Goldman y Greenberg, 2015) explica extensamente el funcionamiento y la dinámica de esta práctica, no incide sistemáticamente en un aspecto particular: el proceso de estructurar y compartir un foco terapéutico en conversación con el cliente y derivar, a partir de ahí, un PT personalmente significativo. Más bien, deja indicadas e ilustradas con ejemplos el tipo de acciones que realizan los profesionales en esos momentos, pero no ofrece un modelo de la ejecución ideal. Así pues, el Capítulo 5 de dicho manual (*Co-create a focus and identify the core emotion*), se ocupa de la segunda fase del proceso de FC en TFE y aborda dos cuestiones: primera, la naturaleza del foco terapéutico de acuerdo con la información vivencial relevante para el modelo, que ha sido generada en la fase anterior de *exploración*; y segunda, el modo de co-construir la narrativa de la formulación del caso, vinculando las dificultades relacionales y conductuales que presenta el cliente, con los elementos desencadenantes y con los esquemas emocionales subyacentes, responsables del dolor nuclear de la persona. Es esta segunda cuestión, la que abordamos en este trabajo y la que tratamos de hacer más

explícita, centrando la atención en los aspectos formales, técnicos, procesuales y relacionales, que permiten pasar del foco al proyecto. Cuestión que, por otra parte, parece relevante, pues:

aunque los estudios basados en medidas generales de alianza, metas o tareas, en cuanto construcciones abstractas proporcionan evidencia de que tales factores son importantes [en distintos enfoques], brindan una guía limitada sobre lo que los clínicos deberían hacer en realidad. (Oddli et al., 2021, p. 2, traducido por el autor)

Con ese fin, hemos recurrido al método de Análisis de Tareas (AT) para desarrollar un modelo de proceso sobre el trabajo co-constructivo y cooperativo que realizan cliente y terapeuta, en pos un foco para el tratamiento y del acuerdo sobre un PT compartido. Un modelo que, por otra parte, en sus dimensiones más macro, creemos que puede ser válido -o al menos útil- para la práctica terapéutica desde otros enfoques. Así pues, parafraseando la forma en que Greenberg (2007) define la meta principal del AT en la investigación de procesos de cambio en la sesión y adaptándola a una secuencia de interacciones más amplia, proponemos que: el objetivo de una aproximación a la formulación de foco y al acuerdo de un PT desde esta perspectiva, es construir un modelo explicativo de los procesos de interacción, que ayude a captar algunas de las invariantes de las ejecuciones que alcanzan el máximo grado de resolución. Es decir, un modelo que refleja aquello que se repite, en los casos en que terapeuta y cliente logran transitar de un *estado inicial* en el que el caso se halla suficientemente desplegado (i.e., hay información relevante para formular), a un *estado final* de acuerdo y compromiso con la terapia, basado en un PT compartido. En el terreno que nos ocupa, que no es el de una *tarea terapéutica* (un proceso de cambio en sesión que permite el abordaje de una dificultad de procesamiento actual), lo que tratamos de modelizar es lo que podría denominarse una *macro-tarea de la terapia*, consistente, en esta ocasión, en la resolución de un problema de acuerdo intersubjetivo respecto a qué ocurrió antes, qué ocurre ahora, qué queremos lograr en la terapia y qué podemos hacer para ello. Lo cual, enfatiza las dimensiones de acuerdo (metas y medios) del modelo tripartito de alianza terapéutica (Bordin, 1979; Horvath y Greenberg, 1989), y desarrolla el aspecto descriptivo -y potencialmente prescriptivo- sobre cómo se alcanzan dichos acuerdos en la sesión. Dicha macro-tarea sería lo que podríamos llamar una *tarea de coordinación mutua*, grupo al que podrían pertenecer otras macro-tareas como *terminar el tratamiento y despedirse, renegociar algún aspecto contractual o reparar una ruptura en la alianza*.

Dimensiones de la Formulación de Caso: Proceso, Producto y Experiencia

El estudio y conceptualización sistemáticos en el dominio de la FC, ha permitido distinguir dos subdominios complementarios muy presentes en la literatura: la FC como *proceso* (lo que cliente y terapeuta hacen para lograr una explicación del caso y una propuesta de tratamiento) y la FC como *producto* (la explicación

co-construida como hipótesis acerca del caso, junto con sus implicaciones terapéuticas, organizados en un esquema y/o en una narrativa comprensible para el cliente). Los estudios en estos subdominios se han centrado en tres campos: el impacto del entrenamiento en FC sobre la fiabilidad de los distintos modelos; la evaluación de la contribución de la FC explícita al resultado terapéutico, y la calidad de las FC como textos (Caro, 2017; Eells, 2022). Un tercer subdominio, mucho menos reconocido en los manuales, es el de la FC como *experiencia*, entendida ésta como la vivencia del cliente respecto a sí mismo, a sus problemas, a su circunstancia, a la terapia y al terapeuta, resultado de estar implicado en proceso de construir la FC y de recibir la explicación de la FC como producto. No obstante, este dominio sí ha sido abordado por la investigación, sobre todo en el contexto de instituciones y sistemas preocupados por cuestiones de balance de poder como el NHS (Sistema de Salud Nacional del Reino Unido), aunque con muchas limitaciones. Las más, debidas a la heterogeneidad de poblaciones, problemas y modos de compartir la FC con la persona (ver Caro, 2017, para un resumen), por lo que la evidencia disponible solo permite enfatizar los aspectos de calidad del proceso que deben ser tenidos en cuenta y contrabalanceados, sobre la base de una relación terapéutica de calidad, para maximizar los beneficios de compartir las formulaciones. Así, por ejemplo, Redhead et al. (2015) exploraron la experiencia acerca de la formulación, vivida por diez clientes en un tratamiento cognitivo-conductual para problemas de ansiedad y/o depresión. Para ello, condujeron un estudio cualitativo a partir de entrevistas semi-estructuradas, en el que hallaron que la FC era percibida como muy beneficiosa por los clientes e identificaron cuatro temas relativos a cómo la formulación les ayudaba a superar sus dificultades: 1) la formulación me ayuda a entender mis problemas; 2) conduce a que me sienta entendido/a y aceptado/a; 3) la formulación me llevó a un cambio emocional y 4) la formulación me posibilita avanzar. Según el estudio, para maximizar estos beneficios, el terapeuta debe adoptar una postura colaborativa y sensible a las posibles reacciones adversas que puedan mostrar los clientes hacia la FC durante el proceso (e.g., aumentar la consciencia sobre la naturaleza de las propias dificultades, las implicaciones que la formulación puede poseer para el propio sentido de identidad, o las ocasiones en que la formulación es percibida como imprecisa). Este estudio apunta en la dirección de lo que nos interesa promover, a saber: la calidad del proceso de formulación y la calidad de los productos de la formulación como claves para una experiencia positiva en los clientes. Y nos invita a especificar el proceso por el que las dimensiones *proceso* y *producto* se combinan para impactar en la de *experiencia*. Es decir, nos invita a modelizar el proceso de compartir las FC con los clientes e implicarles en la revisión de las mismas, de modo que se maximice una experiencia terapéutica y se eviten experiencias negativas, como las que trata de prevenir la guía de buenas prácticas en FC de la Division of Clinical Psychology de la Asociación Británica de Psicología (DCP, 2011): que las FC sean experimentadas como impuestas, invalidantes y/o patologizantes, y que contribuyan a hacer sentir a las personas atrapadas en las

definiciones dadas desde el poder de los profesionales.

La Formulación de un Foco como Matriz del Proyecto Terapéutico en TFE

La FC puede ser entendida como una práctica intersubjetiva de *gestión del conocimiento* en psicoterapia (Caro, 2017), que permite transformar datos brutos en información con significado, hacer juicios clínicos y tomar decisiones en diferentes escalas temporales y con diferentes grados de compromiso con la participación del cliente. Así pues, llegar a tener un foco terapéutico es más que obtener datos, por mucho que algunos tengan un alto valor predictivo según la evidencia (e.g., que un cliente deprimido experimentó un abandono temprano). Y es más que transformar estos datos en información clínicamente relevante (siguiendo con el ejemplo, saber que ese abandono dio lugar a una herida a la que luego sucedió la resignación y el abandono de actividades placenteras en contacto con los demás), sino que, es o debiera ser, lograr un conocimiento compartido sobre qué hizo la persona para enredarse (i.e., evitar el contacto para evitar la emoción) y sobre cómo salir de ese “enredo” en el que quedó atrapada (i.e., experimentar desánimo y desesperanza crónicos, frente a la posibilidad de que hacer algo para contactar con alguien vaya a servir para algo, y frente a la seguridad de que, hacerlo, supondrá perder de nuevo). Por tanto, el foco terapéutico, es un conocimiento resultado de gestionar datos e información, que es resultado de desplegar el caso, y que lleva implícito un PT -entendido éste último, como un camino para deshacer y salir del enredo.

Este planteamiento bebe de una conceptualización del trastorno psicológico como *entidad interactiva* y no como *entidad natural* (i.e., enfermedades), y como un drama social, en el sentido de que es un “problema de la vida que se ha enredado de una manera, en la que los propios esfuerzos terminan por ser más parte del problema que de la solución” y dan lugar a un bucle hiper-reflexivo, del que la persona no es capaz de salir (Pérez-Álvarez, 2012, 2013, 2020). Desde este punto de vista, la psicoterapia, como disciplina que mejor permite salir de esos enredos, es, a juicio de Pérez-Álvarez (2019) una ciencia humana, entendida como “una actividad relacional, holista, contextual centrada en la persona y basada en valores, más que [como] una actividad científico-técnica centrada en *mecanismos averiados*”. En consecuencia, este mismo autor reclama para ella un planteamiento contextual como el que realizan Wampold e Imel (2015) y un enfoque fenomenológico-existencial que la humanice en lugar de convertirla en la mera aplicación mecánica de técnicas. Sin embargo, concordando plenamente con este planteamiento, creemos que: 1) el camino psicoterapéutico de salida del enredo posee tanto dimensiones técnicas que operan en el nivel mecánico (e.g., cómo ayudar a la persona a pasar de la desesperanza secundaria a la tristeza primaria no procesada, evocando la figura ausente en la “silla vacía”), como dimensiones existenciales (e.g., abrirme a ser un “yo abandonado”, hijo/a de una existencia fallida y huérfano frente a un mundo que no puede darme lo que no tuve en la infancia); 2) que la efectividad de las técnicas que implican el procesamiento del dolor emocional (Timulak, 2015),

no son una ilusión ni un ejemplo de “mala ciencia”, en el sentido en el que Pérez-Álvarez (2019, 2021) critica a la terapia EMDR o a la terapia cognitivo-conductual basada en procesos; y 3) que, al menos en el caso de la TFE, ambas dimensiones son igualmente relevantes y se complementan en las intervenciones eficaces (Goldman et al., 2006).

En ese sentido, el foco es la matriz de un PT que, en los términos humanistas de la TFE, excede la noción lineal mecanicista, propia del concepto -más médico- de “plan de tratamiento”, para hacerse cargo de la doble dimensión significado-naturaleza. Lo cual, implica, que las narrativas que componen las formulaciones de los focos terapéuticos son formas de sintetizar significados, de negociar formas compartidas de entendimiento y de comunicarlos, que nunca constituyen relatos concluidos o verdaderos (Butler, 1998) aunque se apoyan en materiales bastante más prosaicos (e.g., una amígdala hiperexcitable). Y más aún que, como plantean Harper y Moss (2003), las formulaciones desarrolladas por los clínicos no son la formulación objetiva de un problema “allá afuera” o “ahí dentro”, sino *una perspectiva* sobre lo que ha sucedido y/o sucede en la intersección entre esos dos mundos (la interacción en un sistema), resultado de un proceso colaborativo y continuo de construcción de significados. Y, aunque según estos autores, los clientes generalmente no acuden a consulta “pidiendo formulaciones”, sí que creemos que podemos implicarles tanto en el proceso de elaborarlas, como en el de pensar sobre cómo utilizar la comprensión que aportan, para salir colaborativamente de los enredos de la vida en los que han quedado atrapados. Tomando, por supuesto, tanto la formulación del foco que explica el malestar como el PT -es decir, la FC- como *un mapa* y no como *el territorio* mismo.

En el marco de la FC en TFE (Goldman y Greenberg, 2015), el foco terapéutico es definido como una co-construcción acerca de los procesos que actualmente causan el dolor emocional de la persona, de sus formas de reaccionar a este dolor, de los síntomas que esto produce y de las dificultades de ahí derivadas, a la hora de responder adaptativa y creativamente a la vida, a lo largo de su biografía. Algo que, convencionalmente se apoya en la integración narrativa de los cinco elementos que componen el acróstico MENSIT al que nos referimos más arriba. Tal narrativa constituye lo que Westmeyer (2003) denomina una hipótesis idiográfica, aunque, como creemos, reúne aspectos de lo que Toukmanian y Rennie (1992) -siguiendo la distinción hecha por Bruner- llamaron *explicaciones paradigmáticas* en psicoterapia, opuestas a las *explicaciones narrativas*. Las primeras se basan en el razonamiento demostrativo y dan lugar a hipótesis sobre las causas de las relaciones entre fenómenos y, frente a ellas, la verificación de las hipótesis se toma como evidencia de leyes generales. Por contra, las segundas se basan en la idea de que las regularidades en el comportamiento humano se entienden mejor en términos de probabilidades, debidas a que las personas tienen razones para sus acciones y a que, estas razones, poseen un contexto que les da sentido. Ahora bien, creemos que, aunque la génesis de un trastorno o la instauración de un drama social sin salida, que además

ha generado un bucle (Pérez-Álvarez, 2019), es algo que se comprende bien en términos narrativos, la rigidez de los fenómenos psicológicos a través de los que se instaura ese bucle, así como algunas de las formas de flexibilizarlo, responden mejor a explicaciones paradigmáticas. Lo que nos pone frente a un horizonte y una responsabilidad dobles: por un lado, desplegar el caso en compañía del cliente hasta encontrar la mejor explicación, formulada en términos que él mismo pueda entender y le resulten validadores, y por otro, derivar, a partir de ahí, un proyecto que le resulte convincente y cuyos aspectos tecnológicos no le lleven “cogido por el pescuezo” ni le supongan una nueva invalidación. Antes bien, una sensación de oportunidad y autonomía. Motivos por los cuales, antes de especificar cómo trabajar en la FC en TFE, creemos oportuno profundizar en la noción de PT.

El Proyecto Terapéutico como “Proyecto Interaccional” y Culmen de la FC

Eells y Lombart (2011) identificaron las siguientes características ideales de la FC: 1) debe ser precisa y ajustarse a las características del caso concreto; 2) útil para el tratamiento (mejores resultados “con” que “sin” formulación); 3) parsimoniosa y comprensiva (debe integrar suficiente información -de manera lógica y significativa- como para abordar lo complejo sin añadir ruido); 4) mantener un equilibrio entre descripción y explicación (sabiendo que el uso de elementos demasiado abstractos hace disminuir la fiabilidad inter-observadores); y 5) debe utilizar evidencia científica en la explicación de las dificultades del cliente y en la propuesta de las intervenciones, siendo que esta evidencia se encuentra distribuida en un continuo, que va de formas más fuertes a otras más débiles (Eells, 2016). A estas cinco características nosotros añadimos una sexta, poniendo de relieve el carácter procesual de la FC y su relevancia en la construcción de una alianza terapéutica que no solo sea sólida, sino funcional y operativa: 6) la FC debe permitir pasar de un estado inicial, en el que se ha elicitado la suficiente información (caso desplegado), a un estado final, de compromiso e implicación con las metas de cambio y con los medios para lograrlo.

La reorientación desde el *contacto* (relación) hacia el *proceso* (lo que se hace) marcó el desarrollo de la TFE, especialmente al comprobar que las puntuaciones en los aspectos de tarea de la alianza eran mejores predictores de buen resultado, que el mero componente de empatía (Goldman, 2019; Horvath y Greenberg, 1989). Y más concretamente, que esto se traducía en el logro de una formulación de foco compartida entre cliente y terapeuta, que permitiera una implicación adecuada y motivada de ambos (Goldman y Greenberg, 2015). La exploración empática de la experiencia sigue siendo la línea base de la terapia, pero la implicación del cliente en la resolución de tareas terapéuticas en la sesión resulta crucial (Elliott et al., 2004; Goldman et al, 2006; Greenberg, 2019) y, para ello, no lo es menos el logro de una buena FC y el establecimiento de un PT compartido. La sesión comienza normalmente con la exploración de la experiencia actual y el proceso de formulación avanza y retrocede, entre atender y observar los estados emocionales

de los clientes y responder con diversas intenciones (i.e., validar, reflejar, afirmar, conjeturar, estimular, evocar, etc.). Un caso desplegado supone que ya es posible formular un foco y utilizar esta información para orientar al terapeuta sobre los posibles “planes” que permiten resolver las dificultades emocionales del cliente. Por eso, entre otras razones, no se parte de un plan de tratamiento a priori, sino de un acuerdo sobre lo que tendría sentido abordar, a medida que los marcadores de las tareas terapéuticas clave vayan emergiendo. Hay pues, una tensión entre “el ahora” y el “hacia dónde” mediada por diversos “cómos”, que el terapeuta tiene siempre en mente y que, el cliente, puede también hacer suya. Y esa tensión es la base de lo que entendemos como *proyecto*.

Lo anterior nos introduce en un tema emergente en el campo de la investigación, como es el de las *prácticas orientadas hacia el futuro en psicoterapia*. Un tema que, si bien cuenta con importantes antecedentes, ha despuntado recientemente en estudios empíricos que vinculan proceso y resultado, con el foco puesto en cómo los terapeutas, especialmente aquellos con mayor pericia, trabajan con los clientes para establecer la colaboración en metas y tareas (Oddli y Halvorsen, 2014; Oddli y McLeod, 2017; Oddli y Rønnestad, 2012; Oddli et al., 2014; 2021). Entre esos antecedentes, encontramos algunos muy próximos a la TFE, como el estudio de la agencia de los clientes de Bohart y Tallman (1999); las distinciones técnicas sobre cómo responder empáticamente a la sensación del cliente respecto al futuro (Bohart, 1993); la conceptualización de la tendencia al crecimiento, formativa o a la auto-actualización en las terapias humanistas (véase la reformulación de Greenberg et al., 1993); la noción de “borde de crecimiento” (*growing edge*) como lugar de enfoque en el “aquí y ahora”, donde un nuevo paso experiencial se está formando (Greenberg et al., 1993); o la noción de “llevar adelante” (*carrying forward*) propia del Focusing de Gendlin (1964, 1996), como movimiento sentido corporalmente, resultado de responder a lo implícito no formulado y necesitado por la persona en una situación dada. Por otra parte, los conceptos y prácticas precedentes, de profunda raíz existencial, son aspectos de lo que May (1980) llamó *proyectividad* del ser humano. Y, si bien se refieren a aspectos predominantemente procesuales del instante, también creemos que esta manera de entender el funcionamiento humano en el seno de una relación de ayuda -al menos tal y como fue planteada por Rogers (1957)-, puede ser aplicada al proceso de alcanzar una visión global de los problemas que llevan a la persona a terapia (*despliegue del caso*). Y, posteriormente, a la formulación de un proyecto sobre cómo “desenredarlos”, que permita “cambiar desde dentro” más que “cambiar cosas”.

Schegloff (2007) definió el término *proyecto interaccional* como un curso de conducta que se desarrolla durante un lapso de tiempo (no necesariamente en secuencias consecutivas), al que los co-participantes pueden volverse sensibles. Algo que, además, puede informar su aproximación a cualquier secuencia posterior, para ver si se relaciona con el tema al que estaba vinculado ese curso de conducta. Por tanto, el PT, como formulación que surge de y asume la proyectividad del cliente y

que nace del caso desplegado, es un proyecto interaccional, que tiene algo de “planeamiento” y algo de “rastreo”. Una dualidad que permite caminar con dirección, mientras se ponen en marcha experiencias desafiantes, que promueven el cambio emocional y la reflexión. Así, y como han investigado Guxholli et al. (2021), las parejas cliente-terapeuta con un buen vínculo y un proyecto, son capaces de tolerar el desacuerdo o la desafiliación autoprotectora frente a las emociones difíciles, mientras mantienen una orientación hacia el proyecto psicoterapéutico de fondo.

En el marco teórico humanista-experiencial, la tendencia histórica fue evitar el diagnóstico por dos motivos fundamentales, bien explicados en el marco de la Terapia Centrada en la Persona (Rogers, 1957): por una parte, el riesgo de que el terapeuta incurra en un abuso de poder al utilizar etiquetas diagnósticas y, por otra, que el imponer interpretaciones a la experiencia de la persona pudiera detener el flujo de exploración y creación de significado (*experiencing*). A lo cual habría que añadir una objeción general de los modelos humanistas frente al establecimiento de “planes de tratamiento” derivados de la evaluación psicológica, por considerar a ambos -y a su relación lineal-, como el producto de una concepción mecanicista del ser humano, que socava los principios de autodeterminación que distinguen a la Psicología Humanista (Ryan y Deci, 2000). A este respecto, resulta aclaratoria la reflexión de Edelstein (2015) acerca de la tensión entre *mutualidad* y *jerarquía*, que exige un posicionamiento al terapeuta humanista-existencial. Este autor entiende por mutualidad en la relación cliente-terapeuta, la forja de una conexión profunda, que parte de la comprensión de que ambos se encuentran atravesando el “viaje humano” y de que son iguales, en tanto los dos tratan de acceder a su experiencia y de expresarla. Lo cual, apoya el contacto más profundo de los clientes consigo mismos y el coraje para ser acompañados. Y, por oposición, define jerarquía en la relación terapéutica, como el resultado de un modelo en el que el terapeuta evalúa al cliente, le ofrece un diagnóstico y le prescribe un plan de tratamiento. Un plan, que resulta exitoso si es seguido por el cliente y que depende del conocimiento experto y de la objetividad del terapeuta. No obstante, esta tensión -junto al adecuado compromiso con los datos empíricos sobre tarea y alianza que hemos referido anteriormente- ha sido resuelta -al menos sobre el papel- por el modelo de FC de la TFE, al encuadrar el trabajo de exploración-intervención en una perspectiva constructivista, que respeta la autonomía epistémica del cliente. Y, últimamente, al proponer nosotros aquí, el concepto de “proyecto terapéutico compartido” como proyecto interaccional y como alternativa a la noción convencional de “plan de tratamiento”.

En consecuencia, definimos el PT como un acuerdo con dos niveles -el nivel explícito y el nivel implícito-, que “vive” en la relación terapéutica como un proyecto interaccional y que nace de dos fuentes: primera, de la diferenciación, observación en el cuerpo, simbolización, validación y afirmación de las experiencias más dolorosas y desempoderantes de la persona, puestas en el contexto de su historia vital y de sus circunstancias; y segunda, de una conversación franca acerca de: a) las

metas personalmente significativas para el cliente y que éste aspira a lograr con la terapia; b) las formas en que el terapeuta va a colaborar en la persecución de tales metas; y c) los modos de implicación vivencial que serán necesarios por parte del cliente para ello, junto con las correspondientes operaciones del terapeuta para facilitarlos. Modos que, en la TFE, se corresponden con las diversas *tareas terapéuticas* señalizadas por marcadores (i.e., exploración empática, afirmación empática de la vulnerabilidad, reparación de rupturas en la alianza, focusing, resolución de escisiones autocríticas y autointerruptoras, trabajo con reacciones problemáticas, trabajo con asuntos no resueltos con otros significativos y autoconsuelo compasivo) (Elliott et al., 2004; Greenberg et al. 1993).

Metas Terapéuticas, Proyecto como “Estado de Conciencia Intencional” Compartido y Responsividad

La cuestión del consenso respecto a las metas y su relación con el resultado terapéutico ha suscitado un cuerpo de investigación importante, resumido por Wampold e Imel (2015), quienes demostraron un tamaño del efecto de 0.72, el cual resulta ser uno de los más altos atribuibles a una sola variable en psicoterapia. Por otra parte, la cuestión específica de las metas y su naturaleza ha sido ampliamente abordada en Cooper y Law (2018), trabajo a partir del cual destacamos varios aspectos. Primero, que ha sido y es un tema controvertido, en tanto existe la creencia fundada de que, un énfasis excesivo en las metas sesgará la terapia en favor del *hacer* y en detrimento del *ser*. No obstante, parecen existir argumentos sobrados para el trabajo con metas en la medida en que percibimos a los seres humanos como agentes con propósito, más que como seres pasivos y determinados (McLeod y Mackrill, 2018). Segundo, que, si bien las metas suelen ser entendidas como representaciones subjetivas de estados internos que pueden ser alcanzados mediante algún tipo de acción, son, a la postre, un constructo psicosocial, en el que la actualización del organismo depende tanto de factores internos como externos. Tercero, que cuando están basadas en necesidades existenciales simbolizadas desde el nivel orgánico y son, por tanto, altamente congruentes -y no un mero consuelo o una compensación- aportan dirección y fuerza a la conducta (adquieren un valor teleológico, que completa el carácter teleonómico de las formulaciones y técnicas terapéuticas basadas, por ejemplo, en los modos óptimos de facilitar la regulación emocional y la creación de significado²). Cuarto, que tanto espontáneamente como cuando son preguntados, los clientes expresan metas personales significativas. Algo que fue analizado extensamente en el estudio de Grosse y Grawe (2002), en el que desarrollaron una taxonomía de metas terapéuticas y el correspondiente inventario de metas del tratamiento, y que arrojó los siguientes resultados sintetizados por Cooper (2018): El 74.5% de los clientes se planteaba metas de carácter interpersonal (e.g., superar un duelo o ser más asertivos en relaciones actuales); el 60.3% buscaba la manera de afrontar síntomas o problemas específicos (e.g., pensamientos autolíticos); el 49.5% se proponía objetivos que podían ser agrupados como metas relativas al

crecimiento personal (e.g., actitudes hacia sí mismos); el 13.4% querían lograr algo en relación con el bienestar (e.g., hacer ejercicio); y el 11.1% se planteaban metas en clave abiertamente existencial (e.g., sobre el futuro o el sentido de sus vidas). Y quinto, que las metas han de hallarse “bien” formuladas para que puedan ser útiles, y que esto supone una serie de atributos entre los que, basados en Cooper (2019) destacamos los siguientes: a) que sean propositivas (que pretendan lograr algo y no tanto evitarlo); b) que estén planteadas en el medio-largo plazo, pues las metas a corto plazo no suelen implicar, en su consecución, la transformación de obstáculos personales (e.g., la autocrítica); c) que resulten realistas y efectivas, en el sentido de que realmente impliquen cambios relacionados con el bienestar y con la transformación de las causas del sufrimiento; d) que sean concretas y estén formuladas como “pequeños pasos”, a fin de que haya posibilidades reales de lograrlas en una progresión; y e) que, en la medida de lo posible, sean sinérgicas entre sí, a fin de aprovechar el esfuerzo y evitar procesos de contraposición, como los que se dan cuando existen dilemas implicativos (Feixas y Compañ, 2015), los cuales constituyen, a su vez, una oportunidad para redefinir la meta en términos de su resolución.

Como se puede observar en el análisis anterior sobre las metas terapéuticas, algunos aspectos parecen relacionarse más con su operatividad y oportunidad, mientras que otros hablan más de su naturaleza como fenómeno psicológico complejo con varias capas. Así, la cuestión de la *pertinencia* se ve completada con la de la *pertenencia*. En cuanto a la pertinencia, las visiones más básicas de la terapia enfatizarán la accesibilidad o gradualidad para garantizar un éxito reforzante y evitar el abandono temprano (evitación) o el fracaso desmoralizante. Por contra, las visiones más profundas harán énfasis en el conflicto, bien en términos de significados implícitos o de impulsos y deseos más o menos aceptados. Los planteamientos sistémicos tendrán en cuenta la ecología de las metas, así como su riesgo para la homeostasis interna y relacional y su novedad frente a otras soluciones intentadas. Los enfoques narrativos, interpersonales y centrados en soluciones, se fijarán en el lugar que ocupan las metas en las historias en las que se inscriben y en el nuevo rol o poder que otorgan a la persona. Los enfoques contextuales valorarán en qué medida suponen formas diferentes de relacionarse con los eventos internos y aportan acción congruente con los valores. Las aproximaciones terapéuticas informadas por el trauma, el apego y la emoción se preocuparán por el grado de procesamiento del cual surge la formulación de la meta, no sea que consista en la materialización de una defensa que promueva la disociación, evite la mentalización o en el mejor de los casos, represente una acción estéril y sin incidencia en el nivel en el que se producen las dificultades de procesamiento. Y, por último, los enfoques existenciales incidirán en el grado en que las metas son expresión del sí mismo, amplifican la presencia y la apertura a la vida y promueven, en última instancia, alguna forma de responsabilidad.

A todas luces, el repaso anterior -somero y probablemente impreciso y por

tanto injusto en alguna de sus afirmaciones- jerarquiza las metas pertinentes y, a fin de últimas, abre el espacio necesario para preguntarse por la pertenencia de las metas: ¿a quién pertenece la meta en la práctica? ¿al terapeuta o al cliente? Desde el punto de vista desarrollado aquí, diríamos que, idealmente, la meta no pertenece a ninguno de los dos, sino que pertenece al proyecto. Al menos siempre que se hayan dado ciertas condiciones (i.e., a) exploración de la experiencia a través de la sintonización empática con el afecto; b) co-construcción de un foco terapéutico mediante la organización narrativa de los elementos clave que explican el caso en un nivel causal y no meramente sintomático; y c) derivación reflexiva de un PT orientado a la autodeterminación, que combine dinámicamente los aspectos técnicos y los existenciales). Por tanto, el PT no es meramente un alineamiento de problemas, metas, técnicas y resultados, sino algo más parecido a un *estado de consciencia intencional* soportado entre dos personas, que opera en niveles que fluctúan entre lo tácito y lo deliberado. Se trata, por tanto, de una forma dinámica de acuerdo intersubjetivo, que refleja dos fenómenos: a) un cambio incipiente en la relación del cliente con “sus problemas” quien, a través de una serie de procesos afectivo-cognitivos, muestra alguna forma de *asimilación* de la “explicación del problema” en que consiste el foco, y alguna forma de *apropiación* de las metas y los métodos que constituyen el PT; y b) un cambio en la mentalidad del terapeuta, que le permite mantenerse atento y responsivo, ver dinámicamente los esfuerzos por alcanzar coherencia y congruencia del cliente y formular bidireccionalmente lo que ocurre en cada instante. O sea, leer marcadores de las necesidades y dificultades actuales de procesamiento emocional del cliente en la perspectiva del caso e, igualmente, releer la FC en función de la información emergente. No en vano, Oddli et al. (2014) hallaron que, incluso cuando las puntuaciones totales en los cuestionarios indicaban buenas alianzas de trabajo, el análisis de las transcripciones de las primeras sesiones de terapeutas experimentados mostró que, prácticamente, no había conversaciones explícitas sobre objetivos. Y que, en su lugar, los diálogos entre cliente y terapeuta se caracterizaban por procesos relacionados con la esperanza, la motivación y el compromiso, más que por un acuerdo de objetivos explícito. Algo que no hace sino enfatizar el aspecto implícito-relacional del PT como proyecto interactivo, y cómo el aspecto explícito-instrumental se halla subordinado a aquel. Por tanto, un PT puede ser más o menos potente, en la medida en que articule lo que Michalak et al. (2006) consideran dos modos de funcionamiento motivacional diferentes: los motivos implícitos y las metas explícitas.

Finalmente, en un sentido amplio, el PT formulado y acordado, así como el movimiento dentro del mismo como proyecto interaccional, puede ser entendido como resultado de una práctica responsiva en FC, tanto en lo que se refiere a la dimensión de producto como a la de proceso. El concepto de responsividad fue introducido por Stiles et al. (1998) como parte de la reacción crítica frente a los modelos tradicionales de investigación, que asumían una relación lineal entre las variables psicoterapéuticas, sin tener en cuenta que el comportamiento de los

terapeutas y de los clientes está influenciado por el contexto emergente tras cada interacción. Así pues, la retroalimentación y la influencia mutua ocurren en diferentes escalas de tiempo (e.g., desde la asignación del tratamiento a los micro-instantes dentro de la ejecución de las intervenciones, pasando por la elección de estrategia y la formulación del caso). Actualmente, la responsividad es reconocida como una característica ubicua de la interacción y el diálogo entre terapeuta y cliente, y se relaciona con la capacidad de estar completamente presente y disponible en el momento, así como con la identificación de señales específicas, que alertan a los profesionales sobre los cambios en el proceso y el comportamiento de los clientes, a partir de los cuales ajustan su respuesta (Watson y Wiseman, 2021). En un plano más concreto, Hatcher (2021) ha examinado la cuestión de la responsividad en la alianza terapéutica, enfatizando su valor como guía para ayudar a los terapeutas a mantenerse abiertos a nueva información y oportunidades, y contrabalancear el deseo de precisar las cosas, de estar seguro de lo que hay que hacer y de dominar la situación, que, en ocasiones, encubren la baja tolerancia a la duda del profesional. Algo absolutamente congruente con el carácter relativamente líquido de la noción de formulación de foco que hemos explicado y con la cualidad interaccional del PT en la que insistimos. E igualmente coherente con los datos empíricos aportados por los estudios sobre la *actividad orientada al futuro* de los terapeutas, como el de Oddli et al. (2021). Dicho estudio identificó cuatro actividades principales: 1) recoger intenciones explícitas e implícitas; 2) usar recursos lingüísticos como la metacomunicación o el lenguaje de acción; 3) usar intervenciones evocativas; y 4) empujar al cliente a practicar el cambio. Y aportó un hallazgo central: que los terapeutas eficaces se alinearon con la direccionalidad de los clientes, en un proceso de evolución gradual impulsado hacia el futuro.

Por todo lo anterior, y llegados a este punto, planteamos el método seguido para generar un modelo de los procesos que facilitan la responsividad del terapeuta en el camino formular un foco y de articular de un PT adecuado (i.e., un proyecto personalmente significativo, de carácter interaccional, en el cual, las metas terapéuticas resultan pertinentes en varios niveles y se expresen como algo que pertenece al proyecto como voluntad y posibilidad de salir del enredo y de recuperar vida y agencia).

Método

El Análisis de Tareas (AT) es un método de investigación en psicoterapia desarrollado por Greenberg (1991, 2007; Rice y Greenberg, 1984), que integra y expande diversas aproximaciones a la investigación de procesos de cambio y las combina con el estudio de los resultados esperados para esos procesos (Pascual-Leone et al., 2009). Como anunciábamos en la introducción, este método ha sido aplicado, convencionalmente, al estudio de técnicas que constituyen un evento terapéutico intrasesión (tareas terapéuticas en el lenguaje de la TFE). Mientras que, aquí, pretendemos abordar una macro-tarea, cuyo resultado no es un cambio

emocional sino un logro de coordinación mutua entre cliente y terapeuta, que puede abarcar varias sesiones. El AT se divide en dos grandes fases: una orientada al *descubrimiento*, cuyo objetivo es alumbrar un modelo presumiblemente bueno del cambio perseguido; y otra orientada a la *validación* de la eficacia de la intervención en términos de resultados.

La fase orientada al descubrimiento comienza con la *especificación de la tarea*, en la que, a partir de la experiencia clínica (propia o de otros), el investigador se plantea cuál puede ser la manera óptima de responder ante una serie de conductas o estados característicos de los clientes. Lo que, en el caso que nos ocupa, se refiere al sistema intersubjetivo cliente-terapeuta. Esto supone, además, identificar un *marcador de tarea*, entendido como un conjunto de conductas explícitas e inferencias, relativas a una dificultad o necesidad de procesamiento actual, que podrían beneficiarse de la intervención que se pretende modelizar.

El segundo paso consiste en la *explicación del mapa cognitivo del clínico/investigador*, que pasa por especificar: 1) el estado inicial señalado por el marcador (aquí, el caso desplegado); 2) la *dificultad o necesidad de procesamiento subyacente* (alcanzar una explicación del caso y asimilarla y derivar de ella un PT interaccional); y 3) el *estado final* de la tarea (la apropiación del PT por parte de cliente y terapeuta), aportando los fundamentos teóricos procedentes del modelo psicoterapéutico de referencia. En este caso, la TFE y la serie de observaciones críticas relativas a las dimensiones de proceso, producto y experiencia de la FC en TFE, así como la conceptualización del PT como proyecto interaccional que hemos hecho en la introducción.

Posteriormente, se procede *especificar el ambiente de la tarea*, entendido como la descripción operativa de dos pistas en interacción: la primera, el conjunto de procesos afectivo-cognitivos en los que, idealmente, se implica el cliente a lo largo del proceso, para llegar del estado inicial al estado final; y la segunda, el conjunto de operaciones del terapeuta a través de las cuales facilita los procesos del cliente. Esta descripción da lugar a un *manual* en el que se detalla la intervención, el cual será utilizado en el futuro, para entrenar a los terapeutas que participen en los estudios empíricos de la fase de validación. Habitualmente, las guías de AT recomiendan realizar un estudio empírico preliminar en este punto, denominado “prueba de potencia”, que permita testar la utilidad de la intervención que está siendo creada, así como obtener retroalimentación para mejorarla (refinamiento del modelo). No obstante, en este estudio, esta prueba no ha podido ser aún realizada.

En paralelo al paso anterior -o bien contando con la retroalimentación de la prueba de potencia-, el investigador construye un *modelo racional-hipotético de la tarea*, que consiste en un diagrama de flujo elaborado a través de un “experimento de pensamiento”. En él, se conectan el marcador del estado inicial y el estado final, a través de los procesos clave (pista del cliente) y las operaciones de facilitación (pista del terapeuta), y se objetivan los micro-resultados o productos derivados de la resolución progresiva de la tarea. En la construcción de este modelo, el investigador

recorre el camino de atrás hacia delante y a la inversa varias veces, para tratar de especificar el proceso con el mayor detalle posible y para incluir modificaciones basadas en la experiencia y/o la observación, que contribuyan a mejorar el modelo.

A partir de aquí, investigadores y clínicos cuentan con un modelo que funcionan como un *mapa* con el que, en el siguiente paso -el *análisis de tareas empírico* realizado sobre ejecuciones reales-, habrá de contrastarse el *territorio* de la práctica. Este contraste sirve para especificar aún más los elementos del modelo y resulta especialmente ilustrativo, cuando se comparan tanto casos de resolución exitosa como casos de mala o baja resolución, cada uno de los cuales aporta una retroalimentación cualitativamente diferente. Derivados de los dos pasos anteriores, el AT contempla, además, la confección de herramientas para la medición fiable de la presencia de los componentes del modelo en las ejecuciones reales. Aquí es posible elaborar sistemas de observación e instrumentos de auto-informe, y de modo singular, la denominada *escala de grados de resolución de la tarea*. La cual, va trazando, en forma de escala ordinal, los logros y cambios del cliente a lo largo de las fases que comprende la tarea investigada.

Por último, se procede a la comparación del modelo con nuevas observaciones, de modo que, tanto éste como el manual de la tarea, se refinan y mejoren iterativamente. No obstante, estos dos últimos pasos del AT no han sido realizados en este trabajo, por lo que los resultados que presentamos se refieren, únicamente, a los pasos que llegan hasta la construcción del modelo, el desarrollo del manual y la elaboración de una escala de grados de resolución provisional.

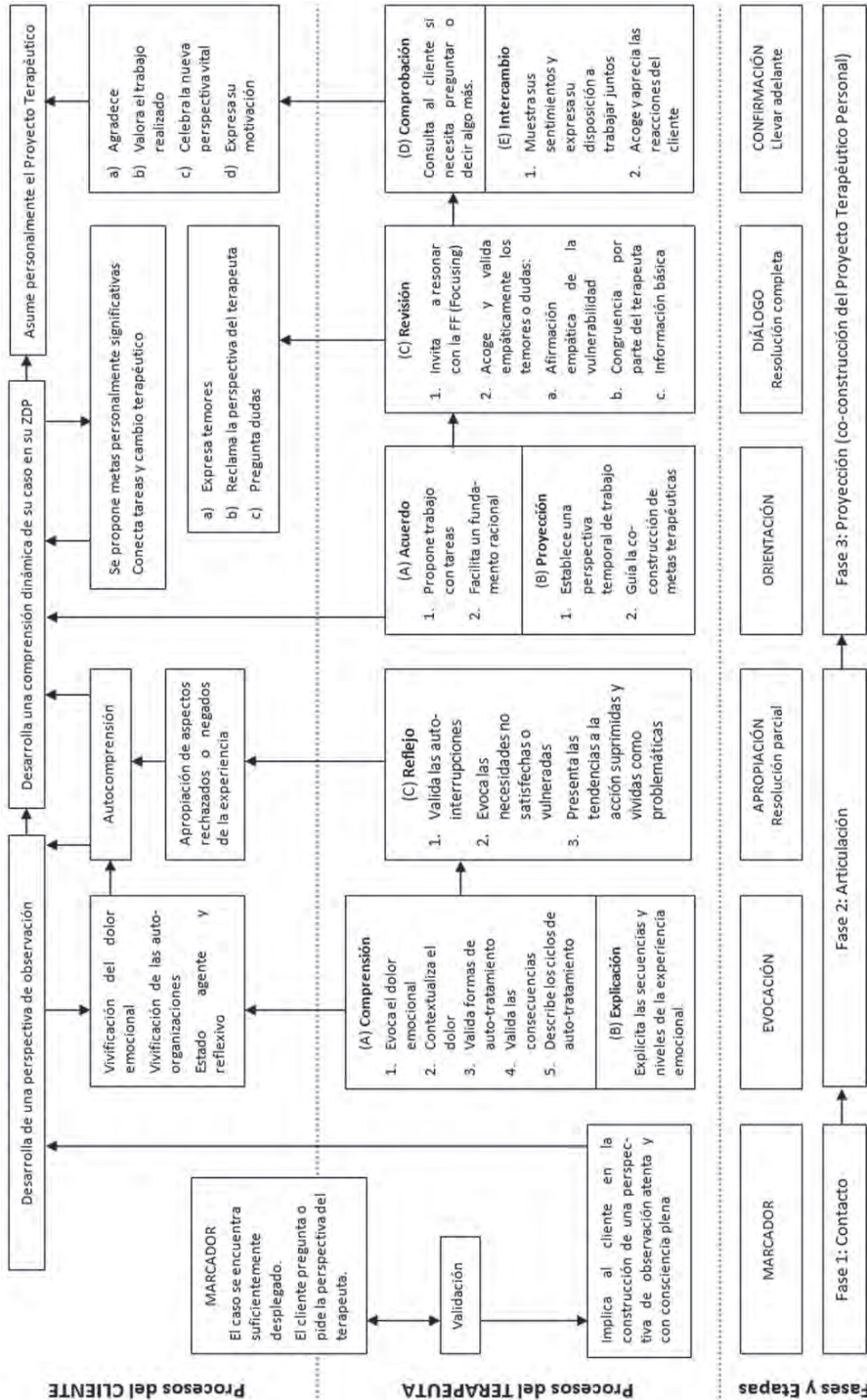
Resultados

Modelo Racional Hipotético

La Figura 2 representa el diagrama de proceso del modelo racional hipotético de la macro-tarea de co-construir un foco y articular un PT en TFE. En él, se diferencian y relacionan los procesos del cliente y las operaciones del terapeuta. Se han identificado tres fases principales y seis etapas que describimos a continuación, en términos de los procesos en los que se implican los clientes y sus estados internos, por una parte, y de las operaciones que realizan los terapeutas al distinguir esos estados (diagnóstico de proceso) y al facilitar los procesos oportunos, que hacen que la tarea avance y el problema de articular un foco y formular un PT se resuelva.

Figura 2

Modelo Racional Hipotético del Proceso de Co-construir un Foco y Articular de un Proyecto Terapéutico Compartido en TFE



Manual de Facilitación y Entrenamiento

Fase 1 - Contacto: Después de un trabajo exploratorio y de evaluación previo, en el que el cliente comenzó presentando un motivo de consulta y el terapeuta se implicó en la misión de acoger a la persona, establecer contacto psicológico, entenderla, generar un foco en la experiencia interna y ayudarle a explorarla siguiendo la “brújula del dolor” (la experiencia más viva en el cliente aquí-y-ahora y momento a momento), el caso se halla desplegado en función de sus determinantes. Es el momento de establecer contacto de nuevo, esta vez en términos del marcador para la formulación de un foco y la articulación de un PT.

Etapa 1 - Validación del marcador:

- **Estados y procesos del cliente:** Pregunta o pide la perspectiva del terapeuta o bien se mantiene a la espera, expectante o relativamente afectado por la novedad.
- **Operaciones del terapeuta:** Implica al cliente en la construcción de una perspectiva de observación atenta y con consciencia plena.
- El **conector** con la fase siguiente es que el cliente ha desarrollado una perspectiva de observación.

Fase 2 - Articulación (formulación de foco): La clave en esta fase es la articulación del conocimiento vivencial-reflexivo, que permite explicar las causas proximales, distales y reactivas del malestar del cliente, identificar el dolor nuclear y las heridas más relevantes y emplazar todo ello en una narrativa validadora de sus esfuerzos pro afrontar la vida. El núcleo de dicha articulación es la formulación de un foco terapéutico utilizando los elementos del MENSIT y empleando un lenguaje evocador y un tono empático afirmativo, e implicando, en la medida de lo posible al cliente como co-autor de la narrativa.

Etapa 2 - Evocación:

- **Procesos del cliente:** Se encuentra receptivo frente a la palabra del terapeuta y escucha tratando de mantenerse regulado y sin disociarse de su experiencia. Trata de entender la narrativa que le ofrece el terapeuta e interrumpe, pregunta o corrige cuando es necesario
- **Operaciones del terapeuta:** Evoca el dolor emocional nuclear del cliente en el contexto de su biografía, y valida la presencia y la acción de las auto-organizaciones del sí mismo que surgen como forma de auto-tratamiento (e.g., autocrítica, perfeccionismo, etc.). Esto supone una experiencia profunda de comprensión e idealmente de auto-comprensión (A). También pone de manifiesto las consecuencias perniciosas inmediatas del auto-tratamiento y los posibles ciclos perjudiciales a los que éstas dan lugar. Además, explicita las secuencias y niveles de la experiencia emocional (emociones secundarias que ocultan emociones primarias en varios niveles), lo que permite explicar la dinámica personal en diversas situaciones (B). En paralelo, cuida de que el cliente se mantenga regulado y sin disociarse de su experiencia actual.

Nota: Dependiendo del contexto de trabajo, los procesos y operaciones de esta fase pueden tener un carácter más o menos artístico, valiéndose del uso de medios plásticos de expresión o de técnicas narrativas.

Etapas 3 - Apropiación (resolución parcial):

- **Estados y procesos del cliente:** Se encuentra conectado desde una actitud agente (*mindful*) con lo que le sucede y, en un estado de centramiento, comienza a asimilar nueva información.
- **Operaciones del terapeuta:** Valida y aprecia las auto-interrupciones del cliente como esfuerzos de auto-protección para mantener un sí mismo viable, a la vez que evoca las necesidades no satisfechas o vulneradas de la persona que siguen presionando.
- Complementariamente, presenta las tendencias a la acción saludables que fueron suprimidas y/o vividas como dolorosas, inadecuadas o temibles. Todo ello es planteado como un reflejo empático, que valida a la persona en su conjunto, ayudándola así a apropiarse de las diversas polaridades y tendencias reactivas de su experiencia (C).
- El **conector** con la fase siguiente es que el cliente desarrolla una comprensión dinámica de su caso en su zona de desarrollo próximo, y una posición de receptividad hacia nuevos pasos.

Fase 3 - Proyección (co-construcción del PT personal): En esta fase, cliente y terapeuta conversan tratando de descubrir cómo utilizar el foco para formular metas y medios terapéuticos para lograrlas. El primer movimiento es la orientación del cliente hacia la acción en términos de los recursos técnicos de la TFE (tareas) y de objetivos que conectan esos recursos con logros (metas). Dichos logros pueden ser de carácter intrapersonal o interpersonal y permiten a la persona manejar cuestiones problemáticas más o menos urgentes o inmediatas, pero siempre pertinentes (sobre todo en términos existenciales y de evitación de respuestas disociativas). Este movimiento va seguido de un momento de diálogo en el que hay espacio para la reactividad y la vulnerabilidad, y para comprobar si el proyecto, tal y como se está definiendo, “encaja”. Es el momento de atender a la “sabiduría del cuerpo” promoviendo la capacidad de posicionamiento, oposición y elección del cliente. Finalmente, el proceso concluye con la confirmación del proyecto y se establece un puente con las siguientes sesiones.

Etapas 4 - Orientación:

- **Estados y procesos del cliente:** Se halla motivado para reflexionar sobre posibles modos de hacerse cargo de sus dificultades vitales en terapia y sobre cómo usar ésta para responder a metas personalmente significativas.
- **Operaciones del terapeuta:** Propone medios para trabajar productivamente con las formas de auto-tratamiento y para llegar al dolor emocional a través de tareas terapéuticas en la sesión. También facilita una fundamentación racional de este tipo de trabajo, resuelve dudas y facilita la comprensión del cliente acerca de sí mismo, en su zona de desarrollo próximo, hasta

alcanzar un acuerdo (A).

Además, ayuda a explorar y a articular metas terapéuticas significativas y a establecer una perspectiva temporal razonable para ese trabajo, dotando así a la terapia de un horizonte de proyecto (B).

Etapa 5 - Diálogo (resolución completa):

- **Estados y procesos del cliente:** Se encuentra orientado hacia la tarea y las metas desde una experiencia de sostén, comprensión y acompañamiento comprometido. Siente “tener un hilo” y experimenta alguna forma de esperanza incipiente. Eventualmente, se permite reaccionar “defensivamente”, cuestionar la pertinencia de todo lo hablado y vivido o mostrar desesperanza al sentirse abrumado por lo aplastante lo concienciado, por lo inconmensurable de la tarea que tiene por delante, o por la sensación de desprotección o desvalimiento y/o por la invalidación que le amenazan al salir de la consulta. Y, en algunos casos, por las reacciones basadas en problemas de apego y mentalización, o relativas al carácter y a los niveles evolutivos de organización de la personalidad del cliente (McWilliams, 2011), que constriñen sus capacidades relacionales.

- **Operaciones del terapeuta:** Acompaña al cliente en un proceso de revisión sobre lo formulado (C), para lo cual, le invita a resonar experiencialmente con la formulación de foco realizada y con sus implicaciones terapéuticas. Puede utilizar una invitación directa a explorar “qué le parece” lo hablado o recurrir a medios de reflexividad productiva como el Focusing, tratando siempre de facilitar la formación de una sensación sentida respecto al PT y la simbolización congruente de todo lo que venga de ella.

Acoge y valida empáticamente los temores o dudas, distinguiendo entre: a) aquellos que requieren la afirmación empática de la vulnerabilidad en el momento (validación y fortalecimiento del sí mismo); b) aquellos que requieren una forma de coraje, presencia y congruencia por parte del terapeuta (suponen un desafío relacional que se resuelve mediante la autenticidad y aportan una experiencia de profundidad en la relación); y c) aquellos que pueden ser resueltos mediante una información básica sobre la terapia (enseñanza vivencial) y/o la naturaleza de la relación terapéutica, a las cuales el cliente tiene derecho, en virtud de su condición protagonista del proceso.

También valida las reacciones más adversas del cliente y las acoge sin defensividad. Para eso recurre a una secuencia de respuesta en la que: 1) conecta la defensividad u hostilidad reactivas con sentimientos más primarios y menos evidentes; 2) justifica esos sentimientos por la presencia de una necesidad subyacente y vinculada a la vulnerabilidad; y 3) afirma esa necesidad como algo válido, que permite entender la reacción inicial y como algo con lo que la terapia se halla alineada, pero sobre todo como algo que es importante y valioso para el terapeuta.

Etapa 6 - Confirmación (llevar adelante):

- **Estados y procesos del cliente:** Se encuentra en una posición esperanzada y de confianza suficiente, con sensación de dirección y control, así como comprometido consigo mismo, con el terapeuta y con el proyecto.
- **Operaciones del terapeuta:** Consulta si necesita preguntar o decir algo más (D). No porque algo pueda haber quedado confuso o incompleto, sino confiando en la cualidad de los procesos orgánicos, por la cual, cuando se trabaja en el borde de crecimiento de la experiencia, nuevos pasos experienciales tienden a formarse.
Además, muestra sus sentimientos respecto al proceso realizado, así como su disposición a comenzar el trabajo juntos, y acoge y aprecia las nuevas reacciones del cliente (E).
- El **conector** con la siguiente sesión es que el cliente asume personalmente el PT expresando su motivación, celebrando la nueva perspectiva alcanzada y, eventualmente, agradeciendo el trabajo realizado y la actitud y presencia del terapeuta.

Escala de Grados de Resolución

Como planteábamos al inicio, al introducir el AT, la especificación de los diferentes grados de resolución de la tarea, así como su rastreo y potencial confirmación en las ejecuciones exitosas, permite la confección de una escala ordinal, mediante la que evaluar el logro de una ejecución concreta. En este caso y, a falta de validación, la escala que proponemos en la Tabla 2, es planteada como una rúbrica en la que cada grado de resolución es evaluable utilizando una escala Likert.

Tabla 2

Rúbrica de Evaluación de Ejecuciones Basada en la Escala de Grados de Resolución

GRADOS DE RESOLUCIÓN	NIVEL DE LOGRO
1. Validación del marcador: Se forja un momento y se estructura un espacio de apertura y conciencia plena, y se desarrolla una perspectiva de observación en los que “compartir una comprensión”.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:
2. Vivificación del dolor emocional nuclear y las auto-organizaciones del sí mismo problemáticas, desde un estado agente y reflexivo: el proceso de autocomprensión se ha iniciado.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:
3. Apropiación de aspectos rechazados o negados de la experiencia (interrupciones y necesidades), y disposición a enfocar posibles formas de trabajar en terapia (conectar medios con metas y tareas).	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:
4. Acuerdo de metas terapéuticas personalmente significativas para el cliente en términos de posibles tareas y resultados de las mismas, que constituyen un proyecto terapéutico.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:

Tabla 2*Continuación*

5. Expresión y clarificación de angustias y dudas respecto a la formulación de foco, que conducen al posicionamiento autónomo y autodeterminado del cliente respecto al proyecto terapéutico.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:
6. Cliente y terapeuta confirman su disposición a trabajar de acuerdo con la formulación de foco, y a embarcarse en el proyecto terapéutico compartido.	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Observaciones:

Discusión

Los resultados de conducir el AT hasta el cuarto paso de la fase orientada al descubrimiento han aportado tres productos que, ahora, habrán de ser rodados y puestos a prueba en contextos clínicos y de formación. Dicho rodaje deberá permitir superar las principales limitaciones del trabajo, a saber: a) que los planteamientos teóricos, las observaciones a partir de la experiencia y el trabajo reflexivo que lo sustentan, parten de un solo clínico/investigador; b) que los productos en los que se sustentan los resultados, requieren aún de los pasos quinto y sexto de la fase orientada al descubrimiento del AT para perfeccionarse, especialmente en lo relativo a la comprobación de la presencia de los elementos del modelo en las ejecuciones exitosas; y c) su valor ha de verse probado aún en un estudio empírico, que permita cuantificar diferencialmente la utilidad del uso del modelo en el entrenamiento de terapeutas y/o en la práctica clínica apoyada sistemáticamente en la FC. No obstante, como señalan Benítez-Ortega y Garrido-Fernández (2015), dado el valor intrínseco que aporta el AT como método de investigación en psicoterapia, incluso los análisis no completados pero que aportan los datos de la fase de descubrimiento, resultan informativos de cara a la práctica y la formación. En cualquier caso, este trabajo debe entenderse como un paso inicial dentro de un proyecto más amplio, pues, como afirma Greenberg (1991), el AT se entiende mejor como un método que se despliega a lo largo de un programa de investigación, más que en un único estudio. Por otra parte, el modelo podría ser contrastado comparando casos de buen y mal resultado terapéutico y, complementariamente, realizando estudios cualitativos sobre la experiencia de los terapeutas, así como análisis conversacionales de las estrategias utilizadas por estos para facilitar que tareas y objetivos terapéuticos se aborden de forma conjunta.

En vista de los resultados y del trabajo de conceptualización que ha permitido llegar a ellos, creemos oportuno abordar tres cuestiones: la contribución a la integración, la práctica deliberada y el camino hacia la excelencia terapéutica. Este modelo se ha desarrollado en el marco específico de la TFE, lo que implica utilizar las categorías y conceptos de este paradigma. Sin embargo, si lo toma como un referente pragmático y desde una óptica de integración, cualquier terapeuta puede entender las categorías del modelo como macro-categorías y utilizarlas, junto con los procesos descritos y secuenciados, como elementos de una plantilla en la que

ubicar sus propios conceptos, categorías y procesos. Esto es posible en la medida en que la noción general de FC, en los términos en que Eells (2015, 2022) la propone, puede entenderse como un proceso, pero también como un sistema de ordenación de información, que permite componer una hipótesis acerca del sufrimiento psicológico y de la conducta problemática de una persona, basado en varias macro-categorías estandarizadas: los “mecanismos” causantes del malestar, los factores disparadores, los factores mantenedores y las causas más distales de esta configuración. En consecuencia, incluimos en este texto un cuadro con varios ejercicios de práctica deliberada con el modelo (anexo I). En ellos, el lector, sobre la base de un proceso común (las fases y grandes pasos para articular y compartir un foco y acordar un PT), puede ubicar las categorías conceptuales propias de su paradigma terapéutico de referencia y revisar sus ejecuciones. Igualmente, puede utilizar la escala de grados de resolución para autosupervisar procesos de FC. Se espera así, contribuir a la práctica integrativa de la psicoterapia siguiendo las reflexiones de Boswell et al. (2021), en esta ocasión, al ofrecer un recurso de integración en un nivel intermedio, basado en la FC como soporte de la responsividad de los terapeutas.

Por último, queremos emplazar este trabajo y sus intenciones en el horizonte más amplio de la búsqueda de la excelencia terapéutica, basada en estrategias de reflexión, *feed-back* y práctica deliberada, excelentemente recogidas y analizadas por Prado-Abril et al. (2017, 2019). En ellas, se hace mención breve de la FC como área de pericia, pero creemos que este estudio preliminar y la noción de PT como proyecto interaccional que lo precede, constituyen un aporte específico y necesario. Ello, por la razón de que vienen, no solo a complejizar el asunto dado el nivel procesual microscópico de la terapia del que se ocupan, sino a sumar solidez y clarificación en dos de las cuestiones clave del tópico: 1) el factor del cliente activo que, para Bohart y Tallman (2010) había quedado negligentemente ignorado en la literatura sobre factores comunes; y 2) lo que viene denominándose el “factor T” o factor basado en los efectos del terapeuta (Goldberg, 2020), en el que confluyen características personales, arte y técnica, a la hora de hibridar relación, evaluación e intervención, como facilitadores de los procesos reales de los clientes, quienes son, a la postre, los actores primeros y últimos de los cambios terapéuticos.

Conclusiones

La FC es un proceso abierto e iterativo, que exige modificaciones a medida que la terapia avanza. En ocasiones son mínimas, mientras que, en otras, dichas modificaciones pueden llegar a ser dramáticas. Sin embargo, lo importante es que, en la medida de lo posible, algunas de esas modificaciones hayan sido previstas. Nos referimos a las que tienen que ver con la naturaleza necesariamente física de algunos procesos. Particularmente, aquellos pertenecientes a personas cuya problemática es realmente compleja (muchos “frentes abiertos”) o bien cuyo nivel evolutivo de organización de la personalidad y su experiencia traumática impone severas restricciones a sus capacidades iniciales de procesamiento. Esto requiere

contar con formas, adaptadas y progresivas de ayudar a las personas a entender su malestar y a sí mismas, y para trabajar en su zona de desarrollo próximo, permitiéndoles participar lo más activamente posible, en los procesos de construir un PT empoderante. Un proyecto que, de alguna manera, les genere la sensación de estar en el camino de salir del enredo en el que les metió la vida y en el que terminaron de liarse. Dicho proyecto, como culmen de la FC, lo entendemos como un estado de consciencia dual, que compromete a cliente y terapeuta y que contribuye diferencialmente a la eficacia terapéutica. A su vez, es un producto de la formulación, que se produce en un marco hermenéutico-fenomenológico, que va más allá de los síntomas y que desborda la lógica del modelo biomédico en Psicología.

En este trabajo hemos desarrollado esta perspectiva en clave focalizada en la emoción, aportando un modelo de ejecución óptima provisional, de los procesos que permiten articular y asimilar un foco y formular y apropiarse de un PT. Finalmente, hemos abierto el modelo a una práctica integrativa como recurso para el entrenamiento, el desarrollo profesional y la búsqueda de la excelencia basada en la práctica deliberada. Como el propio proceso de FC, se trata de una reflexión abierta que, además, requiere de la contribución del lector para construir un saber práctico que merezca la pena, por lo que se espera que sea usada y criticada. Esperamos, en cualquier caso, que se trate de un saber bien enraizado en una conceptualización crítica de las cuestiones de fondo (psicopatología, evaluación psicológica, trastorno o tratamiento) y que, en ese sentido, contribuya al debate en nuestro campo. Pero, sobre todo, que “enganche” y que suscite la curiosidad por formas de mejorar procesos. En especial, aquel tipo de procesos en los que, en clave de la cita de Schopenhauer que encabeza el texto, el terapeuta ayuda al cliente a decir una verdad (representar) y a actuar con una dirección (voluntad), para luego “prenderse fuego” (retirarse).

Notas:

- 1- Usamos el término *clientes* por convergencia con la literatura anglosajona en psicoterapia y en particular por convergencia con la literatura en Terapia Focalizada en la Emoción. Dicha literatura es heredera de la tradición rogeriana, en la que la expresión *client* venía a subrayar el rol activo y la percepción no patologizante de las personas que acudían a terapia, por oposición a la expresión *paciente*, que poseía las connotaciones opuestas. No obstante, invitamos al lector a sustituir la palabra cliente por la que considere más adecuada: *paciente* (como aquel que padece y sufre), *persona usuaria* de un servicio, etc.
- 2- El término teleonómico ha sido aplicado en Biología para referirse a la dirección implícita en los procesos naturales (e.g., los movimientos y transformaciones de tejidos que se dan en una floración. Por contra, el término teleológico hace referencia a una finalidad en términos existenciales o trascendentales, que precedería -como esencia- a la experiencia o existencia consciente de una persona. Así pues, sin afirmar la existencia de procesos teleológicos, sí que creemos que el ser humano, en cuanto realidad auto-consciente de su finitud y en cuanto producto de la evolución natural, está preparado para vivenciar su inserción en el mundo (ser-ahí) como una experiencia teleológica. La cual, se apoya en procesos teleonómicos propios del sistema nervioso del mamífero que es, como por ejemplo la capacidad de conectarse y de orientarse desde la experiencia emocional. Lo cual, en terapia implica favorecer el contacto, regular emociones, atenderlas, simbolizarla, expresarlas,

articular necesidades y conectar cuerpo y ambiente.

Referencias

- Benítez-Ortega, J. L. y Garrido-Fernández, M. (2015). Revisión de la investigación de eventos significativos en psicoterapia mediante análisis de tareas. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 159-184. <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/34814>
- Bohart (1993). Emphasizing the future in empathy responses [Enfatizando el futuro en las respuestas de empatía]. *Journal of Humanistic Psychology*, 33, 12-29. <https://doi.org/10.1177/0022167893332004>
- Bohart, A. C. y Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing [Cómo los clientes hacen que la terapia funcione: el proceso de autocuración activa]*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10323-000>
- Bohart, A. C. y Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy [Clientes: el factor común olvidado en psicoterapia]. En B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold y M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 83–111). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-003>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance [La generalizabilidad del concepto psicoanalítico de la alianza de trabajo]. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J. F., King, B. R., Schwartzman, C. M., Wasserman, R. H. y Constantino, M. J. (2021). Responsiveness in integrative therapies [Responsividad en terapias integrativas]. En J. C. Watson y H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 277–296). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-014>
- Butler, G. (1998). Clinical formulation [Formulación clínica]. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 1–23). Pergamon.
- Caro, C. (2017). *Evaluación del proceso de formulación de caso en terapia Focalizada en la Emoción* [Tesis doctoral, Universidad Pontificia Comillas, Madrid]. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/22682>
- 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>
- Cooper, M. (2018). The psychology of goals: A practice-friendly review [La psicología de las metas: una revisión práctica]. En M. Cooper y D. Law (Eds.), *Working with goals in psychotherapy and counselling* (pp. 35-71). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198793687.003.0003>
- Cooper, M. (2019). *Integrating counselling and psychotherapy: Directionality, synergy, and social change [Integración de asesoramiento y psicoterapia: direccionalidad, sinergia y cambio social]*. Sage.
- Cooper, M. y Law, D. (2018). *Working with goals in psychotherapy and counselling [Trabajando con metas en psicoterapia y asesoramiento]*. Oxford University Press.
- Division of Clinical Psychology, DCP (2011). *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation [Guía de buenas prácticas en formulación de caso]*. British Psychological Society.
- Eells, T. D. (2016). ¿Qué es una formulación de caso basada en la evidencia? *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 47-57. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.125>
- Eells, T. D. (2022). *Handbook of case formulation [Manual de formulación de casos]* (3ª ed.). Guilford Press.
- Eells, T. D. y Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation [Enfoques teóricos y basados en la evidencia para la formulación de casos]. En P. Sturmey y M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp. 1-32). Wiley-Balckwel. <http://dx.doi.org/10.1002/9781119977018.ch1>
- Eiroá Orosa, F. J., Fernández Gómez, M. J. y Nieto Luna, R. (2021). *Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI*. Editorial UOC.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change [Aprendizaje de la terapia centrada en la emoción: el enfoque de proceso experiencial para el cambio]*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Edelstein, B. (2015). Frames, attitudes, and skills of an existential-humanistic psychotherapist [Marcos, actitudes y habilidades de un psicoterapeuta humanista-existencial]. En K. J. Schneider, J. F. T. Bugental y J. F. Pierson (Eds.), *The handbook of Humanistic Psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 435-449). Sage.
- Feixas, G. y Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclée de Brouwer.

- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change [Una teoría del cambio de personalidad]. En P. Worchel y D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 100-148). John Wiley.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing oriented psychotherapy. A manual of the experiential method* [Psicoterapia orientada al Focusing. Un manual del método experiencial]. Guilford Press.
- Goldberg, S. (2020). Predicting the therapist effect: Study rationale and what we have learned without even looking at the data [Predicción del efecto del terapeuta: justificación del estudio y lo que hemos aprendido sin siquiera mirar los datos]. *Psychotherapy Bulletin*, 55(2), 6-12.
- Goldman, R. N. (2019). *History and overview of emotion-focused therapy* [Historia y descripción general de la terapia centrada en la emoción]. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of Emotion-Focused Therapy* (p. 3-35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-001>
- Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change* [Formulación de casos en terapia centrada en la emoción: Co-creación de mapas clínicos para el cambio]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14523-000>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression [Los efectos de agregar intervenciones centradas en la emoción a las condiciones de relación centradas en el cliente en el tratamiento de la depresión]. *Psychotherapy Research*, 16(5), 536-546. <https://doi.org/10.1080/10503300600589456>
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S. y Caro, C. (2016). Formulación de caso en terapia focalizada en la emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 5-22. <http://dx.doi.org/10.33898/rdp.v27i104.126>
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change [Investigación sobre el proceso de cambio]. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/10503309112331334011>
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change [Una guía para realizar un análisis de tareas del cambio psicoterapéutico]. *Psychotherapy. Research*, 17(1), 15-30. <https://doi.org/10.1080/10503300600720390>
- Greenberg, L. S. (2019). Emotion-focused psychotherapy [Psicoterapia centrada en la emoción]. En L. S. Greenberg, N. T. Malberg y M. A. Tompkins, *Working with emotion in psychodynamic, cognitive behavior, and emotion-focused psychotherapy* (pp. 107-160). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000130-004>
- Greenberg, L. S., Rice, L. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process* [Facilitar el cambio emocional: El proceso momento a momento]. Guilford Press.
- Grosse, M. y Grawe, K. (2002). Bern inventory of treatment goals: part I. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes [Inventario de Bern de objetivos de tratamiento: parte I. Desarrollo y primera aplicación de una taxonomía de temas de objetivos de tratamiento]. *Psychotherapy Research* 12(1), 79-99. <https://doi.org/10.1080/713869618>
- Guxholli, A., Voutilainen, L. y Peräkylä, A. (2021). Safeguarding the therapeutic alliance: Managing disaffiliation in the course of work with psychotherapeutic projects [Salvaguardar la alianza terapéutica: Gestionar la desafiliación en el transcurso del trabajo con proyectos psicoterapéuticos]. *Frontiers of Psychology*, 11, 596972. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.596972>
- Harper, D. y Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating 'formulation' [¿Un tipo tipo de química? Reformulación de la 'formulación']. *Clinical Psychology*, 25, 6-10.
- Hatcher, R. L. (2021). Responsiveness, the relationship, and the working alliance in psychotherapy [La responsividad, la relación y la alianza de trabajo en psicoterapia]. En J. C. Watson y H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 37-58). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0000240-003>
- Horvath, A. O. y Greenberg L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory [Desarrollo y validación del inventario de alianza terapéutica]. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Johnstone, L. (2018). Psychological formulation as an alternative to psychiatric diagnosis [La formulación psicológica como alternativa al diagnóstico psiquiátrico]. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 30-46. <https://doi.org/10.1177/0022167817722230>
- Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis* [El marco de significado de amenaza de poder: hacia la identificación de patrones en angustia emocional, experiencias inusuales y comportamiento problemático o problemático, como una alternativa al diagnóstico psiquiátrico funcional]. British Psychological Society
- Johnstone, L. y Dallos, R. (2014). *Formulation in psychology: Making sense of people's problems* (2ª Ed.). Routledge.

- May, R. (1980). *El dilema del hombre: Respuestas a los problemas del amor y de la angustia*. Gedisa.
- McLeod, J. y Mackrill, T. (2018). Philosophical, conceptual, and ethical perspectives on working with goals in therapy [Perspectivas filosóficas, conceptuales y éticas sobre el trabajo con metas en terapia]. En M. Cooper y D. Law (Eds.), *Working with goals in psychotherapy and counselling* (pp. 15-34). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198793687.003.0002>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* [Diagnóstico psicoanalítico: comprender la estructura de la personalidad en el proceso clínico]. The Guilford Press.
- Michalak, J., Püschel, O., Jormann, J. y Schulte, D. (2006). Implicit motives and explicit goals: Two distinctive modes of motivational functioning and their relations to psychopathology [Motivos implícitos y metas explícitas: dos modos distintivos de funcionamiento motivacional y sus relaciones con la psicopatología]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(2), 81–96. <https://doi.org/10.1002/cpp.440>
- Oddli, H. W., McLeod, J., Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H. y Halvorsen, M. S. (2021). Future orientation in successful therapies: Expanding the concept of goal in the working alliance [Orientación futura en terapias exitosas: Ampliando el concepto de meta en la alianza de terapéutica]. *Journal of Clinical Psychology*, 77(6), 1307–1329. <https://doi.org/10.1002/jclp.23108>
- Oddli, H. W. y Halvorsen, M. S. (2014). Experienced psychotherapists' reports of their assessments, predictions, and decision making in the early phase of psychotherapy [Informes de psicoterapeutas experimentados sobre sus evaluaciones, predicciones y toma de decisiones en la fase inicial de la psicoterapia]. *Psychotherapy*, 51(2), 295–307. <https://doi.org/10.1037/a0029843>
- Oddli, H. W. y McLeod, J. (2017). Knowing-in-relation: How experienced therapists integrate different sources of knowledge in actual clinical practice [Saber en relación: cómo los terapeutas experimentados integran diferentes fuentes de conocimiento en la práctica clínica real]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(1), 107–119. <https://doi.org/10.1037/int0000045>
- Oddli, H. W., McLeod, J., Reichelt, S. y Rønnestad, M. H. (2014). Strategies used by experienced therapists to explore client goals in early sessions of psychotherapy [Estrategias utilizadas por terapeutas experimentados para explorar los objetivos del cliente en las primeras sesiones de psicoterapia]. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(2), 245–266. <https://doi.org/10.1080/13642537.2014.927380>
- Oddli, H. W. y Rønnestad, M. H. (2012). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency [Cómo los terapeutas experimentados introducen los aspectos técnicos en la formación inicial de la alianza: tomadores de decisiones poderosos que apoyan la capacidad de los clientes]. *Psychotherapy Research*, 22(2), 176–193. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.633280>
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S. y Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change [Desarrollos en el análisis de tareas: Nuevos métodos para estudiar el cambio]. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542. <https://doi.org/10.1080/10503300902897797>
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2013). Anatomía de la Psicoterapia: El diablo no está en los detalles. *Clínica Contemporánea*, 4(1), 5-28. <https://doi.org/10.5093/cc2013a1>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La Psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 174-183. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Pérez-Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría: Más allá de la corriente principal*. Alianza Editorial.
- Pos, A. E. y Choi, B. H. (2019). Relating process to outcome in emotion-focused therapy [Relacionar el proceso con el resultado en la terapia centrada en la emoción]. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of Emotion-Focused Therapy* (pp. 171–191). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-008>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: el ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S. y Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: pericia y excelencia en psicología clínica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.06.001>
- Redhead, S., Johnstone L. y Nightingale J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy [Experiencias de los clientes de formulación en terapia cognitivo-conductual]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 453-67. <https://doi.org/10.1111/papt.12054>

- Rice, L. N. y Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* [*Patrones de cambio: análisis intensivo del proceso de psicoterapia*]. Guilford.
- Rogers, C. R. (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>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being [La teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, el desarrollo social y el bienestar]. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction* [*Organización de secuencias en interacción*]. Cambridge University Press.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy [Responsividad en psicoterapia]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Timulak, L. (2015). *Transforming Emotional Pain in Psychotherapy: An emotion-focused approach* [*Transformando el dolor emocional en psicoterapia: un enfoque centrado en la emoción*]. Routledge.
- Timulak, L., Iwakabe, S. y Elliott, R. (2019). Clinical implications of research on emotion-focused therapy [Implicaciones clínicas de la investigación sobre la terapia centrada en la emoción]. En L. S. Greenberg y R. N. Goldman (Eds.), *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. 93–109). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-004>
- Toukmanian, S. G. y Rennie, D. L. (1992). *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* [*Investigación del proceso de psicoterapia: enfoques paradigmáticos y narrativos*]. Sage Publications, Inc.
- Tudor, K. (2011). Rogers' therapeutic conditions: A relational conceptualization [Las condiciones terapéuticas de Rogers: una conceptualización relacional]. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/14779757.2011.599513>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* [*El gran debate de la psicoterapia: la evidencia de lo que hace que la psicoterapia funcione*] (2ª ed.). Routledge.
- Watson, J. C. y Wiseman, H. (2021). Introduction: Exploring responsiveness and attunement in psychotherapy [Introducción: Explorando la responsividad y la sintonía en psicoterapia]. En J. C. Watson y H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 3–12). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-001>
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulations [Sobre la estructura de las formulaciones de casos]. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 210–216. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.3.210>

Anexos

Anexo I

Propuestas de Práctica Deliberada con el Modelo

Práctica 1) Auto-supervisión: Utiliza el modelo para revisar tu manera de pasar de la fase de *evaluación* a la de *propuesta* con tus clientes:

- a. Si dispones de material grabado de una sesión en la que realizas este proceso, revísala contrastando lo que ambas partes hacéis, con lo que propone el modelo.
- b. ¿De qué te das cuenta?
- c. ¿Hay algo que falta o sobra en tu ejecución? ¿Y en el modelo?

Práctica 2) Articulación de un foco terapéutico: Cuando sea oportuno, trabaja con uno de tus casos actuales para:

- a. Identificar, según tu modelo de referencia, los elementos constitutivos de un foco terapéutico y fórmalo (genera una narrativa o una carta de formulación para el cliente).
- b. Eventualmente, utiliza el modelo de formulación de foco en TFE (el MENSIT) para enriquecer tu formulación.
- c. Compártelo con tu cliente e implícale en la co-construcción activa de la narrativa que explica lo que le ha ocurrido, lo que tuvo que hacer para adaptarse o sobrevivir y lo que le ocurre ahora.

Práctica 3) Articulación de un proyecto terapéutico: igualmente, si tienes la oportunidad, trabaja con el caso anterior o bien con otro para:

- a. Identificar los elementos básicos a partir de los que formular un proyecto terapéutico junto al cliente. Para ello toma en cuenta: 1) los procesos de cambio propios del modelo con el que trabajes; 2) las técnicas asociadas a esos procesos; y 3) posibles metas terapéuticas que podrían ser relevantes para la persona.
- b. Comparte tu propuesta con el cliente e implícale en la co-construcción activa de un proyecto terapéutico personal y compartido.
- c. Considera la posibilidad de definir el proyecto desde la perspectiva existencial planteada en este trabajo, y trata de vincular los objetivos macro a los micro.

Observaciones:

- Si no te sientes muy seguro/a, puedes comenzar por hacer la práctica sin el cliente. Y si estás familiarizado/a con el modelo, prueba a incorporarlo activamente en la sesión.
 - Igualmente, revisa tu ejecución y reflexiona sobre el posible impacto terapéutico en el cliente y en la alianza.
-

FORMULACIÓN DE CASO MEDIANTE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS: BASES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS Y EJEMPLO DE CASO

CASE FORMULATION USING FUZZY COGNITIVE MAPS: CONCEPTUAL AND METHODOLOGICAL BASIS AND CASE EXAMPLE

Luis Botella García del Cid

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3794-5967>

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull. Barcelona. España

Estefanía Barrado Mariscal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9291-690X>

Universidad de Zaragoza. España

Alejandro Sanfeliciano

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7300-7671>

Luis Angel 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:

Botella, L., Barrado, E., Sanfeliciano, A. y Saúl, L. A. (2022). Formulación de caso mediante mapas cognitivos borrosos: Bases conceptuales y metodológicas y ejemplo de caso. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 79-110. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35946>



Resumen

El presente estudio muestra la utilización de Mapas Cognitivos Borrosos para la formulación de caso y como herramienta facilitadora del proceso de cambio en psicoterapia. Desde la línea constructivista se aborda el caso de un hombre de 55 años (Henry) que muestra dificultades en las relaciones socio-afectivas, evita todo tipo de conflicto y su rigidez en la convivencia familiar le provoca estallidos de ira. Se utilizó un diseño de caso único siguiendo el formato de conceptualización de caso según el Mapa Cognitivo Borroso de Formación y Resolución de Problemas Humanos. En la base metodológica se utiliza la Técnica de Rejilla, la Rejilla de Implicaciones y el software GridFCM como procedimiento de obtención del Mapa Cognitivo Borroso. Los resultados muestran que incluir Mapas Cognitivos Borrosos en la formulación de casos facilita al paciente tener un rol más activo hacia el proceso de cambio, crear escenarios de simulación ofreciendo una imagen dinámica y causal de su Sistema de Significados Personales, aporta una retroalimentación del patrón del cambio tanto sincrónica como diacrónica y facilita la monitorización de las dinámicas de cambio.

Palabras clave: investigación orientada a la práctica, formulación de caso, mapa cognitivo borroso, lógica borrosa, técnica de rejilla, rejillas de implicaciones, proceso psicoterapéutico, constructivismo

Abstract

This study shows the use of Fuzzy Cognitive Maps for case formulation and as a tool to facilitate the process of change in psychotherapy. The case of a 55-year-old man (Henry) who shows difficulties in socio-affective relationships, avoids all kinds of conflict and whose rigidity in family life causes outbursts of anger is presented from a constructivist standpoint. A single case design was used following the case conceptualization format according to the Fuzzy Cognitive Map of Human Problems Formation and Resolution. In the methodological basis, the Grid Technique, the Implications Grid and the GridFCM software are used as a procedure for obtaining the Fuzzy Cognitive Map. The results show that including Fuzzy Cognitive Maps in the case formulation facilitates that the patient has a more active role in the process of change, create simulation scenarios offering a dynamic and causal image of their System of Personal Meanings, provides feedback on the pattern of both synchronous and diachronic change and facilitates the monitoring of the dynamics of change.

Keywords: practice-oriented research, case formulation, fuzzy cognitive map, fuzzy logic, grid technique, implication grid, psychotherapeutic process, constructivism

Una concepción médico-biológica de la psicoterapia conduce a empezar el proceso con la intención de llegar a un *diagnóstico* (de forma coherente con el modelo médico; véase para una síntesis Botella, 2020). Como alternativa, una concepción coherentemente psicológica conduce a un *modelo de conceptualización*, o *formulación de caso*. Kelly (1955, véase Botella y Feixas, 1998) por ejemplo ya remarcó ese punto hace casi 70 años cuando insistió en que lo relevante en el trabajo del terapeuta era llegar a una *evaluación transitiva* que sugiriera cómo vamos a ayudar al cliente a superar su problema, y no exclusivamente un diagnóstico que nos diga lo que en muchos casos es evidente: cómo se llama lo que le pasa. Los problemas asociados al uso de taxonomías psicopatológicas en psicoterapia van más allá del foco de este artículo y hace décadas que conforman un *corpus* de trabajos creciente que señalan todo tipo de dificultades, desde éticas a prácticas (véanse por ejemplo Frances, 2013; Neimeyer y Raskin, 2000).

Justamente en la línea de las propuestas de modelos de conceptualización empezamos a disponer de propuestas sólidas y elaboradas desde diferentes enfoques. Todas ellas se basan en la intención compartida de permitir una comprensión compleja y profunda del problema motivo de demanda del cliente que a la vez permita al terapeuta deducir avenidas de movimiento para la intervención.

En el caso del modelo que se presenta en este artículo, lo más característico es que se trata de una propuesta *constructivista, colaborativa y centrada en el cliente, integradora y transdiagnóstica* caracterizada a la vez por una elevada *coherencia teórica, eclecticismo técnico, sofisticación metodológica y apoyo tecnológico* (véase Saúl et al., 2022, para una descripción más detallada de los últimos dos puntos especialmente).

Por lo que respecta al constructivismo, este modelo de conceptualización de caso se basa plenamente en una atención escrupulosa al mapa de significados del cliente, sin forzarlo a encajar en ningún esquema teórico previo sino centrando la atención del clínico en el trazado de dicho mapa de forma que modele lo más adecuadamente posible el propio sistema de constructos (y de las relaciones y dinámicas entre ellos, lo cual es una novedad muy relevante respecto a métodos ya existentes) del paciente, pareja o familia.

En cuanto a colaborativa y centrada en el cliente, se trata de una forma de proceder que efectivamente está puesta al servicio de la narrativa de este de forma que se llega al modelo del que se trate de forma conjunta y consensuada.

El modelo es integrador en el sentido de incluir conceptos de diferentes procedencias teóricas, al servicio precisamente de una metateoría constructivista que permite luego seleccionar objetivos y estrategias terapéuticas de forma coherente en lo teórico y ecléctica en lo técnico (como ha sido tradicionalmente el lema del constructivismo en psicoterapia, véase Botella, 2021).

En cuanto a la sofisticación técnica y apoyo tecnológico (véase Saúl et al., 2022) el modelo se deriva de una serie de procedimientos con una sólida base matemática en la Lógica Borrosa que a su vez han sido implementadas en *software*

específico que las elabora y desarrolla (Sanfeliciano y Saúl, 2022).

El modelo de conceptualización de casos que presentamos (véase Botella, 2007, 2021, Saúl et al., 2022) se articula propuesto como un Mapa Cognitivo Borroso (concepto que se elabora más adelante, además de en Botella, 2021 y Saúl et al., 2022) que consta de los siguientes factores:

i. Problema. Por lo que respecta al ámbito de la psicoterapia, un problema es una situación crítica motivo de demanda que en general provoca malestar en el paciente y/o su entorno. Los problemas motivo de demanda psicoterapéutica varían ampliamente según su contexto, e incluyen desde síntomas o trastornos físicos hasta dificultades relacionales y existenciales, pasando por todo el amplio abanico de las categorías psicopatológicas al uso.

ii. Factores predisponentes. Variables o procesos biográficos, evolutivos y relacionales que contribuyen a aumentar la probabilidad de sufrir un problema.

iii. Factores desencadenantes. Los factores desencadenantes de un problema son en general acontecimientos traumáticos o críticos que activan procesos de invalidación. Debido a la heterogeneidad de los problemas humanos, también los factores desencadenantes pueden variar enormemente—incluso más que los propios problemas pues parece haber una tendencia humana a reaccionar a diferentes factores desencadenantes con la misma manifestación sintomática.

iv. Factores de mantenimiento. Los factores de mantenimiento son aquellos que contribuyen a que, una vez desencadenado un problema, resulte más difícil resolverlo que perpetuarlo. De entre los más investigados destacan los siguientes—véase Botella (2007): (1) posición respecto al cambio precontemplativa o contemplativa (Prochaska, 1999), es decir, negación del problema o falta de compromiso con su resolución, (2) creencias, constructos, narrativas y modelos internos incapacitantes, (3) problema egosintónico, es decir, problemas que paradójicamente contribuyen a dar mayor coherencia a la identidad personal y (4) coherencia relacional de la posición en que el problema sitúa al cliente.

v. Proceso de reconstrucción. Debido a las capacidades humanas naturales de resiliencia y afrontamiento de la adversidad, el proceso de reconstrucción consiste en el movimiento autocorrector hacia la resolución y superación del problema que se activa ante la manifestación de éste. Básicamente se trata de un proceso orientado a la consecución de metas y objetivos a través de una variedad de estrategias (por ejemplo de afrontamiento, de superación, de reconstrucción, de adaptación...)

vi. Recursos y competencias. El proceso de reconstrucción cuenta con un potente aliado en este ámbito. Se trata de todas aquellas capacidades que el paciente aporta como fruto de su biografía, personalidad y propio curso evolutivo que pueden contrarrestar el efecto invalidador del problema. De entre los más estudiados (véase Botella, 2007) destacan: (1) excepciones al problema, (2) competencias (habilidades), (3) creencias, constructos y modelos internos competentes, (4) red de apoyo, (5) estilos de apego seguro, (6) relaciones familiares sanas y (7) recursos en otras áreas—por ejemplo, laboral, académica, social, etc.

vii. Motivación. También en este caso se trata de un potente aliado del proceso de reconstrucción y sus manifestaciones más contrastadas son: (1) posición respecto al cambio de preparación, acción o mantenimiento (de nuevo en términos de Prochaska, 1999), (2) expectativas de autoeficacia, (3) experiencias terapéuticas previas positivas, (4) objetivos claros y definidos y (5) motivación autoevaluada.

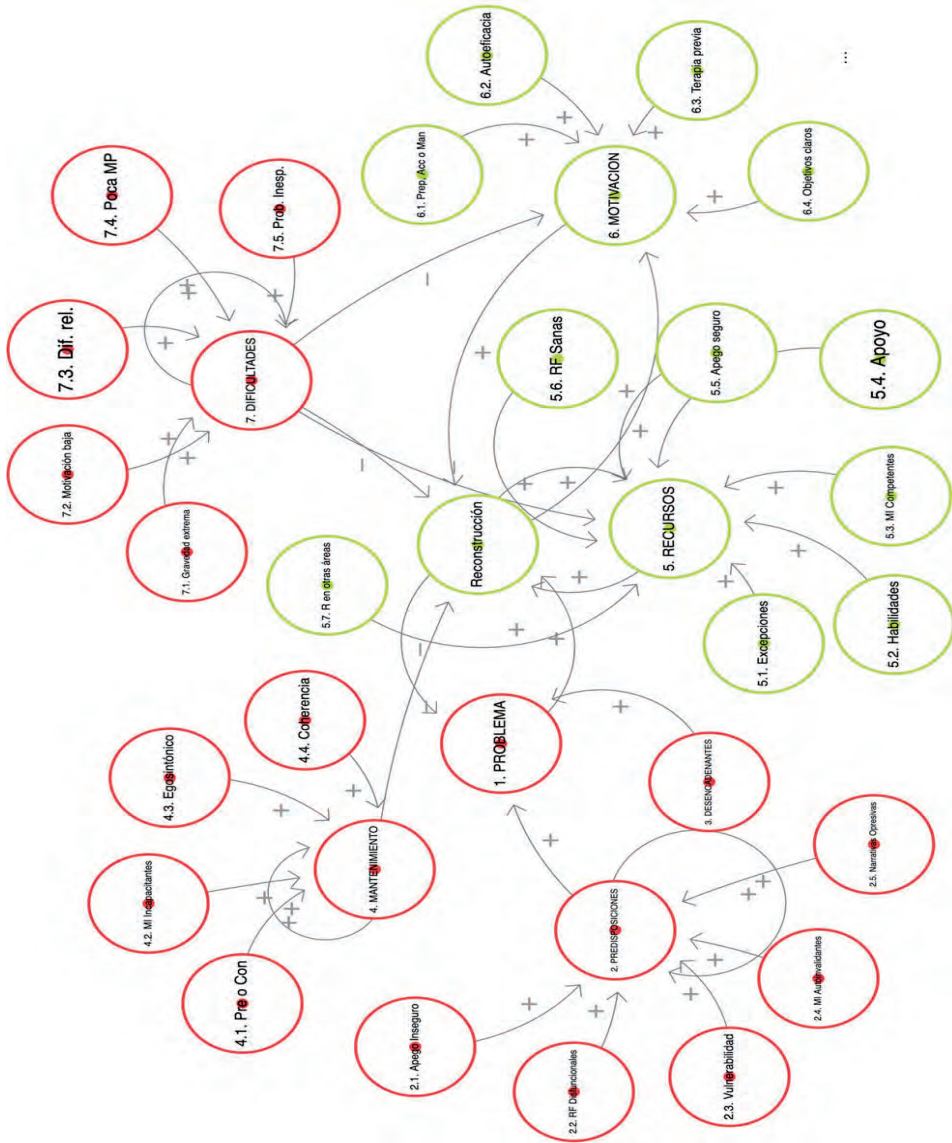
viii. Dificultades. Se trata de factores que bloquean la acción del proceso reconstructivo por diferentes vías de acción inhibitoria. De entre las más citadas en la literatura al respecto (véase, Botella 2007, 2021) destacan: (1) gravedad extrema, (2) motivación baja o nula, (3) graves dificultades relacionales, (4) poca o nula mentalidad psicológica y (5) problema inespecífico.

La elaboración de un Mapa Cognitivo Borroso es un procedimiento para modelar situaciones complejas del mundo real (Kosko, 1986). Los Mapas Cognitivos Borrosos (MCBs, por sus siglas) pueden basarse en “datos” tanto cualitativos como cuantitativos y se suelen usar para representar diferentes modelos mentales de cómo funciona el mundo y sacar varias conclusiones sobre los sistemas de creencias y valores de diferentes individuos y grupos. Como tales proporcionan un lenguaje común y una forma de representación para que los diferentes actores den sentido a situaciones complejas que involucran múltiples perspectivas y valores.

El MCB resultante es una representación visual de cómo funciona un sistema desde la perspectiva de quienes lo construyeron. La forma de un MCB es un gráfico en el cual los nodos representan conceptos y los enlaces representan relaciones causales percibidas entre conceptos. Estos conceptos son “variables” que pueden ser causadas por otras o no. Kosko (1986) usa el ejemplo de un modelo que representa la inestabilidad social y puede causar otras “cosas” o no. Los conceptos variables pueden ser cantidades medibles como la temperatura o la población, o conceptos abstractos (más difíciles de cuantificar directamente) como la confianza o la voluntad política.

El MCB que articula la conceptualización de casos que presentamos en este artículo y cuyos componentes acabamos de describir, una vez incorporadas las relaciones de causalidad entre ellos a modo de aristas, adopta la forma que se presenta en la Figura 1.

Figura 1
 Mapa Cognitivo Borroso de la Conceptualización del Caso



El MCB de la Figura 1 está elaborado en tercera persona, es decir desde una perspectiva externa al sistema de constructos del cliente, es lo que Kelly (1955) denominó un sistema de constructos profesionales para referirse a un mapa que daba sentido al mapa del propio cliente subsumiéndolo pero sin tergiversarlo.

A lo largo de este artículo se hará evidente como ambos, este y el del cliente, se articulan conjuntamente.

Bases Metodológicas

Elaboración de un MCB desde el Sistema de Significados Personales del Sujeto

La metodología para la elaboración de un MCB desde el Sistema de Significados Personales (SSP) del sujeto está recogida en Botella (2021) y más detalladamente en Saúl et al. (2022). Esta metodología parte de modelos matemáticos basados en álgebra, cálculo y teoría de grafos. De esta forma transformamos la información subjetiva del paciente en datos operativizados que modelan la realidad individual del paciente y la expresan en índices cognitivos (centralidad, AUC, estabilidad...), representaciones gráficas (digrafo del Yo, PCSD...) y simulaciones matemáticas (inferencia de escenarios). En los párrafos subsiguientes abordaremos esta metodología, sin embargo si el lector desea profundizar puede acudir a Botella (2021) y a Saúl et al. (2022).

Este procedimiento utiliza la Técnica de Rejilla (Kelly, 1955) y la Rejilla de Implicaciones (Hinkle, 1965) para obtener los datos necesarios en la confección del MCB: (a) los constructos personales que conforman el SSP del paciente (nodos), (b) la valoración del *Yo-Actual* y del *Yo-Ideal* en función de esos constructos (pesos), y (c) las relaciones causa-efecto entre los diferentes constructos (aristas). Esta información, una vez analizada, nos mostrará los aspectos estructurales del sistema y nos permitirá simular dinámicas asociadas a él. Para entender mejor la obtención de estos datos repasemos los protocolos de la TR y de la ImpGrid.

Por una parte, la Técnica de rejilla (TR) es una entrevista semiestructurada que busca obtener información sobre el SSP del individuo y de cómo construye su entorno cercano y a sí mismo en base a dicho sistema. Aunque por motivos de investigación y consistencia inter-sujetos en nuestro grupo de investigación utilizamos un protocolo de preguntas (ver Figura 2), esta herramienta es altamente flexible y se adapta a cualquier necesidad concreta. Por ello, para evaluación clínica de un paciente animamos a utilizar una aproximación más flexible que la mostrada en este artículo.

Figura 2*Listado de Preguntas Propuesto para la Generación de Constructos Personales*

Comparación yo-padre
Constructo 1. ¿En qué se parece tu Yo Actual de tu Padre?
Constructo 2. ¿En qué aspecto se diferencian?
Comparación yo-madre
Constructo 3. ¿En qué se parece tu Yo Actual de tu Madre?
Constructo 4. ¿En qué aspecto se diferencian?
Comparación padre-madre
Constructo 5. ¿En qué se parecen tu Padre de tu Madre?
Constructo 6. ¿En qué aspecto se diferencian?
Comparación yo actual-persona significativa 1
Constructo 7. ¿En qué se parece tu Yo Actual de la persona significativa 1 (Pareja)? Si no tiene pareja, la persona más significativa en la actualidad que no sea el padre ni la madre. Señalar en tal caso el rol.
Constructo 8. ¿En qué aspecto se diferencia tu Yo Actual de la persona significativa 1?
Comparación yo actual-persona significativa 2
Constructo 9. ¿En qué se parece tu Yo Actual de la persona significativa 2?
Comparación yo actual-persona significativa 3
Constructo 10. ¿En qué se diferencia tu Yo Actual de la persona significativa 3?
Comparación yo actual-persona significativa 4
Constructo 11. ¿En qué se parece tu Yo Actual de la persona significativa 4?
Comparación yo actual-persona significativa 5
Constructo 12. ¿En qué se parece tu Yo Actual de la persona significativa 5?
Comparación yo actual-persona non grata 1
Constructo 13. ¿En qué se diferencia tu Yo Actual de la persona non grata 1?
Comparación yo actual-persona non grata 2
Constructo 14. ¿En qué se diferencia tu Yo Actual de la persona non grata 2?

1. El protocolo de la TR se divide en 3 pasos diferenciado Generación de elementos: El paciente debe proporcionar una lista de personas significativas que formen parte de su entorno cercano (padre, madre, hermanos, pareja...). Se recomienda también añadir alguna persona *non grata* para el sujeto. Además junto a esta lista se añade también un elemento que represente al propio paciente (*Yo-Actual*) y un elemento que contenga sus deseos (*Yo-Ideal*). Véase la Figura 3, con los elementos propuestos desde nuestro grupo de investigación.
2. Generación de constructos: A través de comparaciones entre los elementos anteriores se generan los constructos personales. Cada constructo estará definido por dos polos, el polo emergente y su opuesto. Podemos ver un ejemplo del protocolo de preguntas en la Figura 3.
3. Rellenar la matriz de puntuaciones (Figura 3): Por último el paciente deberá valorar en función de la escala establecida. Con cada constructo, el sujeto deberá señalar qué polo del constructo define a cada elemento y en qué grado. La escala que proponemos va del 1 al 7, en la que las puntuaciones del 1 al 3 matizan el polo izquierdo del constructo y las puntuaciones del 5 al 7 el polo derecho. El valor 4 implicaría una posición de indefinición.

Figura 3
Plantilla de la Técnica de Rejilla Propuesta

Orden importancia del constructo	INSTRUCCIONES: 1. Sitúa a cada uno de los elementos en uno de los dos polos de cada constructo. Las puntuaciones 1, 2 y 3 hacen referencia al polo izquierdo. Las puntuaciones 5, 6 y 7 hacen referencia al polo derecho. La puntuación 4 es una puntuación intermedia entre ambos polos.		CONSTRUCTOS		No actual	No dentro de dos años	Padre	Madre	Persona significativa 1 (partija o especificar no)	Persona significativa 2 (especificar no)	Persona significativa 3 (especificar no)	Persona significativa 4 (especificar no)	Persona significativa 5 (especificar no)	Persona non grata 1 (especificar no)	Persona non grata 2(especificar no)	No ideal
	polo izquierdo			polo derecho												
1			1													
2			2													
3			3													
4			4													
5			5													
6			6													
7			7													
8			8													
9			9													
10			10													
11			11													
12			12													
13			13													
14			14													

SISTEMA DE Puntuación			
1 muy		5 un poco	
2 bastante	4 punto medio	6 bastante	
3 un poco		7 muy	

Por otro lado, la Rejilla de Implicaciones es una entrevista semiestructurada que explora las atribuciones de causalidad entre los constructos del SSP. En nuestro caso, utilizamos una versión ligeramente modificada de la elaborada originalmente por Hinkle (1965). En la Figura 4 observamos una plantilla de la rejilla a rellenar.

Una vez listado todos los constructos del paciente a través de la TR, el protocolo de la ImpGrid que hemos utilizado es el siguiente:

1. Elegimos el primer constructo de su sistema de su SSP.
2. Aplicamos la entrevista para extraer las implicaciones del constructo siguiendo estas instrucciones:

Considere el constructo (polo izquierdo – polo derecho) por un momento. Ahora bien, si te cambiaras de un polo a otro, es decir, si te despertaras una mañana y te dieras cuenta de que te describes mejor por (polo opuesto al yo), mientras que el día anterior te habías descrito mejor por (polo asociado al yo), ¿Qué otros constructos, de los restantes, probablemente cambiarían únicamente por el cambio de (polo asociado al yo) a (polo opuesto al yo)? Recuerda que el cambio en este constructo es la causa, mientras que los cambios en los otros constructos son los efectos, y estos efectos derivan únicamente del cambio de ser (polo asociado al yo) a ser (polo opuesto al yo). En resumen, lo que me gustaría averiguar, entonces, es en cuál de estos constructos esperas que se produzca un cambio como resultado de saber

- que has cambiado de ser (polo asociado al yo) a ser (polo opuesto al yo). (Hinkle, 1965, pp.37-38, como se citó en Fransella, 2004)
3. Para cada constructo implicado nombrado por el paciente realizamos dos preguntas y anotamos la puntuación asociada en la plantilla (Figura 4) en función de la respuesta: (a) ¿Hacia que polo se produciría el cambio, y (b) ¿Cómo de intenso sería dicho cambio? Para matizar el cambio utilizamos las puntuaciones desde -3 hasta -1 para acotar el polo izquierdo y las puntuaciones desde 1 hasta 3 para acotar el polo derecho. La puntuación 0 indicaría no cambio.
 4. Repetimos los pasos 2 y 3 con cada uno de los constructos del SSP del paciente.

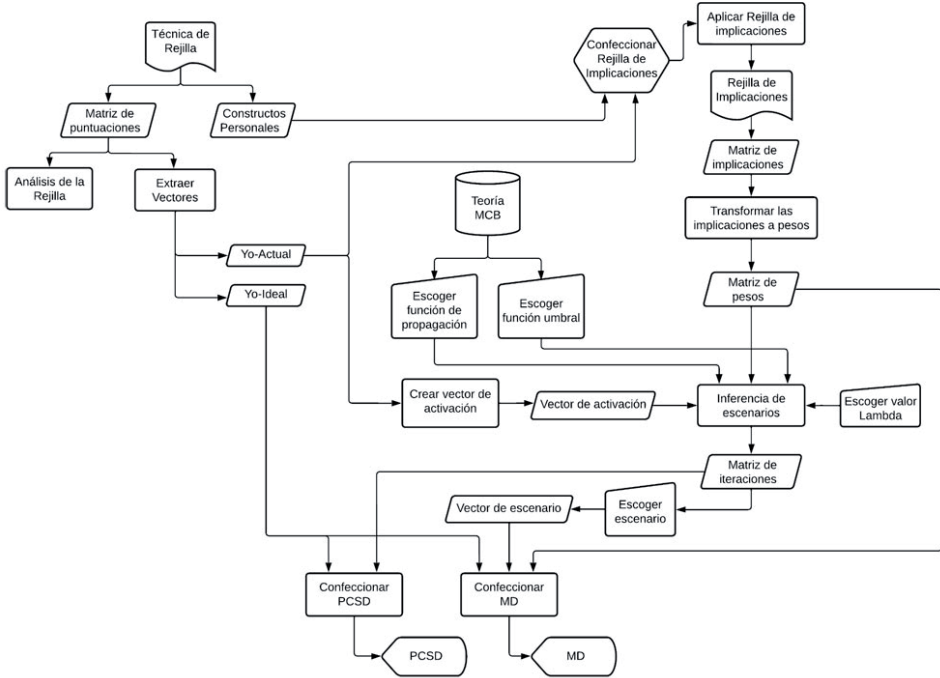
Figura 4
Plantilla Impgrid

	1. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	2. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	3. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	4. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	5. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	6. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	7. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	8. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	9. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesto	10. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesti	11. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesti	12. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesti	13. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesti	14. Polo asociado al Yo Actua → Polo opuesti	
Polo asociado al Yo Actual															Polo opuesto al Yo
1.	■														1.
2.		■													2.
3.			■												3.
4.				■											4.
5.					■										5.
6.						■									6.
7.							■								7.
8.								■							8.
9.									■						9.
10.										■					10.
11.											■				11.
12.												■			12.
13.													■		13.
14.														■	14.

Para operar con todos estos datos utilizaremos el software de código abierto GridFCM (Sanfeliciano y Saúl, 2022), un paquete de R (R Core Team, 2022) desarrollado por el Grupo de Investigación Constructivista de la UNED (<https://blogs.uned.es/gicuned/>). Cabe resaltar que se apoya en otros paquetes de R como OpenRepGrid, Igraph y Plotly (Heckman, 2016; Csardi y Nepusz, 2006; Sievert, 2020). Este conjunto de software nos permite tanto confeccionar MCB como realizar análisis más clásicos de la PCP (dilemas implicativos, análisis de componentes

principales, análisis por conglomerados, etc.; ver por ejemplo Feixas et al., 2009). Para entender el flujo de datos dentro del software podemos observar la Figura 5.

Figura 5
Elaboración de un MCB y el PCSD desde la Técnica de Rejilla



Nota: MCB (Mapa Cognitivo Borroso), PCSD (Personal Construct System Dynamic), MD (Map Digraph).

Índices y Gráficos Derivados del GridFCM

La herramienta GridFCM (Sanfeliciano y Saúl, 2022) crea un modelo matemático sobre la realidad cognitiva del paciente. Este nos permite realizar múltiples análisis para explorar su estructura y dinámicas. Entre todos ellos nos pararemos a explicar los que, por su interés y aplicación en el estudio de caso, son relevantes: (a) El digrafo del MCB, (b) El PCSD y (c) el índice AUC.

En primer lugar, el digrafo del MCB muestra la estructura del SSP del paciente y nos sirve para explorar visualmente tanto la adecuación del *Yo-Actual* con el *Yo-Ideal* como las implicaciones entre los constructos. La forma de representarlo es utilizando un grafo dirigido donde los nodos representan los significados personales del paciente y las aristas las implicaciones o atribuciones de causalidad entre los significados (ver digrafo del caso Figura 9).

En segundo lugar, el gráfico de Dinámica del Sistema de Constructos Personales (PCSD, en inglés *Personal Construct System Dynamic*) nos muestra una

simulación del posible desarrollo del *Yo-Actual* en base a las implicaciones entre los constructos. La representación gráfica es a través de un gráfico de líneas donde en el eje de ordenadas se representa la distancia respecto al *Yo-Ideal* y en el eje de abscisas la evolución temporal en base a las iteraciones matemáticas (ver PCSD del caso Figura 8).

Por último, el índice AUC (*Área bajo la Curva*, en inglés *Area Under Curve*) es un valor derivado del PCSD que nos informa de forma cuantitativa el ajuste de la simulación al escenario deseado por el paciente para cada uno de los constructos. Es decir, hasta qué punto se espera un buen o mal desarrollo de sus significados personales a lo largo del tiempo. Este índice puede tomar valores dentro del intervalo $[0,1]$, siendo 0 un ajuste perfecto al *Yo-Ideal* y 1 la distancia máxima respecto al *Yo-Ideal* (ver índices AUC del caso Figura 8).

Estos tres análisis se explican de forma más detallada y se ejemplifican en el estudio de caso que analizamos más adelante. Sin embargo, si el lector está interesado en explorar GridFCM y su código, le remitimos a nuestro repositorio oficial de Github (<https://github.com/GICUNED/GridFCM>).

Caso Clínico

A continuación presentamos un caso clínico que pretende ejemplificar cómo recoger la historia clínica del paciente y cómo trabajar con MCBs en la formulación de casos. Por motivos de síntesis, no vamos a presentar toda la información que se desprende de los datos analizados con el programa GridFCM (Sanfeliciano y Saúl, 2022). Para ejemplificar las dinámicas de cambio en los mapas se utilizará el programa gratuito Loopy (Case, 2022).

Henry es un hombre de 55 años, está casado desde hace 26 años y trabaja como Guardia Civil. Vive con su mujer y su hija, y le gusta tener una rutina basada en la norma. Esto le provoca discusiones con su hija adolescente y siente que la relación con su mujer no está en un buen momento. Respecto a su familia de origen tiene una hermana cinco años menor con la que comparte aficiones como el deporte y a pesar de que sus padres viven en otra ciudad los visita con cierta frecuencia. Henry aceptó recibir tratamiento psicológico a través del consentimiento informado escrito y la demanda se explora acorde a la Hipótesis transitiva (Asay y Lambert, 1999; Botella y Feixas, 1998; Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2001) y el Formato de Conceptualización de Caso según el Esquema MCB-FRP (Botella, 2020). Este último ayuda a clarificar el registro de datos en un único informe, unificando tanto los datos cuantitativos como cualitativos. Además, dicho formulario ayuda a que el terapeuta se sitúe en el mapa y estructura del paciente de forma sistémica.

Historia del Problema

Henry se caracteriza por un estilo de apego inseguro y no suele expresar sus emociones y necesidades negando que existen. Debido a su temor al rechazo, evita todo tipo de conflicto mostrando una postura sumisa y perfecta para los demás

esperando así obtener el cariño y aprobación que necesita. Desde su modelo de creencias piensa que tomar esta postura hará que tenga una valoración mayor. En concreto, Henry muestra un apego ansioso-ambivalente donde se oculta en un papel miedoso y temeroso. Se percibe como alguien más débil en la comparación con los demás creando un mundo relacional donde su palabra y emociones no tienen lugar.

Henry pide ayuda para manejar sus explosiones de ira en el ámbito familiar y laboral. Tiene una baja sensación de capacidad y autoestima manifestando un estado ansioso-depresivo. “*Tengo que aprender a enfadarme y no tener tanto miedo a la respuesta de los demás*”. Su principal meta terapéutica es aprender a tomar decisiones y estar más tranquilo.

La situación actual de Henry ha llegado a ser un problema debido a los factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento que se mencionan a continuación.

Factores Predisponentes

Por un lado, tiene un estilo de apego inseguro (ansioso-ambivalente con su madre y evitativo con su padre) y el estilo propio que más predomina en sus relaciones íntimas es ansioso-ambivalente. Además, las relaciones en su familia de origen parecen disfuncionales debido a la falta de validación que tuvo en la construcción de su identidad y la culpa con la que Henry vivió las frecuentes discusiones entre sus padres.

En su TC (ver Figura 6) observamos constructos de alianza o coalición situándose en alianza con su padre siendo *Perfeccionista*, *Protector*, *Tolerante* y *Falso*. Sin embargo, con la madre solamente comparten ser *Educados*. Esto indica una ausencia de constructos emocionales y el predominio de un entorno normativo.

Por otro lado, Henry considera como constructos de identidad familiar ser *Generosos* y *Trabajadores* pero cree que su familia de origen es *Débil emocionalmente* y *Miedosa*. Estos modelos de origen dificultan que tenga mayor flexibilidad, permitirse pedir lo que necesita y sentir que tiene un valor para los demás.

Respecto a la Figura materna hay varios constructos con indefinición del yo, donde no sabe si es “*Organizada-Desastre*”, “*Perseverante-Dejada*” y “*Creativa-Insensible*”. La existencia de episodios depresivos en la Figura materna puede explicar la indefinición de estos polos. Además, los constructos de límites generacionales sitúan a las figuras parentales dentro del polo ser familiares pero Henry está en un conflicto cognitivo al no saber si actualmente es más *Familiar* o más *Individualista*. Este dilema puede venir por la ambivalencia que siente en sus relaciones sociales donde por un lado, tiene miedo a perderlas pero por otro su necesidad de agradar le invalida.

Por estos motivos Henry llega a consulta con un modelo interno autoinvalidante muy intenso. Se considera bastante *Débil emocionalmente*, muy *Miedoso* y bastante *Falso*. Además, se ve incapaz de mantener una decisión propia si es contraria al deseo del otro engañándose a sí mismo como una forma de evitar el conflicto. “*Si*

soy perfecto nunca van a criticarme”.

- Estos patrones autoinvalidantes le llevan a emitir un patrón conductual que se repite en su relación familiar y laboral Profecía autocumplida: el miedo al rechazo y al conflicto hace que sus relaciones se basen en complacer a los demás. *“Solo me quieren por interés y no por quién soy”*. Si Henry se dedica a hacer todos los favores que le piden sin pedir nada a cambio finalmente sus relaciones se basan en la incondicionalidad provocando un gran coste emocional.
- Fragmentación y disociación: *“Cuando estoy muy saturado de las demandas de los demás prefiero funcionar en modo automático y no pensar. Me comporto como una ameba para que no me afecte, diciendo a todo que sí negando mis emociones”*.

Respecto a la sumisión de narrativas opresivas, de niño tuvo una educación rígida y perfeccionista donde nunca confrontó la palabra del padre. Interpretó que mejorar y hacer las cosas únicamente en función del deber era lo correcto dejando a un lado su bienestar emocional. De este modo, hay una connotación sociocultural donde ser hombre es ser un tipo duro negando las emociones de vulnerabilidad.

Factores Desencadenantes

Los factores desencadenantes que provocan este proceso de invalidación están relacionados con heridas en la construcción de su autoconcepto. En la infancia, recuerda ser un niño curioso y risueño pero la rigidez y perfeccionismo de su padre hizo que apareciera la inhibición en la toma de decisiones. *“Nunca valoró lo que tenía, siempre remarcaba y criticaba lo que me faltaba”*. Henry, entendió que desviarse de la norma siempre está mal explicándolo como *“Soy perfecto o no soy nada”*.

Vivió una adolescencia cohibida y reprimida adaptándose a los demás para proteger su valía. *“Tenía que ser un santo para ganarme el cariño de los demás”*. En la actualidad, Henry pone límites muy rígidos a su hija adolescente teniendo fuertes discusiones en casa. Sin embargo, con su pareja y compañeros de trabajo tiene un enfado interiorizado desmesurado ante su dificultad para mostrarlos ante figuras adultas.

Factores de Mantenimiento

Su posición respecto al cambio está en una etapa contemplativa. Tiene conciencia del problema pero cambiar supone abandonar constructos importantes en su identidad. Por ejemplo, de aquí a dos años no se ve siendo más *Pasota, Cerrado o Valiente*, aunque son constructos que están en su ideal. *“Siempre hago por mejorar y sé que algún día lograré la perfección”*. Negar el principio de realidad donde siempre algo falta hace que se sitúe en ambivalencia respecto al cambio.

De este modo, considera el área emocional un modelo interno incapacitante. Emociones como el miedo, la tristeza o la rabia le hacen sentirse débil y aparece

la negación y disociación como mecanismos de afrontamiento. Por ello, se considera bastante *Débil emocionalmente*, muy *Miedoso* y bastante *Falso* a la hora de relacionarse consigo mismo y los demás.

Por otro lado, el problema de Henry parece egodistónico. La negación de sus emociones y ser muy *Perfeccionista* hace que parezca que su forma de relacionarse no le cause problemas externos. Sin embargo, el motivo de consulta indica que realmente sí le causa conflictos consigo mismo.

Proceso de reconstrucción

La combinación de los efectos de los factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento han dificultado el proceso de reconstrucción en su sistema de significados. La información recogida según el Esquema MCB-FRP ayudó a establecer los objetivos, estrategias, técnicas y herramientas necesarias para este caso clínico.

Los objetivos terapéuticos en el caso de Henry son:

1. Identificación y expresión emocional en las situaciones en conflicto para disminuir la negación y disociación.
2. Habilidades sociales como la negociación y resolución de conflictos para el establecimiento de límites en la relación con los compañeros de trabajo, su padre, su mujer e hija.
3. Incluir en su rutina actividades gratificantes donde se relacione con el principio de placer.
4. Disminuir la distancia entre el *Yo-Actual* y el *Yo-Ideal* para reconstruir un autoconcepto más positivo.

Las estrategias utilizadas en este caso clínico se basan principalmente en una intervención constructivista integradora utilizando la lógica borrosa para trabajar las escenas en conflicto. Se utilizará el MCB como una herramienta de simulación para desarrollar estas dinámicas de cambio.

- El objetivo 1 y 2 se llevará a cabo conversando sobre las situaciones en conflicto y clarificando las posibles alternativas a seguir.
- En el objetivo 3 se identificará la relación de Henry con la capacidad de disfrute y se ubicará en el espacio temporal acordado.
- En el objetivo 4 se dará importancia al área emocional cada vez que se obtenga un avance validándolo en su proceso de cambio.

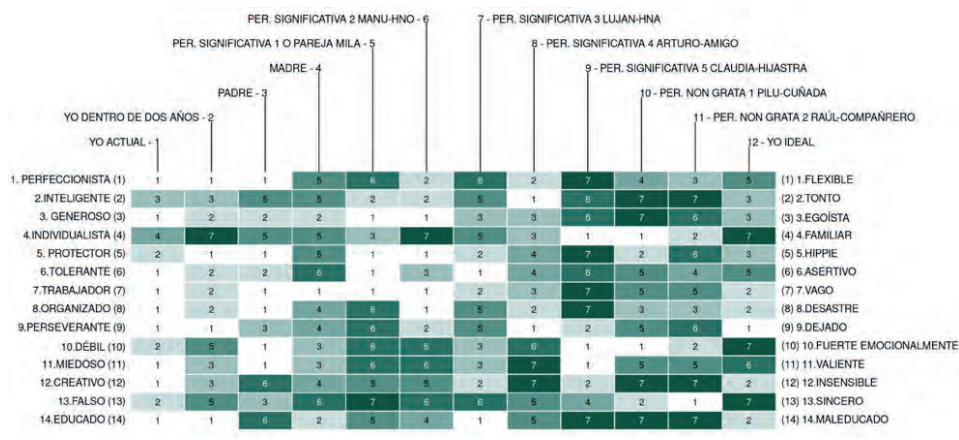
Las técnicas y herramientas más utilizadas a lo largo del proceso terapéutico son las siguientes: psicoeducación emocional, profundizar los motivos del bloqueo a la hora de poner límites hilándolo con su historia biográfica, técnicas en Resolución de Problemas, entrenamiento en asertividad, modelado, establecimiento de límites y utilizar el MCB como un simulador de dinámicas de cambio.

Recursos y Competencias

En cuanto a los recursos y competencias que pueden facilitar el cambio, Henry valora las relaciones vinculares teniendo una actitud altruista con interés por mantener sus vínculos. Por otro lado, aunque tiene dificultades para cuidarse emocionalmente, tiene capacidades de autocuidado con un estilo de vida saludable manteniendo una buena alimentación y condición física a través del deporte. Además, sentirse cómodo en un entorno normativo facilita aceptar el compromiso que supone el encuadre terapéutico. También, ser valorado en su trabajo y saber trabajar en equipo son cualidades que ayudarán en el modelo colaborativo paciente-terapeuta.

Por otro lado, a pesar de tener una baja autoestima, Henry tiene ciertas expectativas de autoeficacia considerándose un poco *Inteligente*, muy *Generoso*, bastante *Protector*, muy *Trabajador*, muy *Organizado*, muy *Perseverante*, muy *Creativo* y muy *Educado*. Sin embargo, en su *Yo-Ideal* le gustaría ser menos *Educado*, *Creativo*, *Organizado*, *Generoso*, *Protector* y *Trabajador* (ver rejilla de Henry, Figura 6). Esto es un indicador positivo para incluir la flexibilidad y el área emocional en Henry.

Figura 6
Resultados de la Técnica de Rejilla (TR)



Motivación

Henry está motivado para el cambio porque no se encuentra bien emocionalmente. La relación con su mujer e hija se ha ido deteriorando y quiere fortalecer los vínculos familiares. El deseo de tener más habilidades sociales para mostrar su punto de vista, conectar con la capacidad de disfrute y tomar decisiones propias, son sus principales motivaciones para el cambio. Henry considera que su capacidad de trabajo y perseverancia le ayudarán a obtener el cambio terapéutico deseado.

Dificultades

A pesar de que Henry muestra motivación para el cambio, tiene cierto temor en reconstruir los constructos de su SSP. Dentro de sus objetivos tiene claro que quiere ser muy *Sincero* y *Fuerte emocionalmente*. Sin embargo, considerar el área emocional como un modelo interno incapacitante puede obstaculizar el proceso de cambio. El dolor que supone mirar los conflictos hace que las emociones queden disociadas, alejándose de su *Yo-Actual* y *Yo-Ideal*. Utilizar el MCB como una herramienta de simulación de cambio le ayuda a disminuir sus miedos acercándose a sus problemas de una forma más integradora y holística.

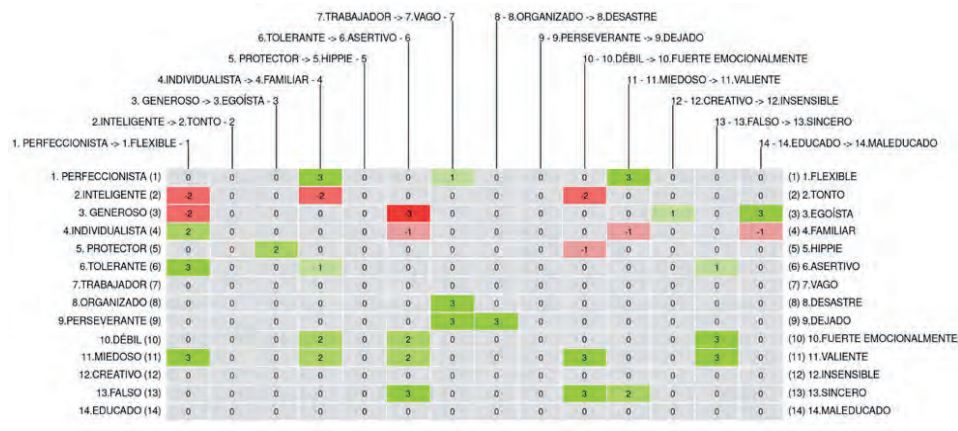
Intervención Terapéutica a través de la Utilización de MCBs

En los años 70 ya existía el debate entre la distancia del trabajo conjunto entre investigadores y clínicos. Sin embargo, es en los años 80 cuando ambos profesionales trabajan de forma conjunta llevando a cabo los primeros estudios sobre el proceso terapéutico y el proceso de cambio (Orlinsky y Howard, 1986). El procedimiento de este caso clínico se basó en las recomendaciones de Boswell et al. (2018) para la implementación de estudios de caso en la Investigación Orientada a la Práctica (POR, siglas en inglés), donde se promueve desarrollar programas de intervención trabajando investigadores y clínicos: involucrar a todas las partes interesadas relevantes (investigadores-paciente-terapeuta), retroalimentación sobre el proceso de implementación, establecimiento de prioridades claras y mantener una actitud flexible. Así mismo, a lo largo de todo el procedimiento se llevaron a cabo los siguientes objetivos: desarrollar propuestas de investigación útiles tanto para clínicos como para investigadores, diseñar programas de investigación en base a la experiencia y conocimiento de los clínicos, obtener resultados de investigación más accesibles y/o procesables para la práctica clínica, proporcionar herramientas y motivar a los clínicos a colaborar de forma conjunta, y disponer de investigadores con mayor apertura por el interés y necesidades de la práctica clínica (Fernández-Álvarez y Castonguay, 2018).

Además, en base al esquema de Gutiérrez et al. (2012) el proceso de construcción del MCB de Henry y su posterior análisis sobre la simulación de dinámicas constó de las siguientes etapas: a) Identificación de los pares de constructos congruentes (aquellos en los que el *Yo-Actual* y el *Yo-Ideal* se encuentran en el mismo polo del constructo) e incongruentes (aquellos en los que el *Yo-Actual* se encuentra en un polo y el *Yo-Ideal* en el polo opuesto), b) determinación de las relaciones causales entre dichos pares, c) asignación de las intensidades entre nodos obteniendo los resultados representados en la matriz de adyacencia y la matriz de implicaciones, d) construcción del MCB para desarrollar escenarios de predicción, y f) simulación de distintos escenarios hasta alcanzar un MCB más estable.

Para ello, una vez realizada la TR de Henry (ver Figura 6), se pasó a la obtención de la ImpGrid. En la Figura 7 se puede ver su rejilla de implicaciones.

Figura 7
Rejilla de Implicaciones (Impgrid)



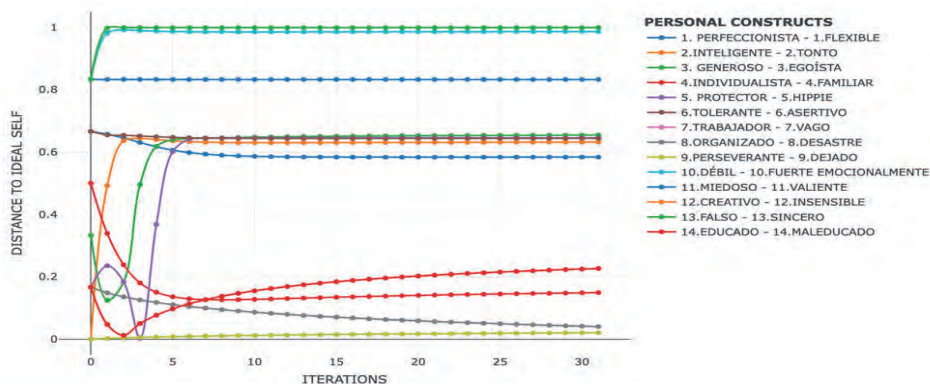
Por otro lado, el gráfico de *Dinámica del Sistema de Constructos Personales* (PCSD, en inglés *Personal Construct System Dynamic*) obtenido con el programa GridFCM (Sanfeliciano y Saúl, 2022) representa la dinámica de constructos personales de Henry simulando su hipotética evolución a lo largo del tiempo (ver Figura 5). Este análisis nos ofrece una visión de los posibles patrones de cambio de Henry respecto a su SSP. Es decir, nos aporta información sobre las dificultades y contingencias asociadas a sus deseos de cambio.

Tal y como vemos en la Figura 8 los pares de constructos discrepantes *Falso–Sincero* (0,96), *Débil–Fuerte Emocionalmente* (0,95) y *Miedoso–Valiente* (0,80) están cerca del valor AUC=1. Esto indica que Henry va presentar dificultades para cambiar dichos constructos a lo largo del tiempo. Es decir en su *Yo–Actual* se considera bastante *Falso*, bastante *Débil* y muy *Miedoso*, y aunque su *Yo–Ideal* sea pasar al polo opuesto este cambio se presentará con más dificultades que en otros constructos. Por ello, el programa propone pares de constructos discrepantes más accesibles al cambio a lo largo del tiempo, como por ejemplo, el par *Individualista–Familiar* (0,14) y *Perfeccionista–Flexible* (0,57) (ver Figura 8).

Utilizar el PCSD aporta gran relevancia clínica al obtener en una misma imagen diferentes propuestas de trabajo sobre los constructos más accesibles al cambio. Supone una hoja de ruta que puede complementar al MCB, siendo ambas herramientas complementarias entre sí para analizar la misma dinámica de cambio desde diferentes perspectivas.

Figura 8

Gráfico de Dinámica del Sistema de Significados Personales (PCSD) e Índice AUC

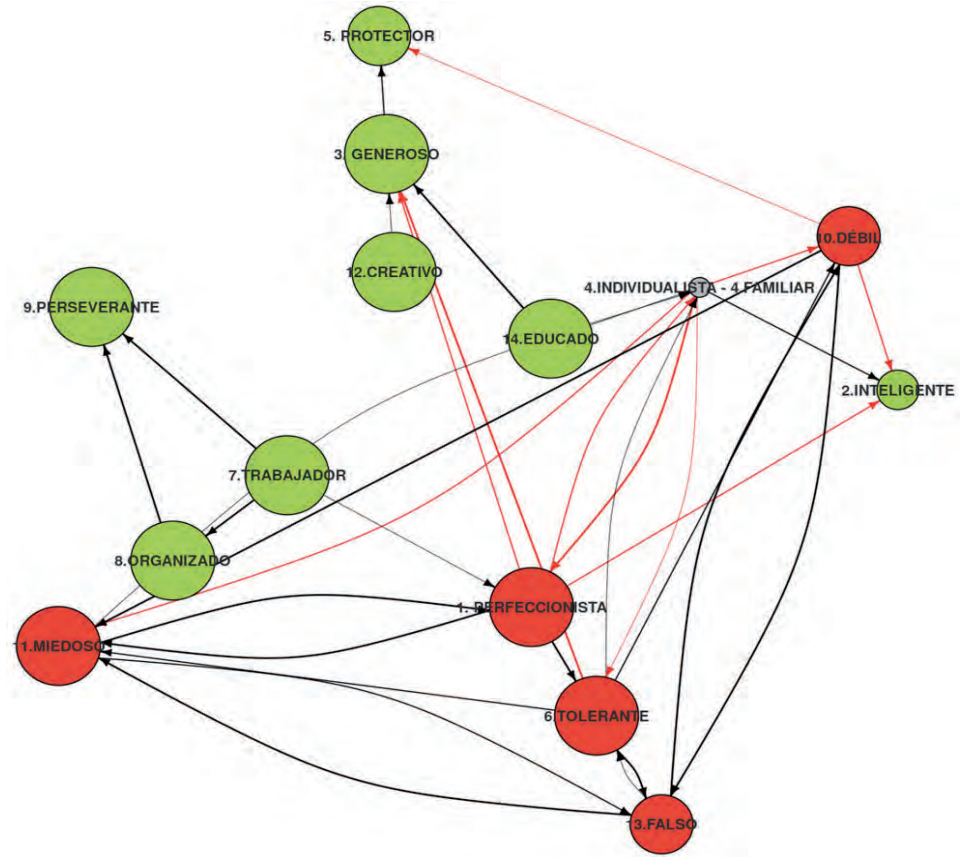


Summary	AUC	Stability	PCSD Derivative	Initial value	Final value	Difference
2.INTELIGENTE - 2.TONTO				0.0000000	0.6322813	0.6322813
5. PROTECTOR - 5.HIPPIE				0.1666667	0.6461735	0.4795069
3. GENEROSO - 3.EGOÍSTA				0.3333333	0.6544962	0.3211628
13.FALSO - 13.SINCERO				0.8333333	0.9992427	0.1659094
10.DÉBIL - 10.FUERTE EMOCIONALMENTE				0.8333333	0.9863335	0.1530001
7.TRABAJADOR - 7.VAGO				0.1666667	0.2266907	0.0600240
12.CREATIVO - 12.INSENSIBLE				0.1666667	0.2266907	0.0600240
14.EDUCADO - 14.MALEDOCADO				0.1666667	0.2266907	0.0600240
9.PERSEVERANTE - 9.DEJADO				0.0000000	0.0208127	0.0208127
11.MIEDOSO - 11.VALIENTE				0.8333333	0.8329797	-0.0003536
6.TOLERANTE - 6.ASERTIVO				0.6666667	0.6442882	-0.0223784
1. PERFECCIONISTA - 1.FLEXIBLE				0.6666667	0.5840434	-0.0826232
8.ORGANIZADO - 8.DESASTRE				0.1666667	0.0402788	-0.1263878
4.INDIVIDUALISTA - 4.FAMILIAR				0.5000000	0.1493623	-0.3506377

Nota: AUC (Area under the curve): Área bajo la curva. Valores de 0 a 1. Cuanto más próximo a 1 más dificultades va a tener para cambiar el constructo.

En el mapa inicial del SSP de Henry (ver Figura 9) vemos cómo los constructos *Perfeccionista*, *Educado* y *Trabajador* tienen una posición más central indicando su grado de importancia en el sistema. Por ello, podemos decir que ser *Perfeccionista* es uno de los motivos que le hace ser demasiado *Tolerante* y *Falso* respecto a sus deseos y necesidades. Esta retroalimentación le provoca graves consecuencias socio-afectivas en la relación con su mujer y su hija.

Figura 9
 Mapa Inicial Estructurado según la Centralidad de los Constructos (Modelo Reingold-Tilford)



Utilización de los MCBs como Simulador de Cambio

La intervención con Henry se basa principalmente en trabajar escenas en conflicto utilizando el MCB como un simulador de cambio. Desarrollar estas dinámicas de cambio desde el rol de observador facilita que Henry tome una parte más activa en su proceso terapéutico acercando estas dinámicas a su vida real. Para ello, en este apartado vamos a ver varios ejemplos de cómo usar el MCB en relación al caso de Henry.

Para mostrar las dinámicas del SSP y hacer simulaciones de cambio se utilizó el programa Loopy (Case, 2022). En el programa Loopy se dibujaban las polaridades de cada par de constructos (nodos), añadiendo el color que indica la posición del Yo-Actual respecto al Yo-Ideal (rojo: constructo incongruente, verde: constructo congruente, amarillo: constructo dilemático donde el ideal se encuentra en una posición indefinida). La cantidad de color irá en función de las puntuaciones

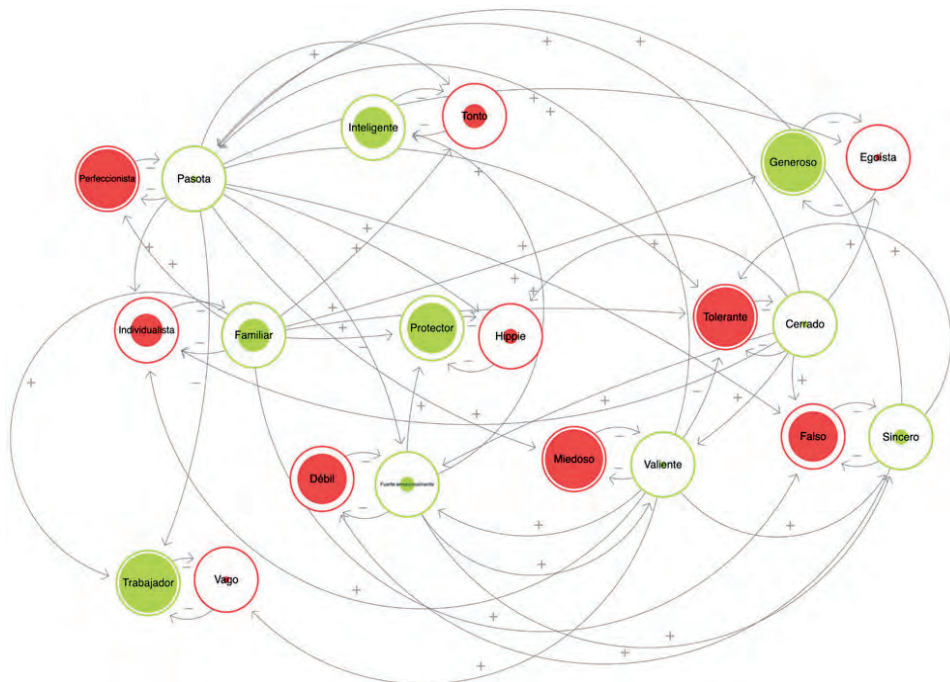
dadas en la TR en base al *Yo-Actual* con una escala Likert de 1 a 7 (*peso de las relaciones*, ver Figura 6). Después, trazamos sus implicaciones causales positivas (+) o negativas (-) a través de flechas conectando unos nodos con otros (aristas de relaciones). Así pues, la combinación de nodos y aristas representa cómo está construido el sistema de significados personales de Henry. La activación de un nodo (un polo del par de constructos) pone en movimiento todo el sistema creando un MCB como simulador de cambio: “¿*Qué pasaría si...?*”. De este modo, enlazamos situaciones en conflicto del paciente con posibles escenarios de cambio.

Reelaboración de la Red de Significados Personales

Una vez aplicada la TR y la Impgrid observamos que el MCB de Henry tiene un sistema de significados personales basado en la dicotomía del todo o nada dificultando el cambio terapéutico. El corsé de la perfección hace que sus pares de constructos sean muy rígidos impidiendo ver los diferentes matices de cada polo deseado (ver Figura 10, ver simulación en <https://bit.ly/3NaecDn>).

Figura 10

Representación en Loopy del MCB de Henry al Inicio del Tratamiento



Debido a esta dicotomía, algunos pares de constructos tenían implicaciones de causalidad en conflicto y se invitó a Henry a revisar su red de significados personales junto a su historia biográfica. Se analizaron los pares discrepantes *Miedoso-Va-*

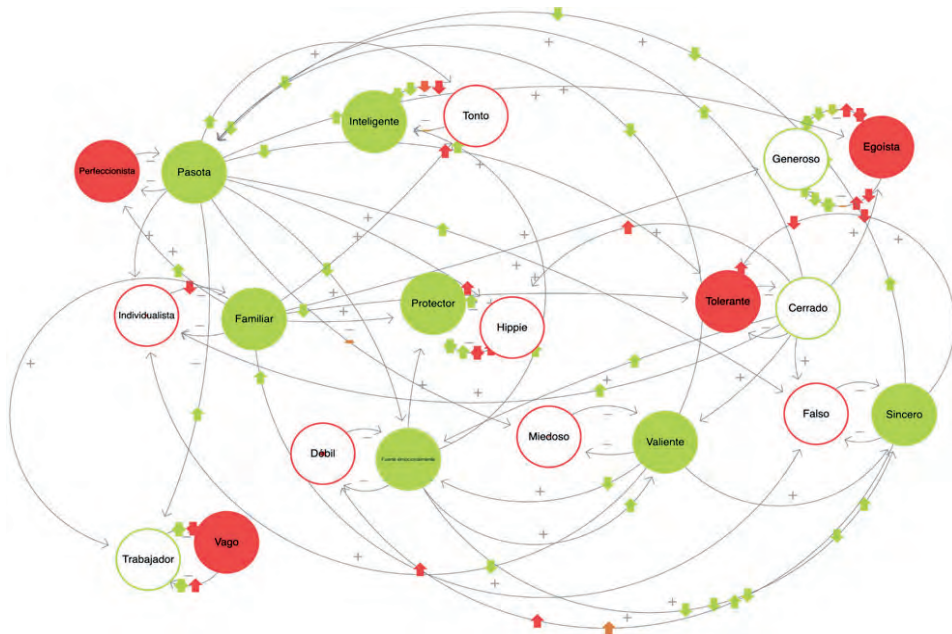
liente, Tolerante–Cerrado, Falso–Sincero, Perfeccionista–Pasota, Débil–Fuerte Emocionalmente e Individualista–Familiar.

En primer lugar, para llevar a cabo esta intervención, se reelaboró el significado de cada constructo deseado (*Valiente, Cerrado, Sincero, Pasota, Fuerte Emocionalmente* y *Familiar*). En segundo lugar, se solicitó pensar en una situación real o imaginada donde le gustaría tener ese polo deseado. Por ejemplo, “*En el trabajo el jefe se molestó conmigo porque pensaba que había cometido un error. Sin embargo, fueron otros compañeros los que lo hicieron y fui incapaz de decirlo*”. En esta situación cogemos como marco de referencia el constructo deseado *Valentía* y llevamos a cabo una simulación de cambio en su MCB. “*Imagínate que tienes esa valentía deseada y le dices al jefe que no estás de acuerdo con su decisión. ¿Esta valentía implicaría que fueras más o menos...?*” (<https://bit.ly/3uGth7b>).

Tras esta intervención Henry modifica las implicaciones de ser *Valiente* haciendo una poda en sus implicaciones respecto al anterior mapa donde pensaba que ser *Valiente* le hacía ser más *Vago*. Ahora, ser *Valiente* es la causa de ser más *Pasota*, más *Sincero*, más *Individualista* y más *Fuerte Emocionalmente* (ver Figura 11).

Figura 11

Reelaboración del Significado del Constructo Deseado Valiente



De este modo, el mapa ofrece la oportunidad de llevar a cabo una simulación de dinámicas de cambio viendo qué pasaría si Henry pasara al polo deseado, siendo *Valiente* acorde al significado actual. Así pues, al activarse el constructo deseado con las nuevas implicaciones Henry encuentra que su mapa se vuelve en su mayoría

de color verde indicando una mayor estabilidad en su SSP.

En las siguientes sesiones se llevó a cabo este mismo procedimiento reelaborando los significados de otros constructos deseados utilizando escenas de su vida cotidiana como escenarios de simulación de cambio. Trabajar con MCB ayudó a Henry a clarificar y simplificar su camino a seguir en el proceso de cambio. “*Verlo con pequeñas situaciones del día a día me ayuda a ver los cambios que puedo hacer. Todo se ve más sencillo de lo que parece*”.

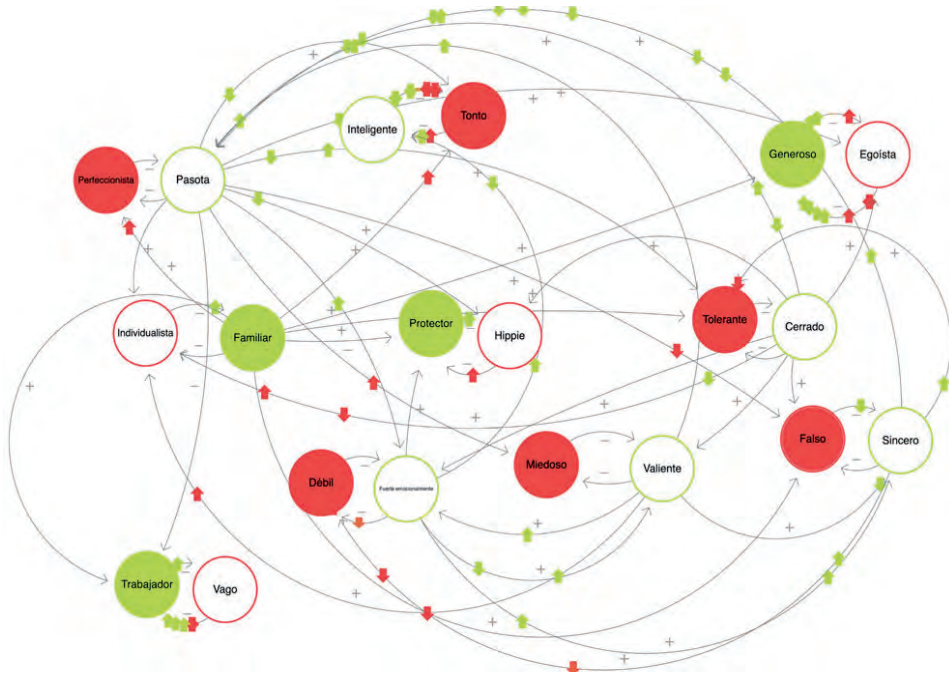
El MCB en Relación con la Historia de Vida

Otro punto de reflexión importante fue enlazar la red de significados personales con su historia biográfica. Henry se relaciona en su trabajo de la misma manera que en su vida personal. Se relaciona con el mundo a través de la norma y espera que los demás se comporten de la misma manera. Su dificultad para poner límites, la negación del enfado y la falta de habilidades sociales hacen que tenga dificultades para conectar con la realidad provocando gran malestar hacia sí mismo. Este es un ejemplo que utilizaremos para trabajar la lógica borrosa.

Henry niega sus emociones siendo tan *Tolerante* con los demás, que las emociones le desbordan. Para ello, desea ser más *Cerrado* y poner ciertos límites en sus relaciones sociales. Así pues, activamos el constructo *Tolerante* para ver qué coste le daría si siguiera actuando de la misma manera: “*Mi mapa se vuelve más rojo... Esto me indica que seguir por este camino me haría sentir igual de mal*” (ver Figura 12).

Figura 12

MCB Sin un Proceso de Cambio Ante el Par Discrepante Tolerante–Cerrado



El MCB ofrece la oportunidad hacer una simulación de dinámicas de cambio analizando qué pasaría si pasara al polo deseado siendo más *Cerrado*. Sin embargo, antes se revisa el significado de este constructo con sus implicaciones. Debido a la dicotomía de su principio de realidad basada en el todo o nada, Henry tiene dificultades para redefinir el constructo del polo deseado. También le sucedió con el constructo *Valiente* y decidimos pararnos para enlazarlo con su historia biográfica.

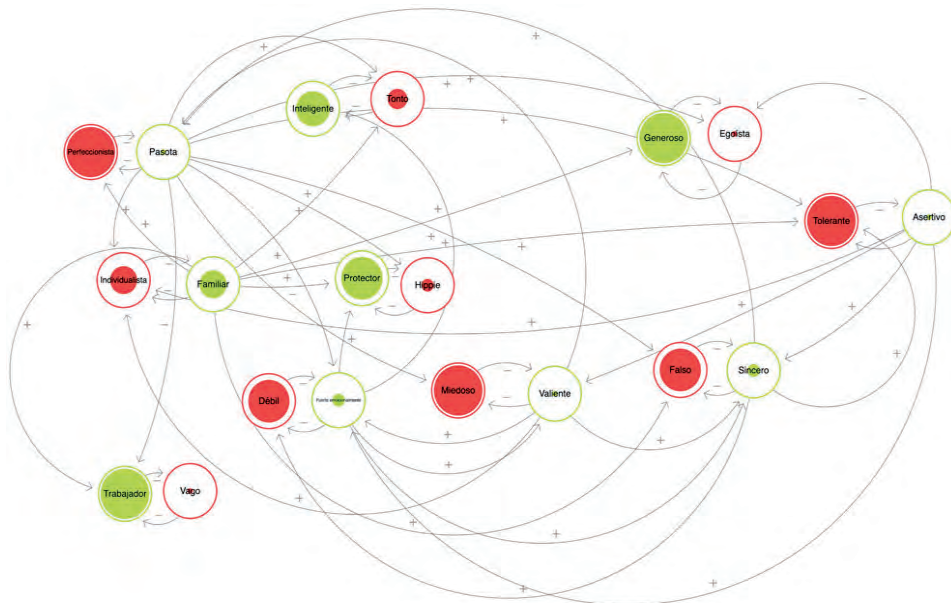
Una figura paterna padre rígida, autoritaria y carente de validación configuró en Henry un sistema de constructos personales basados en la perfección: “*Eres perfecto o no eres nada*”. También se rastrearon figuras y recursos de apoyo que le ayudaron a formar un autoconcepto más positivo y aunque hubo alguna figura externa al núcleo familiar no fueron muy notorias en las primeras etapas de su vida.

Dada esta información biográfica se invita a Henry a crear, de forma simulada, su propia red de significados más allá de la construida en su infancia. En su respuesta cambió el constructo *Cerrado* por otro más abierto y amable como *Asertivo*. Recordarle el escenario de simulación le ayuda, desde el rol de observador, a crear una red de significados propios. “*Imaginate que tienes esa asertividad creada desde lo que TÚ deseas ser y con ella gestionas la situación x. ¿Esta asertividad implicaría que fueras más o menos...?*” (ver simulación en <https://bit.ly/3KoclcM>). Observamos que en el par *Tolerante–Asertivo* modifica las implicaciones que le hacen ser *Asertivo* eliminando, respecto al anterior MCB, el ser más *Hippie*, ser

más *Pasota* y ser más *Falso*. Considera que no son constructos que tengan que ver con ser *Asertivo* y también cambia a ser menos *Egoísta* (ver Figura 13).

Figura 13

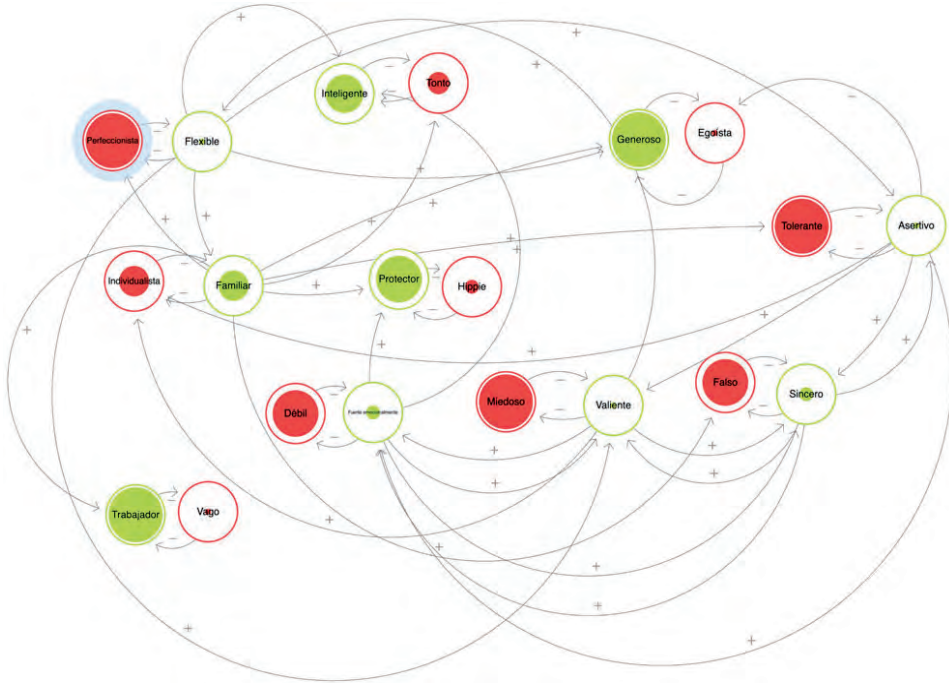
MCB como Simulador de Cambio Ante el Par Discrepante Tolerante–Asertivo



En otro ejemplo, vemos el par de constructos discrepantes *Perfeccionista–Pasota* donde también modifica el nombre de su constructo deseado. Tras varias sesiones trabajando la relación con su padre el constructo *Pasota* pasó a llamarse *Flexible* poniéndole una connotación más positiva. Así pues, ser *Flexible* es la causa de ser más *Inteligente*, más *Asertivo*, más *Generoso*, más *Familiar* y más *Valiente* (ver Figura 14, ver simulación en <https://bit.ly/387CIoE>). “Ver las flechitas con las que relacionaba el ser pasota (más individualista, menos trabajador, menos miedoso, más fuerte emocionalmente, más hippie, más falso, más tolerante, más egoísta y más tonto) me ha dejado impresionado. ¿Cómo podía pensar que era lo que quería ser?”.

Figura 14

MCB como Simulador de Cambio Ante el Par Discrepante Perfeccionista–Flexible

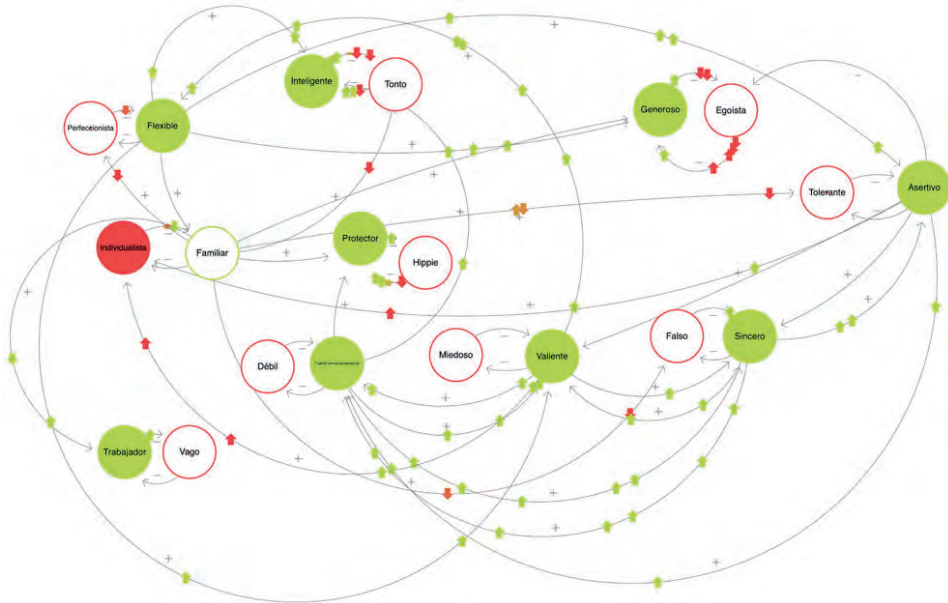


Las Dinámicas de Cambio desde Dos MCB Diferentes

Otra forma que facilita aumentar la capacidad de insight sobre el sistema de significados y la posibilidad de cambio es activar el mapa en dos pantallas diferentes. En el caso de Henry, activar por un lado el MCB original desde el que partía al inicio (ver Figura 10) y el nuevo MCB tras la simulación de cambio (ver Figura 15), le ayuda a afianzar la ruta de cambio reconstruida desde una mirada adulta. “*Ver los dos mapas a la vez me hace ser consciente que me he equivocado de camino. Pensaba que la perfección me daría tranquilidad y no tendría problemas pero es justo lo contrario*”. Así pues, el MCB de Henry permite crear un viaje en el tiempo analizando cómo construye su sistema de significados en escenarios simulados acorde al pasado, presente y futuro de su historia biográfica.

Figura 15

MCB en las Últimas Sesiones del Tratamiento



Con estos ejemplos vemos que utilizar el MCB como una herramienta de simulador de cambio hace posible analizar dos posibles escenarios, los cuáles podemos reflexionar junto al paciente:

- ¿Qué pasaría en tu vida si cambias hacia el polo deseado?, ¿cómo afectaría al resto de constructos?
- ¿Qué pasaría en tu vida si sigues en la misma dinámica en la que te sitúas en un polo no deseado?, ¿cómo afectaría al resto de constructos?

Tras estas sesiones, el rol de observador cambia a un rol protagonista haciendo uso de la flexibilidad en su rutina diaria, activando su capacidad de cuidado e incluyendo el mundo emocional diferenciando debilidad con vulnerabilidad. “*Noto que si estoy más cansado y me cuido, también cuido las relaciones con los demás*”. Henry se encuentra con un Yo-Actual más Asertivo, Sincero, Flexible y Valiente.

La terapia es un espejo donde se mira a sí mismo y la terapeuta aprovecha este momento para reflejar una mayor congruencia entre su Yo-Actual y su Yo-Ideal. Sin embargo, en alguna ocasión, la toma de conciencia en relación a su Yo-Actual respecto al Yo-Ideal provocó una respuesta ansioso-depresiva, ya que lo que supone ganar un cambio a nivel terapéutico implica perder un estilo de vida en relación con el idealismo y la perfección. De este modo, el mapa le confronta con la forma en la que avanza su vida y cuestiona si es lo que realmente quiere. “*Me duele verlo pero la forma en cómo quería avanzar no es el camino. Llevo muchos años funcionando así y me cuesta soltarlo pero ver mi mapa tan rojo hace que me de*

contra la pared una y otra vez". La terapeuta acompaña a Henry en este proceso de pérdida recordando que cuando ha establecido un patrón de relaciones desde otra dinámica de cambio tiene un mayor bienestar animándole a seguir trabajando.

Después de activar el mapa durante varias sesiones Henry conecta más con el principio de realidad confrontando su idealización y favoreciendo este giro tan necesario, validar lo que tiene más allá de lo que falta.

Como conclusión podemos decir que conforme avanza el proceso terapéutico Henry tiene un sistema de significados menos conflictivo. Su MCB le muestra otros caminos para encontrar un equilibrio entre el deseo y deber, conectar con la capacidad de disfrute e incluir su autocuidado emocional. *"He decidido centrarme en lo que sí puedo cambiar para sentirme mejor"*.

Por todo ello, los factores que han podido influenciar para que Henry se encuentre más estable en su nuevo SCP son:

- Reelaborar su sistema de significados acorde a los constructos deseados y hacer una poda de estos significados en conflicto. Esto hizo que conectara con el coste emocional de vivir desde un ideal aceptando los límites en las relaciones con los demás.
- Salir de la dicotomía del todo o nada incluyendo matices dentro su sistema de constructos (muy, bastante o un poco). Tomar conciencia de los grados de intensidad que hay dentro de un polo le permitió tomar un postura más activa en su proceso de cambio.
- Identificar y aceptar patrones relacionales en conflicto vinculados a su historia biográfica le ayudó a construir su propia red de significados personales.

Conclusiones

Escuchar y Atender la Demanda del Paciente como un Caso Único

Desde la epistemología constructivista es necesario comprender el mundo interior del paciente para comprender su demanda de cambio. Para ello, el terapeuta debe conocer previamente la historia de vida del paciente y asegurarse de que los datos recogidos en las rejillas tienen relación con su demanda. De este modo, el MCB se convierte en un reflejo de su sistema de significados donde paciente y terapeuta trabajan creando sus rutas de cambio.

Utilizar ejemplos de escenas en conflicto del propio paciente como simulaciones de cambio puede facilitar un rol activo en el proceso terapéutico. *"Verlo con pequeñas situaciones del día a día me ayuda a ver los cambios que podría hacer. Todo se ve más sencillo de lo que parece"*.

Por otro lado, huir de procedimientos de intervención estandarizados y universales permite reconstruir el sistema de significados del paciente de forma única. En el proceso de cambio es el propio paciente el que marca el ritmo en este camino y el terapeuta quien le acompaña a su lado. Para ello, el MCB permite que con la

misma herramienta se reconstruya su red de significados personales junto al análisis de las dinámicas de cambio de forma única y personalizada.

Alianza Terapéutica desde el Modelo Colaborativo

Este caso se trabaja desde el modelo colaborativo (Botella, 2020) donde el cliente es el protagonista del cambio y junto al terapeuta establecen una relación co-constructiva basada en la alianza de trabajo. El rol del terapeuta es un mediador entre el paciente y la demanda de cambio, y juntos exploran su red de significados personales. Varios estudios sobre el efecto de compatibilidad entre terapeuta y cliente demuestran que pacientes resistentes desarrollan mejor alianza de trabajo con terapeutas más flexibles y menos directivos (Botella, 2020). Un estudio donde se identificaban los factores que influían en la ruptura de la alianza terapéutica con pacientes con dificultades en relaciones interpersonales confirmó que las tensiones en el vínculo terapeuta-paciente fortalecían el proceso de cambio cuando se trabajaba desde un modelo colaborativo (Valdés et. al. 2018). Por ello, incluir el MCB como una herramienta flexible y moldeable a la estructura del paciente puede facilitar el cambio en dichos pacientes.

Creación de Escenarios como Simulador del Cambio

El MCB ayuda a generar una representación dinámica del SSP con una doble funcionalidad: mostrar el camino a seguir acorde a los objetivos de cambio y disponer del espacio terapéutico convirtiéndolo en un laboratorio más natural con mayor capacidad interactiva entre paciente y terapeuta.

Así pues, plantear escenarios de cambio a través de una herramienta de simulación puede facilitar al paciente que aparezcan aspectos esenciales del proceso terapéutico: tomar una postura activa, recuperar la sensación de capacidad y tomar conciencia de que puede hacer algo diferente.

La novedad del MCB sobre el procedimiento de los SSP es que proporciona una imagen dinámica en vez de estática haciendo visible la causalidad de cada constructo con los demás. Además, el PCSD aporta en una sola imagen una retroalimentación del patrón del cambio tanto de forma sincrónica como diacrónica y obtener esta información en este formato aporta claridad y utilidad para la práctica clínica.

La simulación permite la posibilidad de percibir el cambio desde un rol de observador analizando desde fuera el SSP del paciente.

Toma de Conciencia y Postura Activa en Psicoterapia

La toma de conciencia del MCB supone un feedback del *Yo-Actual* y *Yo-Ideal*. Esta retroalimentación ayuda al paciente a reelaborar el significado de su SSP movilizándose hacia el cambio terapéutico. Además, el mapa actúa como un elemento protector en la relación terapéutica al ser dicho escenario quien confronta la propia realidad del paciente.

Por otro lado, priorizar la metodología clínica más que la metodología en

investigación facilita un rol activo en el proceso de cambio. Tal y como explica el principio de irrelevancia, en un sistema complejo a más precisión más irrelevante es el resultado. Así pues, la rigidez de la precisión hace que se pierdan otras variables y llevar a cabo este sistema de recogida de datos es poco útil para un diseño de caso único.

Desde el proceso de evaluación psicológica, el paciente tiene un rol activo en la recogida de datos a través de las técnicas de rejillas. Terapeuta y paciente van personalizando, como un equipo, el MCB aportando una postura activa desde el inicio del proceso terapéutico.

Monitorización del Cambio

Utilizar la lógica borrosa en psicoterapia permite monitorizar el cambio terapéutico a través del MCB y el PCSD. Tener un registro de todas las dinámicas de cambio que se producen a lo largo del proceso terapéutico tiene un valor incalculable tanto en la práctica clínica como en la investigación. Además, podemos analizar cómo el paciente construye su sistema de significados creando escenarios de simulación de cambio del pasado, presente y futuro. La utilidad del MCB en psicoterapia sirve tanto para el proceso de diagnóstico como de intervención facilitando la monitorización del proceso de cambio.

Así pues, la monitorización de datos no se centra tanto en los elementos en sí sino en las dinámicas de cambio del sistema de significados del paciente. Es decir, una misma herramienta permite reelaborar la red de significados personales del paciente junto al análisis de sus dinámicas de cambio. Por ello, el producto final va más allá de lo puramente conductual produciendo así un cambio estructural.

Limitaciones

Es necesario tener conocimiento y formación previa en la lógica de conjuntos borrosos en relación a la construcción de MCB en psicoterapia. A pesar del tiempo y dificultad que puede llevar adquirir estos conocimientos se considera esencial para interpretar los datos y hacer una devolución sencilla y coherente con un único gráfico.

Para evitar implicaciones indirectas en el mapa y tener datos más claros, es necesario depurar y simplificar el protocolo de aplicación de la Impgrid. Actualmente, desde el Grupo de Investigación Constructivista de la UNED (GICUNED, <https://blogs.uned.es/gicuned/>), se está trabajando en la simplificación de dicho protocolo para traducir este sistema complejo de una forma más clara para el trabajo en la práctica clínica.

Utilizar la lógica borrosa y el diseño del MCB como una herramienta de simulador de cambio de caso único hace que no podamos hacer un manual universal para todos los pacientes. La elaboración de una hoja de ruta respecto a la utilización de la lógica borrosa en la aplicación de casos en psicoterapia sería lo más útil.

Los resultados son una aproximación no lineal recogida a través de datos

cuantitativos. A pesar de la alta validez externa que nos ofrece la herramienta, es más difícil cuantificar de forma matemática los datos recogidos en este formato. Sería más práctico que la aplicación Loopy estuviera conectada a la matriz de adyacencias para que se obtenga un feedback más inmediato del proceso de cambio. Esto ayudaría a aumentar el insight del paciente aportando una mayor sensación de control sobre el cambio.

Referencias

- Asay, T. P. y Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings [El caso empírico de los factores comunes en la terapia: Hallazgos cuantitativos]. En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23–55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-001>
- Boswell, J. F., Thompson-Brenner, H., Oswald, J. M., Brooks, G. E. y Lowe, M. (2018). La intersección de la implementación de la psicoterapia basada en la evidencia y la investigación orientada por la práctica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 136-156.
- Botella, L. (2021). Mapping psychological spaces: psychotherapeutic applications of system dynamics in fuzzy cognitive maps of personal constructs [La cartografía de los espacios psicológicos: aplicaciones psicoterapéuticas de las dinámicas sistémicas de mapas cognitivos borrosos de constructos personales]. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 235-251. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.474>
- Botella, L. (2020). *La construcción del cambio terapéutico. Terapia Constructivista Integradora en la Práctica Clínica*. Desclée De Brouwer.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Laertes.
- Botella, L. (2007). Usos potenciales de la lógica borrosa. Aplicación de mapas cognitivos borrosos (MCBs) para el manejo de los casos clínicos en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 103-119.
- Case, N. (2022). LOOPY: a tool for thinking in systems [LOOPY: una herramienta para pensar en sistemas] (V1.1). <https://ncase.me/loopy/>
- Csardi, G. y Nepusz, T. (2006). The igraph software package for complex network research [El paquete de software igraph para la investigación de redes complejas] (v0.10.2). *InterJournal, Complex Systems*, 1695. <http://necsi.org/events/iccs6/papers/c1602a3c126ba822d0bc4293371c.pdf>
- Feixas, G., Saúl, L. A. y Ávila, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health [Viendo los conflictos cognitivos como dilemas: implicaciones para la salud mental]. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(2), 141-169. <https://doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de psicoterapia*. Desclée De Brouwer
- Fernández-Álvarez, H. y Castonguay, L. G. (2018). Investigación orientada por la práctica: avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. Introducción. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(12), 107-114.
- Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life [Salvar la normalidad: la revuelta de un iniciado contra el diagnóstico psiquiátrico fuera de control, el DSM-5, las grandes farmacéuticas y la medicalización de la vida ordinaria]. *Psychotherapy in Australia*, 19(3), 14–18. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.464019439257830>
- Fransella F., Bell, R. y Rannister, D. (2004). *A manual for repertory grid technique [Un manual para la técnica de rejilla]*. Wiley.
- Gutiérrez, E., González, M. C. y Salmerón, J. L. (2012). Análisis del impacto de las decisiones en el ámbito de la dependencia mediante mapas cognitivos borrosos. *Revista Española de Salud Pública*, 6(86), 565-574. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000600003
- Heckmann, M. (2016). OpenRepGrid: An R package for the analysis of repertory grids. R package version 0.1.10 [OpenRepGrid: Un paquete de R para el análisis de técnica de rejilla. Paquete R versión 0.1.10]. <https://cran.r-project.org/package=OpenRepGrid>
- Hinkle, D. N. (1965). *The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications [El cambio de los constructos personales desde la perspectiva de una teoría de las implicaciones de los constructos]* [Tesis doctoral, Universidad de Ohio]. The Ohio State University.

- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* [La psicología de los constructos personales] (Vol. 1 y 2). Norton.
- Kosko, B. (1986). Fuzzy cognitive maps [Mapas cognitivos borrosos]. *International Journal of Man-Machine Studies*, 24(1), 65–75. [https://doi.org/10.1016/S0020-7373\(86\)80040-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7373(86)80040-2)
- Neimeyer, R. A. y Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder meaning-making frameworks for psychotherapy* [Construcciones de marcos conceptuales de creación de significado de trastornos para la psicoterapia]. APA.
- Orlinsky, D. y Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy [Proceso y resultado en psicoterapia]. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed., pp. 311-381). Wiley.
- Prochaska, J. O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? [¿Cómo cambia la gente y cómo podemos cambiar para ayudar a muchas más personas?]. En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 227–255). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-007>
- R Core Team (2022). *R: A language and environment for statistical computing* [R: un lenguaje y un entorno para la computación estadística] [Software computacional]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>.
- Sanfeliciano, A. y Saúl, L. A. (2022). *GridFCM: A tool for creating fuzzy cognitive maps* [GridFCM: una herramienta para crear mapas cognitivos borrosos] (0.1.0-alpha). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6476591>
- Saúl, L. A., Sanfeliciano, A., Botella, L., Perea, R. y Gonzalez-Puerto, J. A. (2022). Fuzzy cognitive maps as a tool for identifying cognitive conflicts that hinder the adoption of healthy habits [Los mapas cognitivos borrosos como herramienta para la identificación de conflictos cognitivos que dificultan la adopción de hábitos saludables]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1411. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031411>
- Sievert, C. (2020). *Interactive web-based data visualization with R, Plotly, and Shiny* [Visualización interactiva de datos basada en la web con R, Plotly y Shiny]. Taylor & Francis. <https://plotly-r.com>
- Valdés, N., Gómez, D. y Reinel, M. (2018). Momentos de ruptura y resolución de la alianza terapéutica en el caso de una adolescente diagnosticada con difusión de identidad: su impacto en el resultado terapéutico. *Psykhé*, 27(2), 1-20. <https://doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1136>

LA FORMULACIÓN DEL CASO DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA MENTE GOBERNADA POR OBJETIVOS Y CREENCIAS

CASE FORMULATION IN CBT ACCORDING TO A FINALISTIC MODEL OF MIND

Angelo Maria Saliani

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1013-6361>
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Benedetto Astiaso Garcia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9195-2151>
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia, Università Guglielmo Marconi, Roma, Italia

Claudia Perdighe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-8155>
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Barbara Barcaccia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3946-481X>
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia, Università La Sapienza, Roma, Italia

Francesco Mancini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8765-4047>
Escuela de Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia, Università Guglielmo Marconi, Roma, Italia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Saliani, A. M., Astiaso Garcia, B., Perdighe, C., Barcaccia, B. y Mancini F. (2022). La formulación del caso desde la perspectiva de una mente gobernada por objetivos y creencias. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 111-132. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35674>



Resumen

La formulación del caso (FC) es el requisito necesario de cada tratamiento psicoterapéutico, independientemente de la orientación teórica del clínico. Sin una FC no hay un mapa del funcionamiento del problema que aflige al paciente y, en consecuencia, no hay posibilidad de una estrategia terapéutica clara derivada de ella.

En este artículo se presenta un método de FC en cinco puntos adaptado a la singularidad del paciente que tenga en consideración la descripción del problema, su posible clasificación diagnóstica y, sobre todo, su explicación. La explicación se refiere a las causas psicológicas próximas y remotas del problema concreto, las que determinan su mantenimiento y, por último, las precipitantes, es decir, las que provocaron su aparición. Llamamos a los cinco puntos de la FC: 1) descripción del problema y diagnóstico clínico; 2) perfil interno; 3) mantenimiento; 4) descompensación; 5) vulnerabilidad. El marco teórico en el que se inscribe este tipo de FC es el de una psicoterapia cognitiva (TC) inspirada en un modelo finalista de la mente (Miller et al., 1960), en el que, en la explicación del comportamiento individual, junto a las creencias, juegan un papel fundamental los objetivos sobrevalorados por el individuo.

Por último, se discutirán las importantes implicaciones de la estrategia terapéutica que involucran este tipo de formulación y la necesidad de conocer y aplicar los principios que rigen los procesos de aceptación cognitiva.

Palabras clave: formulación del caso, terapia cognitiva, objetivos sobrevalorados, creencias disfuncionales, aceptación cognitiva

Abstract

Case formulation (CF) is the necessary prerequisite for any psychotherapeutic treatment, regardless of the theoretical orientation of the clinician.

This article presents a five-point CF method tailored to the uniqueness of the patient that takes into account the description of the problem, its diagnostic classification and above all its explanation. The explanation concerns the immediate and remote psychological causes of the specific problem, those that determine its maintenance and finally the precipitating ones, that is, which caused its onset. We call the five points of CF: 1) description of the problem and clinical diagnosis; 2) internal profile; 3) maintenance; 4) decompensation; 5) vulnerability.

The theoretical framework within which this type of CF takes shape is that of a cognitive psychotherapy (CT) inspired by a finalistic model of the mind (Miller et al., 1960), in which the explanation of individual behavior is based not only on beliefs but especially on the hyper-invested goals of the person. Therefore, ample space will be given to the second point of CF, the internal profile, the real beating heart of a good formulation, and illustrated how to proceed starting from the patient's wishes and fears (his goals and anti-goals) to reach his pathogenic beliefs. expressed as inferential rules (ie, as "if... then..." sentences).

Finally, the important implications for the therapeutic strategy that this type of conceptualization entails and the need to know and apply the principles that regulate the processes of cognitive acceptance will be discussed.

Keywords: case formulation, cognitive therapy, hyper-invested goals; dysfunctional beliefs, cognitive acceptance

La formulación del caso (FC) es un modelo personalizado que describe y explica el problema psicológico que presenta un individuo. Los puntos esenciales de esta definición son ampliamente compartidos y comunes a diferentes orientaciones psicoterapéuticas (Eells, 2009; Mancini y Barcaccia, 2009; Pearson, 1989; Perdighe y Gragnani, 2021; Ruggiero et al, 2018; Westmeyer, 2003). Como se deduce de la definición propuesta, se puede añadir que sin FC no hay psicoterapia entendida como una intervención basada en estrategias derivadas de una clara comprensión del problema (Easden y Kazantzis, 2017; Perdighe y Gragnani, 2021).

Las preguntas que se hace el clínico cuando intenta comprender el sufrimiento de la persona que le pide ayuda son esencialmente cinco:

1) ¿Cuáles son los síntomas de los que se queja el paciente, en qué circunstancias se producen y con qué intensidad, duración y frecuencia? Y ¿es posible, a partir de los síntomas y signos observados, hacer un diagnóstico según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) u otro manual diagnóstico? En resumen, ¿qué aflige al paciente desde el punto de vista clínico-descriptivo?

2) ¿Por qué tiene esos síntomas? ¿Qué pensamientos próximos, evaluaciones, contenidos psicológicos los causan?

3) ¿Por qué no desaparecen esos síntomas?, es decir, ¿qué impide su resolución natural manteniéndolos o agravándolos en el tiempo?

4) ¿Por qué esos síntomas aparecieron en un momento determinado de la vida de la persona? Es decir, ¿qué acontecimiento precipitante produjo la descompensación psicológica que provocó la transición de un antes pre-patológico a un después patológico?

5) ¿Por qué esa persona es sensible a un determinado tema psicológico que la hace vulnerable y la predispone al desarrollo de un determinado trastorno? En otras palabras, ¿cuáles son los acontecimientos remotos que la hicieron psicológicamente vulnerable a un determinado problema?

Responder a estas preguntas significa tener una descripción y una explicación del problema psicológico, significa saber qué tiene la persona y por qué lo tiene. En última instancia, significa poseer una formulación de su caso.

El pilar de la FC en la terapia cognitiva (TC) es el segundo de los puntos enumerados anteriormente, es decir, el conjunto de pensamientos que determinan las emociones dolorosas y el comportamiento disfuncional, en otras palabras, el conjunto de determinantes mentales del sufrimiento de un individuo. Llamaremos a este punto de la FC el perfil interno del trastorno (PI).

Los contenidos mentales que determinan el sufrimiento son identificados y transcritos durante la entrevista clínica y de forma autónoma por el paciente, en diversas sesiones, mediante técnicas de auto-observación como el ABC de Ellis (1962), bien conocido en el panorama internacional de la terapia cognitivo-conductual (TCC). El ABC permite de forma relativamente sencilla e intuitiva comprender cómo el individuo interpreta y evalúa los acontecimientos críticos que

le suceden en la vida cotidiana y cómo estas evaluaciones provocan emociones y comportamientos problemáticos.

Más concretamente, en la TC el registro de los pensamientos automáticos mediante tarjetas ABC debería permitir identificar las creencias disfuncionales del paciente, también llamadas ideas irracionales (Ellis, 1962; Beck, 1976), es decir, aquellas estructuras cognitivas, aquellas lentes invisibles de la mente que determinan la forma totalmente subjetiva en que se interpreta y evalúa a sí mismo y al mundo. Para la TC estándar, la creencia es el pilar sobre el que descansa la formulación de lo que llamamos PI, el elemento fundamental que explica por qué los seres humanos sufren. Sufro porque creo que no valgo nada o que soy una mala persona o que estoy destinado a ser maltratado por los demás.

Sin embargo, es importante una reflexión crítica sobre esta forma de conceptualizar el PI de los problemas psicológicos: la mente de los seres humanos no se limita a creer, a conocer, la mente también crea representaciones de lo que quiere y de lo que no quiere. Así, la TC estándar parece descuidar, al menos en su formulación explícita, el papel que desempeñan las representaciones mentales distintas de las creencias, que podríamos denominar representaciones del querer, es decir, los objetivos. Con ellos nos referimos a las motivaciones del individuo, sus planes, estructuras mentales bien descritas en el trabajo de Miller et al. (1960) sin las cuales las creencias cumplirían una mera función epistémica (Castelfranchi, 2012). Por tanto, si consideramos la psicopatología, se hace necesario subrayar el papel fundamental que juega un tipo especial de objetivos: los anti-objetivos sobrevalorados, es decir, los estados, escenarios, hechos no deseados y vividos por el paciente como catastróficos, terribles, inaceptables. Si, cada vez que un paciente nos revela sus pensamientos automáticos, no intuimos lo que le importa, lo que quiere y lo que realmente no quiere, ¿cómo podríamos entender por qué una creencia le provoca emociones dolorosas y le impide el bienestar? Por ejemplo, si una persona cree que sentir la excitación sexual tocando el cuerpo de su pareja provoca en ésta la sensación humillante de ser utilizada como un objeto, pero la misma persona no se preocupa mucho por el sexo ni por los sentimientos de su pareja, la creencia en cuestión no provocará ninguna reacción emocional particular: simplemente presentará friamente un punto de vista. Si, por el contrario, esa persona desea una vida sexual intensa con su pareja, pero al mismo tiempo no quiere correr el riesgo de provocar sentimientos dolorosos en ella, lo más probable es que esa creencia obstruya sistemáticamente la búsqueda natural de un deseo y provoque sufrimiento.

En este trabajo afirmaremos que en la TC una buena FC no puede prescindir de la identificación de los objetivos y de los anti-objetivos sobrevalorados del paciente y que las creencias disfuncionales, ya sea en forma de simples afirmaciones (por ejemplo, “soy una persona fea”) o en forma de secuencia hipotética (por ejemplo, “si obtengo placer humillo a mi partner”), implican necesariamente la referencia a al menos un objetivo sobrevalorado y en algunos casos expresan un conflicto entre objetivos, normalmente entre un deseo y un miedo. Con la ayuda de ejemplos

clínicos se explicará cómo formular las creencias centrales y los objetivos de un PI y cómo conectarlos con los otros cuatro puntos de la FC. Por último, sostendremos la tesis de que la centralidad de los objetivos en la FC implica necesariamente la elaboración de una estrategia terapéutica que vea en la sobrevaloración de los objetivos una meta y en la aceptación del deterioro del objetivo (sea parcial o total, real o posible) una de las finalidades fundamentales para el éxito del tratamiento.

Creencias Disfuncionales y su Relación con los Objetivos del Individuo

La TC utiliza dos tipos principales de formulación de creencias patógenas: expresiones simples (por ejemplo, “soy feo”, “soy egoísta”, “soy frágil”, “todo el mundo me odia”, etc.), y secuencias hipotéticas, es decir, creencias como “si... entonces...”, en las que una premisa se subordina a una consecuencia (por ejemplo, “si bajo la guardia y no rumio más, me arriesgo a cometer errores graves”, “si me caso con alguien que no sea el que le gusta a mi madre, se sentirá decepcionada y sufrirá”, “si digo lo que pienso, me ignorarán”, “si me compro un coche bonito, mi hermano se sentirá fracasado”, “si obtengo placer sexual, mi pareja se sentirá utilizada”, “si me emociono intensamente, perderé el control”). Si analizamos cada una de las creencias utilizadas como ejemplo, captaremos rápidamente una de sus características estructurales: todas implican un anti-objetivo y todas expresan un conflicto entre un deseo y un temor o, en términos más generales, un conflicto entre un propósito y un anti-propósito. Es decir, en la premisa suele estar implícito un deseo, en la conclusión el anti-objetivo, es decir, la consecuencia temida que impide la realización del deseo; cuando se produce el primero, también se produce (o corre el riesgo de producirse) el segundo:

- Quiero dejar de rumiar y relajarme, pero temo que, al bajar la guardia, cometeré errores graves que nunca podría perdonarme.
- Quiero casarme con esa persona, pero temo que mi madre se quedara decepcionada;
- Quiero expresar mis opiniones, pero temo que sean ignoradas;
- Quiero comprar un buen coche, pero temo que mi hermano se sienta un perdedor al comparar su coche con el mío;
- Quiero experimentar el placer sexual, pero temo que mi pareja se sienta utilizada por mí;
- Deseo sentir emociones intensas, pero temo que me lleven a perder el control.

En la mente del paciente, la realización de un deseo implica la realización de un escenario no deseado (un anti-objetivo, de hecho), a la inversa, la evitación del anti-objetivo inhibe la realización del deseo. No hay muchas opciones, o se intenta satisfacer el deseo arriesgándose a que el escenario temido se haga realidad, o se intenta evitar el escenario temido renunciando al deseo (Mancini, 1996; Mancini y Giacomantonio, 2018). Para mayor claridad, no se pretende afirmar que las creencias formuladas con reglas “si... entonces...” deban proponer siempre un conflicto

entre un deseo y un anti-deseo. De hecho, en algunos casos, la premisa, es decir, el si..., simplemente expresa la condición que hace que el anti-objetivo se cumpla (por ejemplo, “si tengo ansiedad entonces soy débil; si mi pareja exige más libertad entonces no me quiere; si pierdo el pelo entonces seré desagradable, etc.). Sin embargo, estas creencias siguen expresando un anti-objetivo o, más bien, ecuaciones de antiobjetivos, donde el primer escenario temido es un anti-objetivo en virtud de su correspondencia con el antiobjetivo terminal o jerárquicamente superior. Por lo tanto, lucho contra la ansiedad no por la ansiedad en sí, sino porque tener ansiedad significa ser un débil, y me aterra ser un débil. O bien, no quiero que mi pareja me pida más libertad, no porque esté mal en sí mismo, sino porque si lo hace, quizá signifique que no me quiere, y la idea de que ya no me quiere es intolerable. O, por último, no quiero perder el pelo no porque la calvicie en sí misma sea inaceptable, sino porque tengo miedo de dar asco y ser condenado al ostracismo, y me aterra parecer repugnante y ser rechazado).

Consideremos ahora las creencias formuladas como simples enunciados y de carácter aparentemente apodíctico (por ejemplo, “soy una mala persona”, “soy un perdedor”, “soy débil”, “soy una carga para todos”, “estaré solo”, etc.). Aunque pueden parecer o incluso ser relatados por el paciente como verdades absolutas, a menudo no expresan una convicción definitiva, sino el temor de que el escenario descrito sea cierto, mezclado con la esperanza de descubrir que es falso. En otras palabras, también revelan un antiobjetivo del paciente percibido como más o menos real, por ejemplo, el de ser juzgado o sentirse estúpido o frágil u odioso o una carga o egoísta o malvado o dañino, o el de ser abandonado, regañado, engañado, humillado, o el de ver sufrir a sus seres queridos, etc. (los ejemplos son interminables). Es decir, todo lo que él no desearía que se hiciera realidad.

Incluso cuando este tipo de creencias enfatizan una cualidad positiva y deseada por sí mismo o por los de demás (por ejemplo, “soy bueno”, “soy una persona equilibrada”, “los demás son serviciales y generosos”, etc.) podrían ser patógenas si ocultan un anti-objetivo sobrevalorado (y así, por ejemplo, el miedo a “ser juzgado como malo”, “perder el equilibrio mental”, “perder el apoyo de los demás”, etc.). Así, incluso las creencias expresadas en forma de meras afirmaciones, señalando críticas o cualidades positivas, pueden sugerir aquello de lo que el paciente se defiende, pero, a diferencia de las otras (las del tipo “si... entonces...”), carecen de la condición que hace que el anti-objetivo se haga realidad y no arrojan luz sobre los posibles conflictos entre objetivos que dificultan la consecución de su plan de vida. Las creencias en forma de meros enunciados son, en última instancia, estructuralmente más simples y proporcionan menos información sobre el funcionamiento del individuo.

En resumen, las creencias, independientemente de cómo se formulen, si son patógenas suelen señalar un propósito o un anti-propósito excesivo. Esto vale para las que se expresan a través de un simple enunciado y también para las que se expresan a través de un período hipotético como “si... entonces...”. Entre estos últimos, los

que sugieren una consecuencia entre la realización de un deseo y la realización de un anti-objetivo tienen un valor especial porque resumen en un solo periodo tanto los planes del paciente como las razones que los obstaculizan.

Una nota final sobre los anti-objetivos sobrevalorados y su papel en la génesis del sufrimiento. Si hay sufrimiento, significa que algún propósito está comprometido o amenazado. Como se ha descrito anteriormente, el propósito comprometido o amenazado es a veces un deseo, una necesidad, casi siempre sana y legítima, distinta y en conflicto con el anti-objetivo. Por ejemplo, el deseo de tener una relación sexual satisfactoria se ve comprometido o amenazado porque entra en conflicto con el miedo -el anti-objetivo- de encontrarse con una pobre prestación sexual y causar una mala impresión. Para defenderse del riesgo de hacer el ridículo, la persona en cuestión evita las relaciones sexuales y al evitarlas sufre porque compromete uno de sus deseos.

En otros casos, la sobrevaloración del anti-objetivo provoca sufrimiento porque produce efectos paradójicos opuestos a los perseguidos; en definitiva, hace realidad el anti-objetivo. Es decir, ocurre que los tenaces intentos de evitar el anti-gol acaban teniendo el efecto contrario de forma totalmente inesperada y no intencionada, aunque no causal (Mancini, 1996).

Este hecho, que no es raro en la clínica, puede entenderse fácilmente con ejemplos.

Alfio, un paciente obsesivo, vive con miedo a ser un mal padre (anti-objetivo) y para conjurar ese miedo se comporta de forma exageradamente escrupulosa con sus dos hijos; el exceso de control de Alfio les transmite tal ansiedad e inseguridad que acaba reforzando, a su pesar, el miedo a ser un mal padre.

A Marina, una mujer con trastorno Borderline de la personalidad, le aterra la idea de ser utilizada y luego abandonada por los hombres (anti-objetivo), por lo que cuando inicia una relación sentimental vigila todos los movimientos de su pareja, su teléfono, su ordenador y le pide con rabia que le asegure sus sentimientos. Esta actitud de Marina acaba por asustar e irritar a los hombres con los que sale, lo que los lleva muy a menudo a dejarla. Así, el escenario contra el que Marina ha luchado con todos sus esfuerzos desde su adolescencia se hace realidad y, paradójicamente, es el mismo comportamiento que ha puesto en marcha para evitarlo.

Carlo, un joven con ansia social, tiene miedo de parecer cohibido e inseguro (anti-objetivo), por lo que, cuando no puede evitar una situación social, se impone tenazmente actitudes de confianza y despreocupación que, por desgracia, precisamente por ser impuestas, acaban haciéndole parecer poco espontáneo e inseguro. Una vez más, la encarnizada lucha contra el anti-gol ha producido el efecto contrario al deseado. Más adelante veremos mejor este mecanismo en acción, en la sección sobre el mantenimiento del trastorno.

Formular el Perfil Interno

La pregunta que se hace el clínico cuando intenta comprender el perfil interno de un problema psicológico es la siguiente: ¿cuáles son las causas psicológicas próximas del sufrimiento del paciente? En otras palabras, ¿cuáles son los estados mentales que subyacen a los fenómenos observados y/o comunicados por el paciente? Desde la perspectiva de la TC, la respuesta a esta pregunta son los pensamientos automáticos del paciente y, más concretamente, las evaluaciones subjetivas que provocan emociones y comportamientos disfuncionales. Los pensamientos automáticos expresan el sistema de creencias del individuo (Beck, 1976; Ellis, 1962) y, según el enfoque propuesto en este trabajo, también sus objetivos (Mancini et al., 2021; Perdighe y Gragnani, 2021; Saliani et al., 2021).

La idea de situar las motivaciones, y en particular los anti-objetivos, en el centro de los factores estructurales que obstaculizan el bienestar de un individuo va más allá de la mera especificación formal. Implica importantes consecuencias con respecto al método de formulación del caso y a los principios de la estrategia terapéutica.

En cuanto a la formulación del caso, es importante que el apartado dedicado a él PI del trastorno no se limite a la búsqueda de creencias disfuncionales, sino que parta precisamente de las motivaciones del paciente y, en particular, de lo que más teme y se defiende. Evidentemente no hay límite en el número de anti-objetivos de una persona, pero la observación clínica nos dice que los que juegan un papel decisivo en el sufrimiento son pocos y sobrevalorados, por lo que no es aconsejable incluir largas listas de objetivos en el PI, resultaría poco útil. Es mejor concentrarse en aquellos que son más característicos y están más claramente relacionados con el problema psicológico del paciente. Los anti-gol pueden consistir en acontecimientos objetivos (por ejemplo, sufrir un rechazo o perder un ser querido), conductas (por ejemplo, cometer un error grave en el trabajo), cualidades personales (por ejemplo, ser característicamente débil) o estados internos (por ejemplo, experimentar sentimientos de culpa) que no se desean, que se temen y que deben formularse de la forma más cercana posible a la representación subjetiva del paciente.

Por lo general, no es difícil identificar los anti-objetivos. El mejor de los casos es el paciente quien los comunica espontáneamente durante las primeras entrevistas (“estoy aquí porque tengo miedo de perder el control y volverme loco”, “es como si viviera con el miedo constante de ser declarado culpable de algo”, “lo que más temo es convertirme en un débil, como mi padre”, etc.). En estos casos, partiendo de lo que el paciente ya ha dicho, es suficiente proceder en la entrevista con una actitud socrática para centrarse mejor en el escenario temido y sondear la presencia de cualquier otro temor sobrevalorado.

Siempre es muy útil añadir a la investigación realizada durante la entrevista la grabación diaria del diálogo interno del paciente con la ayuda de tarjetas ABC. El estímulo a la auto-observación que proporciona el ABC permitirá identificar valiosos contenidos psicológicos que confirmarán, desconformarán o añadirán

hipótesis sobre el PI del problema. En los casos en los que el paciente no responda a las preguntas directas sobre sus pensamientos automáticos o realice las tareas de autoobservación de mala gana, el clínico tratará de llegar a la identificación de sus miedos sobrevalorados a través de preguntas indirectas, como, por ejemplo: “si por absurdo decidieras de hacerlo, si de repente empezaras a no preocuparte y dejaras de hacer esas comprobaciones, ¿qué pasaría? ¿Qué dirías a ti mismo? ¿Qué pensarías de ti?”. Este tipo de preguntas suele permitir averiguar de qué pretende defenderse el paciente con su comportamiento disfuncional. Por ejemplo, cuando el terapeuta se limitó a preguntarle a Roberta qué pensamientos tenía cuando revisaba repetidamente sus turnos de trabajo en el hospital o realizaba sus rituales numéricos, la respuesta fue que sentía que simplemente tenía que hacerlos. Cuando hacía el ABC en casa, no anotaba nada en la columna de pensamientos o hacía comentarios apresurados y tautológicos (“ahora tendré que contar hasta tres veces”; “tengo que comprobarlo, es más fuerte que yo”, “ahora lo compruebo porque tengo que hacerlo”. Porque no tengo otra opción”, etc.). Por otro lado, cuando el terapeuta le preguntó qué se habría dicho a sí misma si no se hubiera preocupado y no lo hubiera comprobado, su respuesta fue mucho más significativa: “Me habría dicho a mí misma que soy una chapucera y una vaga, ¡como decía mi padre con cara de asco! Roberta, con esa simple respuesta, no sólo había revelado su anti-objetivo (sentirse una perezosa y una “chapucera”) sino que había aportado un elemento fundamental para entender qué en su historia personal la había hecho vulnerable a ese tema (los juicios desdenosos de su padre). Nos detendremos en el tema de la vulnerabilidad histórica más adelante, en una sección específicamente dedicada a ella.

Una vez identificados los anti-objetivos del paciente, será fácil formular las creencias relacionadas con ellos, evitando detenerse en las que no son relevantes para el anti-objetivo y, en general, para el problema del paciente. Como ya se ha sugerido, son especialmente útiles las creencias que clarifican las condiciones en las que el anti-objetivo se hace realidad, y más aun las que sitúan un objetivo deseable y saludable en una hipotética relación consecencial con la realización del anti-objetivo. Consideremos de nuevo el caso de Roberta y su anti-objetivo: sentirse culpable de ser una “chapucera” y “perezosa”; y supongamos que sufra porque, aunque anhela ser más eficiente en el hospital (es enfermera) y disfrutar de su tiempo libre con su marido y sus hijos, no consigue nada de esto: en el trabajo suele ser lenta y torpe a causa del control compulsivo, e incluso el tiempo que tiene para dedicar a sus afectos es ocupado en gran medida por sus síntomas. Supongamos ahora que Roberta está convencida de que intentar realizar sus propios deseos, es decir, atender a los pacientes del hospital con mayor rapidez y eficacia y disfrutar del tiempo familiar y de ocio renunciando a la evasión y al control, la expone a lo que más teme: causar problemas y sentirse “chapucera” por ello. Para defenderse de este doloroso escenario, tendrá que renunciar a intentar realizar sus deseos o intentará realizarlos obsesivamente, efectivamente sin realizarlos. Técnicamente, la creencia disfuncional tendrá que formularse de la siguiente manera: “Si trabajo

más rápido, disfruto de mi familia y de mi tiempo libre, me haré un lío y me sentiré culpable por ser perezosa y chapucera”. Como puede observarse fácilmente, también aquí como en los ejemplos anteriores, la creencia consiste en dos proposiciones: en la primera, se ilustra la hipótesis de perseguir los planes deseados (trabajar más eficientemente, etc.), en la segunda, se hace realidad el escenario temido, la catástrofe, el anti-objetivo (sentirse culpable por ser la chapucera de siempre). Por lo tanto, para construir este tipo de creencias se necesitan siempre dos elementos, lo que el paciente quiere y haría si no tuviera un problema psicológico y lo que le impide hacerlo, es decir, el miedo a que el anti-objetivo se haga realidad. Por eso es esencial que un caso bien formulado incluya siempre no sólo los anti-objetivos, sino también los objetivos sanos, los deseos del paciente, los que técnicamente suelen coincidir con los objetivos terapéuticos: sin estos últimos, no se puede entender lo que quiere conseguir con la ayuda de la psicoterapia, sin los primeros, no se puede entender lo que le impide conseguirlo por sí mismo.

Consideremos ahora un caso muy diferente, el de Giovanni, un joven socialmente inhibido y deprimido. Supongamos que su anti-objetivo es “ser rechazado porque es insignificante”, y supongamos que el paciente sufre porque anhela tener una relación íntima, amigos y un trabajo en el que pueda hacerse valer, pero está lejos de tener todo esto. Supongamos ahora que Giovanni está convencido de que intentar realizar sus deseos, es decir, cortejar a una chica o tener amigos o exponerse y dar su opinión en el trabajo, lo expone a lo que más teme: parecer insignificante y ser rechazado; se entiende que para defenderse de este doloroso escenario tendrá que renunciar a intentar realizar sus deseos o intentará realizarlos de una forma tan incierta y antinatural que acabará encontrando la confirmación de sus temores. Técnicamente, la creencia debería formularse como sigue: “Si intento cortejar a una chica, tener amigos y hacerme más visible en el trabajo, me encontrarán insignificante y me rechazarán”. También aquí, como en el ejemplo de Roberta, la creencia consiste en dos proposiciones, en la primera se ilustra la hipótesis de perseguir los propios planes (cortejar a una chica, etc.), en la segunda se cumple la hipótesis temida (ser encontrado insignificante y rechazado).

La Descripción del Problema y el Diagnóstico Clínico

Antes de formular el PI, el clínico suele detenerse en la descripción del problema y, si es posible, en el diagnóstico clínico, es decir, se detiene en los fenómenos que luego intentará explicar. Las preguntas que guían la formulación de este punto son las siguientes: ¿cuáles son los síntomas de los que se queja el paciente y los signos observables de su malestar? ¿En qué circunstancias se producen y con qué intensidad, duración y frecuencia? ¿En qué medida interfieren en el funcionamiento de la persona? ¿Y cumplen los criterios de uno o más trastornos específicos en un manual diagnóstico, como el DSM-5?

Roberta, informó que estaba obsesionada con la idea de cometer graves errores en la administración de medicamentos y para calmar la angustia resultante realizaba

repetidos controles según una lógica a menudo arbitraria y claramente supersticiosa. Por ejemplo, pensaba que la comprobación correcta debía hacerse tres veces y, si esto parecía insuficiente, debía repetirse en múltiplos de tres, así seis, nueve, doce, quince veces, hasta que se sintiera segura. Realizar la comprobación tres veces en lugar de cuatro le resultaba más tranquilizador, nueve mejor que catorce o siete. Cuando la comprobación no podía realizarse materialmente, la hacía mentalmente, rumiando la secuencia de sus acciones y, si ni siquiera esto era suficiente, pedía confirmación a los colegas o incluso a los pacientes del hospital para sentirse más tranquila. Su vida profesional, familiar y social se vio gravemente perjudicada por sus síntomas y Roberta era muy crítica consigo misma y con su estado. La descripción de su problema correspondía sin duda a los criterios del DSM-5 para el trastorno obsesivo-compulsivo y no había comorbilidades evidentes.

Giovanni se quejaba de una sensación general de incomodidad e inadecuación cuando estaba con otras personas. Se sentía como un pez fuera del agua, diferente de los demás e insignificante. En la intimidad, anhelaba hablar con los demás y entablar relaciones significativas, sobre todo con las mujeres de las que se enamoraba, pero a las que no se atrevía a acercarse. Sentía que, salvo raras excepciones, los demás lo encontrarían extraño y aburrido y se burlarían de él. Cualquier ocasión social, como una cena organizada por los colegas, la evitaba con una excusa o la toleraba con gran malestar interno. Era empleado en la oficina de registro de su ciudad; el trabajo no requería mucha interacción y, en tiempo de pandemia, optó por hacerlo durante largos periodos desde casa en modo smart-working. No tenía amigos y llevaba una existencia solitaria. Contó que primero fue un niño y luego un adolescente muy parecido al hombre tímido e introvertido que es hoy. Sin embargo, desde hace dos años, también está muy desmoralizado, melancólico, e incluso los videojuegos que antes le fascinaban ya no le producen ningún placer: juega mecánicamente para pasar el tiempo. Esto le había preocupado y le llevó a buscar la ayuda de un psicoterapeuta. La descripción de su problema coincidía con muchos de los criterios del DSM-5 para el trastorno de la personalidad por evitación y el cuadro de los últimos dos años también permitía diagnosticar un trastorno depresivo persistente.

Mantenimiento

Uno de los enigmas que el clínico está llamado a resolver cuando reflexiona sobre la naturaleza de un problema psicológico es el de su mantenimiento. ¿Por qué el sufrimiento no pasa de forma natural? ¿Por qué incluso cuando una persona quiere mejorar, sabe cómo hacerlo y tiene los recursos para ello, sigue sufriendo?

Los factores de mantenimiento consisten en mecanismos dinámicos e interactivos que determinan la consolidación de las estructuras cognitivas responsables del sufrimiento (lo que hemos llamado PI). En la perspectiva propuesta en este artículo, afirmamos que los mecanismos de mantenimiento refuerzan la credibilidad de las creencias disfuncionales y la necesidad percibida de invertir en los objetivos

relacionados con ellas.

Los factores de mantenimiento pueden ser esencialmente de dos tipos: intrapsíquicos e interpersonales. Los primeros actúan de forma autónoma en la esfera individual, los segundos desencadenan reacciones confirmatorias en la dimensión interpersonal del individuo.

Ejemplos de mecanismos intrapsíquicos son los evitamientos y la búsqueda de seguridad, los *bias* de razonamiento y las metaevaluaciones. Entre ellos, las metaevaluaciones críticas de los propios estados emocionales y acciones juegan ciertamente un papel crucial en el agravamiento del sufrimiento psicológico, dando lugar a un fenómeno bien conocido en la TC bajo el nombre de problema secundario (Ellis, 1962). Si, por ejemplo, una persona está simplemente triste, su tristeza pasará tarde o temprano, pero si esa persona critica su propia tristeza y se odia a sí misma por sentirse triste desencadenará una espiral viciosa, su malestar empeorará con el tiempo hasta tomar la forma de una depresión clínicamente significativa (Rainone y Mancini, 2018).

Volveremos a utilizar los casos de Roberta y Giovanni para ejemplificar algunos de los mecanismos de mantenimiento más típicos, empezando por sus creencias disfuncionales y sus objetivos sobrevalorado.

Roberta teme ser una chapucera que sólo crea problemas (anti-objetivo) y cree que si se relaja y baja la guardia, lo que teme se hará realidad (creencia). Por eso realiza controles y rituales. Sin embargo, la ejecución repetida de la conducta de búsqueda de seguridad pronto la lleva a confundirse y a no estar segura de la comprobación que acaba de hacer, lo que la lleva a realizar una nueva tripleta de comprobaciones. De hecho, hay pruebas empíricas de que perseverar en las comprobaciones reduce la viveza de los detalles que se recuerdan y la confianza en la propia memoria, aumentando paradójicamente la incertidumbre y la necesidad de volver a comprobar (Van Den Hout y Kindt, 2003). No sólo eso, al reflexionar sobre lo extraño de su propio comportamiento y la mala calidad de su vida, Roberta se acusa a sí misma de ser una desastrosa “chapucera” (un problema secundario) y para alejar esa mala sensación, vuelve a comprobarlo, y así sucesivamente, en una espiral viciosa que la mantiene atrapada. Su forma de trabajar, lenta y torpe, también provoca el descontento de sus superiores, que la amonestan, haciéndola sentir terriblemente culpable y reforzando su temor de que sólo está creando problemas (ciclo de mantenimiento interpersonal).

Giovanni tiene miedo de ser insignificante y de que se rían de él y lo rechacen (anti-objetivo) y cree que si intenta hacer amigos, cortejar a una chica y hacerse valer en el trabajo, se cumplirá exactamente lo que teme (creencia). Por eso evita la mayoría de las situaciones sociales y nunca expresa sus opiniones en el trabajo. La evitación sistemática le impide, naturalmente, experimentar que las cosas pueden salir de forma diferente a la temida, contribuyendo a mantener su creencia disfuncional, pero sobre todo le condena a una vida solitaria de la que está insatisfecho y por la que se critica a sí mismo, reforzando su autoimagen de persona incapaz de

estar con los demás precisamente por ser inadecuado e insignificante (problema secundario). Por último, su actitud interpersonal tímida y exageradamente reservada disuade a los demás de buscarle e invitarle, lo que confirma una vez más que es una persona aburrida y poco interesante (ciclo interpersonal de mantenimiento).

Descompensación

Otro reto interesante y difícil para el clínico es entender qué es lo que ha producido una ruptura entre un antes pre patológico y un después patológico en la vida del paciente. Las preguntas que suelen plantearse en estos casos son: ¿qué acontecimientos precipitantes perturbaron el equilibrio psicológico del sujeto provocando la aparición de sus síntomas en ese mismo momento de su vida? Y, sobre todo, ¿qué significados atribuye la persona a esos acontecimientos? ¿Cuáles de sus objetivos se vieron seriamente amenazados o comprometidos por esos acontecimientos? La idea básica es, de hecho, que si ha habido una descompensación, entonces algo debe haber socavado seriamente el equilibrio escópico del individuo con respecto a las cuestiones que más aprecia. En última instancia, comprender los factores descompensantes (precipitantes) no significa buscar los hechos objetivamente graves que le ocurrieron a una persona antes de la aparición de sus trastornos, sino los hechos que han adquirido una importancia subjetivamente crítica y extraordinaria en el plan de vida del individuo. Ser abandonado por un ser querido puede ser doloroso para cualquiera, pero será descompensante para los que tienen miedo al abandono; envejecer puede entristecer a muchos, pero será descompensante para los que tienen miedo a perder su autonomía; enamorarse perdidamente puede ser una experiencia emocionante para muchos, pero puede ser descompensante para los que tienen miedo a perder el control. Sólo conociendo las creencias y, sobre todo, los objetivos que más le importan al individuo podemos entender que cosa puede ponerle en crisis y por qué.

Los casos de Roberta y Giovanni nos ayudarán una vez más a explicarlo.

A Roberta, como ya se ha dicho, le aterrorizaba comportarse como una “chapurera” y crear problemas (anti-objetivo). Siempre había sido una chica escrupulosa, pero nunca había desarrollado un trastorno franco y su vida transcurría con relativa normalidad hasta que se incorporó recientemente al servicio como enfermera de plantilla y fue testigo de un acontecimiento desconcertante para ella: una compañera mayor fue acusada de homicidio, denunciada y suspendida de su trabajo por supuesta negligencia grave en la administración de un medicamento. La acusación resultó infundada y el colega fue debidamente reincorporado, pero el hecho tuvo un impacto crítico en Roberta. La aparente facilidad con la que se había producido el incidente y la consideración de que, después de todo, no habría sido tan improbable cometer un error en la administración del fármaco, unidas a la mayor responsabilidad debida a su nueva condición de enfermera encargada, llevaron a Roberta a convencerse aún más de que bajar la guardia le acarrearía algún problema grave (una creencia disfuncional) y a invertir extraordinariamente en defenderse de su

anti-gol. Entonces empezó a hacer controles terapéuticos prolongados y repetidos y a darse a sí misma “la regla de tres”: sus síntomas obsesivo-compulsivos habían hecho su aparición.

A Giovanni le aterrorizaba ser insignificante y ser rechazado (anti-objetivo). Este tema, ya presente cuando era adolescente, le había llevado a desarrollar tempranamente un estilo evitativo para el que la identificación de uno o varios eventos circunscritos de descompensación del trastorno de la personalidad resultaba inútil.

Giovanni siempre se había sentido extraño e inadecuado y había evitado las relaciones sociales. Sin embargo, todavía era posible detectar un acontecimiento descompensador que, aunque no explicaba la aparición del trastorno de la personalidad (muy anterior), marcaba su agravamiento con el desarrollo de una clara depresión. Al principio de la pandemia de covid-19, su oficina permaneció cerrada, pero se le pidió que atendiera ciertas tareas que requerían su presencia en el trabajo. Por lo tanto, Giovanni se encontró en una oficina desierta durante unos meses y esto no le molestó en absoluto. En esos días conoció a una joven que hacía la limpieza en su piso y, gracias a su aislamiento y actitud amistosa, Giovanni encontró el valor para hablar con ella varias veces y ofrecerle café de las máquinas situadas en el pasillo. El trabajo a realizar era mínimo para ambos, por lo que a menudo acababan sumergiéndose en largas y agradables charlas. Hablaron de todo: de la pandemia, de sus vidas, de sus planes, se contaron anécdotas y se rieron de la situación surrealista en la que se encontraban. Giovanni era feliz: estaba viviendo días inolvidables y mágicos. Se sintió respetado y apreciado y, extraordinariamente, deseado. Lo que más le sorprendió fue descubrirse capaz de ironizar y la facilidad con la que era capaz de hacer reír con gusto a esta joven. En su corazón, avergonzado, bendijo la pandemia, el mercado de Wuhan, los murciélagos, el servicio secreto desviado o cualquier otra cosa que lo hubiera provocado. Pronto se dio cuenta de que estaba enamorado. No sin ansiedad, un día se armó de valor y le declaró sus sentimientos a la chica. Ella se alegró y no lo rechazó de plano, pero no respondió a su propuesta de compromiso. Cuando se acabó el *lock down*, las oportunidades de encontrarse a solas en la oficina disminuyeron enormemente, sus largas charlas pronto se convirtieron en un recuerdo lejano y ella comenzó a dar claras señales de menor cercanía. Tras las repetidas invitaciones de Giovanni a reunirse fuera del lugar de trabajo, ella le envió un largo mensaje de voz en el que le explicaba que había encontrado en él un amigo especial, pero no un amor, y que necesitaba otro hombre que le diera “más estímulos”. Giovanni se odiaba a sí mismo por haberse engañado creyendo que era una persona diferente a la que siempre había creído y por haber permitido que esta mujer se burlara de él y, en última instancia, lo humillara: estaba destinado a la soledad y si hubiera esperado tener amor, amigos y una mayor visibilidad en el trabajo sólo se habría encontrado con una amarga decepción (creencia disfuncional). A partir de ese momento, sus esfuerzos para alejar el riesgo de rechazo y burla (anti-objetivo) se redoblaron, pidió y obtuvo trabajar desde casa permanentemente, limitó sus contactos sociales al supermercado y a las charlas

con los otros jugadores de videogame de todo el mundo, y rápidamente cayó en un claro estado de depresión.

Vulnerabilidad

No basta con que el clínico se haga una idea de las causas próximas del sufrimiento, de los mecanismos que lo mantienen y de los hechos precipitantes que produjeron la descompensación psicológica y la aparición de los síntomas. El clínico quiere saber dónde se originó todo, busca las razones remotas y profundas que sensibilizaron y predispusieron a una persona a padecer un determinado problema. Es decir, se pregunta qué le hizo vulnerable. Técnicamente, se pregunta qué acontecimientos vitales, generalmente tempranos, han favorecido el desarrollo de un determinado antio-bjetivo y la creencia disfuncional relacionada.

Los casos de Roberta y Giovanni nos ayudarán una vez más a aclararnos.

Roberta creció con un padre de pocas palabras, propenso a los reproches, y una madre crónicamente indecisa y aterrorizada por las responsabilidades. Recuerda la expresión de enfado de su padre cuando, siendo aún una niña, armaba un lío en casa y sus típicas frases eran: “¡Roberta, sólo creas problemas! La verdad es que eres una vaga y una chapucera... si te concentrases y te esforzaras, esto no pasaría”. Roberta se sentía culpable por aquellos episodios y pronto empezó a temer que se repitieran, y aunque luchaba por controlar su exuberancia de niña, se esforzaba por no disgustar a su padre. La ansiedad y el miedo de su madre a equivocarse le confirmaron indirectamente la importancia de no cometer errores. Así, tanto el miedo a sentirse culpable por comportarse como una chapucera (anti-objetivo) como la idea disfuncional de que si se relajaba ocurriría lo que temía: que daría problemas (creencia disfuncional) se estructuraron muy pronto y de forma totalmente natural y coherente con las presiones relacionales a las que estaba expuesta.

Giovanni, hijo único, había crecido con una madre deprimida que mostraba aburrimiento y desinterés cuando hablaba con ella y un padre narcisista que se burlaba de sus pensamientos y estados de ánimo. De la actitud de su madre surgió la dolorosa sensación de ser un niño aburrido, de la de su padre la no menos dolorosa sensación de ser algo extraño y ridículo. Estos sentimientos pronto se volvieron muy familiares para Giovanni, que entonces empezó a temerlos y a defenderse de ellos (anti-objetivo), evitando básicamente buscar la proximidad de su madre y expresar sus pensamientos en presencia de su padre. Era difícil para él porque su padre solía estar ausente físicamente y su madre encerrada en la oscuridad de su habitación, por lo que Giovanni pasaba largas tardes solo, observando desde la ventana a los demás niños del edificio que jugaban alegremente en el patio. Le parecía que eran de otro planeta. Cuando su madre le insistió una vez a unirse a ellos y le acompañó al patio, se sintió emocionado y aterrorizado al mismo tiempo. Cuando los niños le habían mirado primero en silencio y luego se habían reído de él por ser “raro”, se había sentido profundamente humillado, como cuando su padre se burlaba de él, pero de una forma nueva y aún más dolorosa, porque creía

haberse dado cuenta de repente de que todo el mundo pensaba como él. Entonces desarrolló la creencia de que si intentaba buscar la cercanía de los demás, parecería aburrido y ridículo y sería rechazado (creencia disfuncional) y en secreto hizo un pacto solemne prometiéndose a sí mismo que nunca volvería a correr ese riesgo (sobrevaloración en la defensa de los anti-objetivos).

Nota sobre los Principios de Coherencia y Parsimonia en la FC

Al margen de esta reflexión sobre los cinco puntos de la FC, probablemente también es útil recordar la importancia de aplicar siempre los principios metodológicos de coherencia y parsimonia. Un hilo rojo debe vincular el problema del que sufre el paciente, sus objetivos con las creencias anti-objetivo que impiden su realización, los procesos que mantienen el problema, los acontecimientos que produjeron la descompensación y el inicio del problema, las experiencias vitales precoces que favorecieron el desarrollo de esas creencias y los anti-objetivos patógenos. En una buena FC todo debe ser coherente e interconectado y deben omitirse los elementos que no aportan nada a la comprensión del caso.

Por ejemplo, Giovanni sufre de inhibición social y anhedonia, lo que, tras la observación clínica, sugiere los diagnósticos de trastorno de personalidad por evitación y trastorno depresivo persistente (descripción del problema y diagnóstico clínico); desea mejorar su estado de ánimo, cultivar las relaciones sentimentales y mejorar su posición de trabajo (objetivos, metas saludables); No intenta tener amigos, una relación sentimental y un mejor trabajo porque teme ser juzgado como insignificante y ridículo y cree que si intentara cortejar a una mujer, hacer amigos y hacerse más visible en el trabajo, ocurriría exactamente lo que teme: los demás lo encontrarían insignificante y ridículo y lo rechazarían (creencia disfuncional y anti-objetivo, perfil interno); tiene este miedo y creencia porque la historia de su vida estuvo dominada por su relación con una madre deprimida que mostraba aburrimiento y desinterés cuando él le hablaba y un padre que se burlaba de sus pensamientos y estados de ánimo (vulnerabilidad); la descompensación se produce en los años pandémicos después de un enamoramiento no correspondido porque la chica decía encontrarlo poco “estimulante”. Es decir, el evento estimula y consolida extraordinariamente su mayor temor y creencia disfuncional (descompensación). El mantenimiento del problema se debe a tres factores principales: 1) las evitaciones generalizadas que privan sistemáticamente a Giovanni de la oportunidad de tener experiencias correctivas de la creencia disfuncional y de experimentar estrategias más funcionales para dominar sus miedos; 2) la metaevaluación que consiste en una dura autocrítica por la condición de vida triste y solitaria a la que siente que se ha condenado, que lo desmoraliza y refuerza la idea de ser socialmente inadecuado; 3) los ciclos interpersonales provocados por su actitud tímida que lleva a los demás a dejarle solo y a no tenerlo en cuenta, confirmando una vez más su creencia disfuncional de que está destinado a ser rechazado y emarginado (mantenimiento).

Discusión

La idea de situar la motivación individual al centro de los factores estructurales que dificultan el bienestar psicológico tiene, como hemos visto, importantes consecuencias en el método adoptado en la FC, especialmente respecto a la conceptualización del PI del que dependen todos los demás puntos. Pero no solo esto, una FC así concebida tiene efectos no despreciables también en la elección de los principios que guían la estrategia terapéutica.

Una de las formas clásicas de la TC para producir el cambio terapéutico implica la corrección de las creencias disfuncionales. Para simplificar: yo creo que soy una persona insignificante, si el terapeuta me muestra a través del *disputing* y de ejercicios de comportamiento que las cosas no están como yo creo, la creencia se reestructurará y estaré mejor. Aquí la estrategia terapéutica se basa básicamente en un principio de realidad: creo que soy insignificante cuando hablo con los demás y gracias a la terapia descubro que esta creencia no es realista. Pero si analizamos la creencia disfuncional (y el anti-objetivo relacionado) descubrimos que el camino de la curación también puede ser otro. Volvamos de nuevo a la creencia patógena de Giovanni: “si intento cortejar a una chica, tener amigos íntimos y hacerme más visible en el trabajo (deseos), los demás me encontrarán insignificante y me rechazarán” (anti-objetivo), es patógeno no sólo porque es en gran medida falso y doloroso, sino también y sobre todo porque, al provocar una sobrevaloración en la prevención de los anti-objetivos, obstaculiza la búsqueda de los propios deseos y, en última instancia, del propio bienestar (por ejemplo, las evitaciones sociales, inicialmente funcionales para proteger a Giovanni de la humillación, acaban condenándolo a una vida árida y triste). En otras palabras, la sobrevaloración defensiva se vuelve perjudicial. Algo parecido a lo que puede ocurrirle al cuerpo humano cuando se ve amenazado por un microorganismo patógeno: si la reacción del sistema inmunitario a este microbio es demasiado fuerte, podría, por ejemplo, provocar una inflamación tal del tejido pulmonar del paciente que le impediría respirar. En tal circunstancia, o bien se reduce el alcance de la reacción inmunitaria o el paciente muere, abatido por el intento de su cuerpo de defenderse. Del mismo modo, si es cierto que el poder patógeno de la creencia también se deriva de una defensa excesiva contra el anti-objetivo, entonces para contrarrestar sus efectos perjudiciales y liberar la búsqueda de objetivos saludables (cortejar a una chica, etc.), también se puede ir por el camino de la reducción de la sobrevaloración defensiva, es decir, defenderse menos contra el escenario temido para dedicarse más libremente a los propios proyectos. Desde esta perspectiva, el objetivo terapéutico no sólo sería demostrar que la creencia es falsa, sino también ayudar a bajar la guardia con respecto a lo que se teme, es decir, aceptar una parte razonable del riesgo de que el anti-objetivo se haga realidad para intentar realizar otros objetivos fundamentales para el propio bienestar. Más en detalle, la estrategia clásica de corrección de creencias consiste en demostrar con argumentos lógicos o pruebas empíricas (Ruggiero y Sassaroli, 2018) que el vínculo entre la premisa y la conclusión de la creencia es falso o irreal. Por

ejemplo: no es cierto que si tratas de cortejar a una chica parecerás insignificante y serás rechazado. Todo saldrá bien, el anti-objetivo no se hará realidad. O bien, transmitir la idea de que, aunque parte del escenario contenido en la creencia (ser rechazado) se haga realidad, esto no implicará la destrucción final del objetivo que más te importa. Parafraseando: pase lo que pase, te digan lo que te digan, esto no te convertirá en una persona insignificante. En ambas formas, esta estrategia se basa en un principio de verdad/falsedad, pero esta última abre perspectivas más interesantes porque, al distinguir los hechos externos del valor intrínseco de la persona, permite aceptar y desafiar incluso escenarios dolorosos (por ejemplo, posibles rechazos) para invertir en la realización de los propios objetivos saludables.

Sin embargo, hay al menos tres limitaciones de las estrategias que se basan en demostrar puramente la falsedad de las creencias: 1) las cosas temidas ocurren, por lo que se puede trabajar sobre la percepción de la probabilidad de que ocurran, que suele ser demasiado alta para el paciente, pero en cualquier caso hay que prepararle para los escenarios más dolorosos; 2) muy a menudo no encontramos con creencias generales del paciente sobre sí mismo que son de carácter apodíctico y, por tanto, poco permeables a los intentos de demostrar su falsedad; 3) incluso cuando abren una brecha en el sistema de creencias del paciente, su miedo al anti-gol es a veces tan alto que prefiere soluciones prudentes y complacientes con la creencia patógena (en otras palabras, tal vez sea cierto que no soy una persona insignificante, pero mejor no creerlo demasiado ahora para no salir demasiado perjudicado después). Es decir, se recurre a una conocida estrategia cognitiva denominada *better safe than sorry* (Mancini et al., 2007).

Por todo lo expuesto, las estrategias de falsificación, sin dejar de ser fundamentales a lo largo del curso terapéutico, deben estar flanqueadas por las estrategias de aceptación (Mancini y Perdighe, 2012). ¿Aceptación de qué? Del riesgo (o de que lo que más se teme se realice, o ya se haya realizado). El término aceptación no debe entenderse, por supuesto, como una resignación a las creencias disfuncionales, sino que, por el contrario, significa la desinversión, al menos parcial, de un objetivo que se ha convertido en patógeno (el anti-objetivo) para liberar la persecución de otros objetivos subjetivamente importantes. La aceptación no se puede prescribir, pero se puede inducir. ¿Cómo? Normalmente, el ser humano reduce su inversión en un objetivo cuando se da cuenta de que es inútil, improductivo (principio pragmático) (Ruggiero y Sassaroli, 2018), cuando es demasiado costoso, inconveniente (principio económico), cuando es legítimo o justo reducirlo -o ilegítimo y no justo mantenerlo- (principio moral). Concretamente, el terapeuta inducirá un proceso de aceptación en el paciente si conseguirá demostrar que seguir invirtiendo en la creencia disfuncional y en la defensa del anti-objetivo de ser rechazado: 1) no eliminará por completo para Giovanni el riesgo de ser rechazado (y en algunos casos incluso hace más probable este escenario) ni le acerca a sus otros objetivos (criterio pragmático), 2) conlleva enormes costes en términos psicológicos, prácticos, afectivos (criterio económico), 3) no es correcto ni justo. En otras palabras, hacer

emerger que el paciente tiene el derecho (y tal vez el deber consigo mismo) de no ocuparse de la creencia (sea verdadera o falsa) y del anti-objetivo relacionado para dedicarse libremente a la búsqueda de su propio bienestar psicológico.

Para aclarar la importancia de este último punto, el de una aceptación garantizada por la legitimación (es decir, motivada por un argumento moral), será útil recurrir a otro ejemplo. A través de varias sesiones de TC basadas en el *disputing* de creencias, Roberta había comprendido bien que sus controles nunca garantizarían la prevención de errores en el trabajo y que, de hecho, corrían el riesgo de provocarlos; también se había dado cuenta de que conllevaban costes existenciales que superaban con creces los beneficios, y sin embargo seguía haciéndolos. “Es más fuerte que yo”, decía, “siento el deber de hacerlas, ¡cueste lo que cueste!”. Roberta estaba así atrapada en una cuestión de principios, una regla deontológica (Mancini, 2016), cuya violación la haría sentir terriblemente culpable, tal como le ocurrió con su padre cuando la llamó chapucera. Sólo cuando, durante una sesión de *Imagery Rescripting* (Arntz, 2012; Tenore et al., 2020), el terapeuta se enfrentó al padre virtual de la paciente, revelando lo exagerado e injusto de sus reproches, Roberta se sintió más aliviada.

La técnica se había aplicado a un episodio crítico de la infancia en el que la pequeña Roberta había derramado accidentalmente acuarelas sobre el periódico de su padre y éste había montado en cólera, gritándole que sólo sabía armar líos y encerrándose después, indignado, en su estudio. Gracias a el *rescripting*, Roberta se había planteado por primera vez seriamente la hipótesis de que las reprimendas que había sufrido de niña eran de algún modo ilegítimas, que hacer travesuras era, en definitiva, humano (sobre todo a los cinco años) y que esas reprimendas eran exageradas. A partir de entonces, a Roberta le resultaba menos difícil aceptar el riesgo de ser culpable de un error y poco a poco empezó a reducir sus controles compulsivos. Había desinvertido, al menos parcialmente, del objetivo y de la creencia relacionada que la mantenía atrapada.

En resumen, las creencias disfuncionales, para ser tales, hacen siempre referencia a un objetivo. Sin deseos, sin motivación, sin conflicto, las creencias son neutras, pierden cualquier color emocional y cualquier poder patógeno. No facilitan ni dificultan ningún plan. Por estas razones, podría ser útil no limitar la formulación del PI del trastorno a las creencias, sino ampliarla y posiblemente hacerla preceder de la formulación de los anti-objetivos. Hay que tener en cuenta que el objetivo patógeno rara vez lo es porque es erróneo o dañino en sí mismo, se convierte en tal se impide crónicamente los planes saludables de la persona. Y en muchos casos es la sobrevaloración del anti-objetivo, la defensa extenuante contra él, lo que lo hace patógeno. Para ilustrarlo, de nuevo con la ayuda de algunos ejemplos: obviamente no hay nada malo en el objetivo de evitar la infelicidad de un ser querido, pero si el miedo a poner en peligro este objetivo frena sistemáticamente la realización del deseo legítimo de la propia realización personal, entonces el objetivo de evitar la infelicidad del otro se convierte en patógeno. O si la grande sobrevaloración de un

objetivo da lugar a espirales viciosas que socavan la propia finalidad (por ejemplo, un médico que, para asegurarse de no perjudicar a sus pacientes, piensa y replantea la terapia que debe prescribir y acaba retrasando el tratamiento demasiado tiempo y perjudicando de hecho a sus pacientes), entonces la finalidad se vuelve patógena. La observación clínica sugiere que los objetivos patógenos suelen adoptar la forma de anti-objetivos sobrevalorado, es decir, hechos, escenarios, cualidades, estados indeseables, vividos como inaceptables, catastróficos, que no deben suceder y contra los que el individuo lucha tenazmente.

Teniendo esto en cuenta, es justo sugerir que una buena estrategia terapéutica debería incluir siempre la forma de poner de manifiesto el derecho, la utilidad y la conveniencia de retirar la sobrevaloración de los propios anti-objetivos patógenos liberando la búsqueda de los propios deseos, en lugar de limitarse a tratar de establecer si una creencia es verdadera o falsa.

Conclusiones

La mente construye representaciones de lo que quiere, necesita, desea y también de lo que teme y simplemente no quiere. En otras palabras, estructura objetivos y anti-objetivos. Las creencias le informan de dónde se encuentra en relación con ellos: si está más o menos cerca de conseguir lo que quiere o de sufrir lo que no quiere y según esta distancia experimentará ansiedad o esperanza, alegría o tristeza.

La formulación de casos en la psicoterapia cognitiva siempre ha puesto gran énfasis en las creencias disfuncionales del paciente y menos en sus objetivos patógenos. Sin embargo, la observación clínica sugiere que una creencia disfuncional es tal porque siempre implica un anti-objetivo, ya sea amenazado o ya presente. En ausencia de un anti-objetivo, la creencia disfuncional simplemente no existiría. Por estas razones, siempre sería conveniente, al comienzo de cualquier psicoterapia, identificar y formular primero el anti-objetivo del paciente. La formulación de sus creencias disfuncionales será entonces necesaria para establecer las condiciones en las que el paciente cree que se producirán los escenarios que más teme.

La centralidad atribuida a los objetivos en la formulación de un caso determina también una clara perspectiva estratégica: la tarea del terapeuta no se limita a corregir las creencias falsas e irracionales, sino que pretende fomentar la desinversión, al menos parcial, de ciertos objetivos y anti-objetivos.

Una buena formulación del caso debe incluir siempre cinco puntos básicos: la descripción del problema que presenta el paciente y, si es posible, el diagnóstico clínico-descriptivo; la definición de los determinantes psicológicos próximos que explican la presencia del problema (objetivos y creencias que causan los síntomas); los factores de mantenimiento del problema, es decir, los procesos del círculo vicioso que refuerzan los objetivos, las creencias disfuncionales y los síntomas; los acontecimientos descompensantes (o precipitantes) que determinaron la aparición del problema, es decir, que justifican el paso de un antes pre-patológico a un después patológico; por último, la vulnerabilidad, entendida en dos sentidos distintos, como

conjunto de condiciones estresantes estables y actuales para la estructura mental específica del paciente, y como origen remoto de sus problemas psicológicos.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda [Reescritura de imágenes como técnica terapéutica: revisión de ensayos clínicos, estudios básicos y agenda de investigación]. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 189-208.
- Beck, A. (1976). *Principi di terapia cognitiva [Principios de la terapia cognitiva]*. Astrolabio.
- Castelfranchi, C. (2012). Goals, the true center of cognition [Las metas, el verdadero centro de la cognición]. En F. Pagleiri, L. Tummolini, R. Falcone y M. Miceli (Eds.), *The goals of cognition. Essays in honor of Cristiano Castelfranchi*, (pp. 852-870). College Publication.
- Easden, M. y Kazantzis, N. (2017). Case conceptualization research in cognitive behavior therapy: a state of science review [Investigación de conceptualización de casos en terapia cognitiva conductual: una revisión del estado de la ciencia]. *Journal of Clinical Psychology*, 74(3), 356-384. <https://doi.org/10.1002/jclp.22516>
- Eells, T.D. (2009). Review of the case formulation approach to cognitive-behavior therapy [Revisión del enfoque de formulación de casos para la terapia cognitivo-conductual]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 400-401. <https://doi.org/10.1037/a0017014>
- Ellis, A. (1962). *Ragione ed emozione in psicoterapia [Razón y emoción en psicoterapia]*. Astrolabio.
- Mancini F. y Barcaccia B. (2009). *Come usa la diagnosi lo psicologo cognitivista? [¿Cómo emplea el diagnóstico un psicólogo cognitivista?]*. En N. Dazzi, V. Lingardi y F. Gazzillo (Eds.), *La diagnosi in psicologia clinica: personalità e psicopatologia* (pp. 157-160). Raffaello Cortina Editore.
- Mancini, F. (1996). L'egodistonia [Egodistonia]. En B. Bara (ed.), *Manuale di psicoterapia cognitiva* (pp. 131-174). Bollati Boringhieri.
- Mancini, F., Gangemi, A. y Giacomantonio, M. (2021). Il cognitivismo clinico e la psicopatologia [Cognitivismo clínico y psicopatología]. En C. Perdighe y A. Gragnani (Eds.), *Psicoterapia cognitiva*. Raffaello Cortina.
- Mancini, F., Gangemi, A., Giacomantonio, M. y Johnson-Laird, P. N. (2007). Il ruolo del ragionamento nella psicopatologia secondo la hyper emotion theory [El papel del razonamiento en psicopatología según la teoría de la hiperemoción]. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 763-793. <https://doi.org/10.1421/25829>
- Mancini, F. y Giacomantonio, M. (2018). I conflitti intrapsichici [Los conflictos intrapsíquicos]. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 42, 41-64. <https://doi.org/10.3280/QPC2018-042004>
- Mancini, F. y Perdighe, C. (2012). *Perché si soffre? Il ruolo della non accettazione nella genesi e nel mantenimento della sofferenza emotiva [¿Por qué sufres? El papel de la no aceptación en la génesis y mantenimiento del sufrimiento emocional]*. *Cognitivism Clinic*, 9, 95-115.
- Miller, G. A., Galanter, E. y Pribam, K. H. (1960). *Plans and structure of behavior [Planes y estructura de comportamiento]*. Holt, Rinehart & Winston.
- Pearson, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: a case formulation approach [La terapia cognitiva en la práctica: un enfoque de formulación de casos]*. Norton.
- Perdighe, C. y Gragnani, A. (2021). *Psicoterapia cognitiva*. Raffaello Cortina.
- Rainone, A. y Mancini, F. (2018). *La mente depressa [La mente deprimida]*. Franco Angeli.
- Ruggiero, G. M., Caselli, G. y Sassaroli, S. (2018). Laicizzare la relazione terapeutica in psicoterapia cognitivo comportamentale: la formulazione condivisa del caso [Asegurar la relación terapéutica en psicoterapia cognitivo conductual: la formulación compartida del caso]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 24(2), 203-222.
- Saliani, A. M., Perdighe, C., Barcaccia, B., & Mancini, F. (2020). Case formulation in standard cognitive therapy: the use of goals in cognitive behavioral therapy case formulation [Formulación de casos en terapia cognitiva estándar: el uso de objetivos en la formulación de casos de terapia cognitiva conductual]. En G. M. Ruggiero, G. Caselli y S. Sassaroli (Eds.), *Case Formulation as Therapeutic Tool in Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 45-58). Springer.

- Tenore, K., Basile, B., Cosentino, T., De Sanctis, B., Fadda, S., Femia, G., Gragnani, A., Luppino, O. I., Pellegrini, V., Perdighe, C., Romano, G., Saliari, A. M. y Mancini, F. (2020). Imagery rescripting on guilt-inducing memories in OCD: a single case series study [Reescritura de imágenes sobre recuerdos que inducen a la culpa en el TOC: un estudio de serie de un solo caso]. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 10-18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.543806>
- Van Den Hout, M. y Kindt, M. (2003). Phenomenological validity of an OCD-memory model and the remember/know distinction [Validez fenomenológica de un modelo de memoria TOC y la distinción recordar/saber]. *Behaviour Research and Therapy, 41*(3), 369-378. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00097-9)
- Westmeyer, H. (2003). On the structure of case formulation [Sobre la estructura de la formulación de casos]. *European Journal of Psychological Assessment, 19*(3), 210-216. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.3.210>

LA FORMULACIÓN FUNCIONAL DE CASO DEL MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DEL APEGO Y EL ROL DE LA ENTREVISTA DE APEGO ADULTO DENTRO DE LA MISMA

THE DYNAMIC MATURATIONAL MODEL OF ATTACHMENT FUNCTIONAL CASE FORMULATION AND THE ROLE OF THE ADULT ATTACHMENT INTERVIEW WITHIN IT

Silvana Milozzi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6078-3551>

Universidad Salesiana, Facultad de Psicología, Bahía Blanca, Argentina

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Milozzi, S. (2022). La formulación funcional de caso del modelo dinámico maduracional del apego y el rol de la entrevista de apego adulto dentro de la misma. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 133-150. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35949>

Resumen

El presente artículo se propone presentar la formulación de caso desde la perspectiva del Modelo Dinámico Maduracional del Apego y la Adaptación, poniendo especial énfasis en la Entrevista de Apego Adulto. La formulación funcional de caso, propuesta por el DMM permite comprender la funcionalidad del síntoma dentro del contexto en el que aparece. Dentro de este proceso de evaluación y elaboración de hipótesis, se destaca la Entrevista de Apego Adulto como herramienta que brinda al clínico la posibilidad de conocer en profundidad la historia vincular del sujeto, los riesgos que debió afrontar, la forma en que se auto-refiere su experiencia, las situaciones de trauma o pérdidas no resueltas, sus capacidades reflexivas y la estrategia de apego que desarrolló.

Palabras Clave: apego, formulación de caso, entrevista de apego adulto, modelo dinámico maduracional del apego y la adaptación

Abstract

The aim of this article is to introduce readers to the Dynamic Madurational Model of Attachment and Adaptation focusing on the Adult Attachment interview. The Functional Formulation proposed by DMM helps to understand the symptom's functionality within the context it appears. In this process of evaluation and hypothesis formulation The Adult Attachment Interview has an important role. This interview allows the clinician to get a deep understanding of the patient's attachment history, the dangers he had to go through, the way he refers his own history to himself, unresolved losses or trauma he could have faced, reflective abilities and attachment strategy developed.

Keywords: attachment, case formulation, adult attachment interview, dynamic madurational model of attachment and adaptation.

Fecha de recepción: 19 de septiembre de 2022. Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: smilozzi@unisal.edu.ar

Dirección postal: Silvana Milozzi. Universidad Salesiana, Facultad de Psicología, Bahía Blanca, Argentina

© 2022 Revista de Psicoterapia



El Modelo Dinámico Maduracional del Apego y la Adaptación (DMM) fue desarrollado por Patricia Crittenden en 1992, y constituye una extensión de la teoría del apego de Bowlby y Ainsworth (Crittenden, 2016; Miró, 2002).

La teoría del apego, es básicamente una teoría sobre la supervivencia, sobre cómo nos mantenemos a salvo de los riesgos a los que estamos expuestos como individuos; pero también de cómo formamos lazos afectivos con otras personas y nos reproducimos, es decir, cómo sobrevivimos como especie (Baim et al., 2022; Bowlby, 1980, 1990; Brown y Elliott, 2016; Cassidy y Shaver, 1999; Crittenden, 2006; Crittenden y Ainsworth, 1989; Crittenden et al., 2021a).

Las observaciones iniciales sobre apego se focalizaron sobre la interacción padres-hijo, y los aportes provenientes de ellas sirvieron de base para comprender las diferencias individuales en etapas posteriores de la vida (Baim et al., 2022). En los últimos años las investigaciones demostraron que las estrategias de apego constituyen un importante rasgo del funcionamiento del individuo a lo largo de todo su ciclo de vida (Baim et al., 2022; Crittenden y Baim, 2017; Crittenden, 2014, 2016).

El apego es una disposición innata a la búsqueda de proximidad física y emocional con una figura de protectora. Esta conducta se activa principalmente cuando el niño tiene hambre, está cansado o se siente estresado por alguna razón. En estas situaciones, el infante desplegará señales como llanto y búsqueda de contacto físico con sus cuidadores (Bowlby, 1990). Los niños no son capaces de protegerse a sí mismos cuando vienen al mundo, pero nacen con la habilidad de mostrar su malestar, y de organizar la forma en que lo despliegan de una manera crecientemente adaptada a las respuestas de sus cuidadores (Baim et al., 2022). La manera en que la figura de apego responde al malestar del niño contribuye a moldear la forma de vincularse con otras personas y de regular las emociones (Milozzi y Marmo, 2022; Schore 1994, 1997, 2001)

El modelo del apego intenta comprender de qué forma, la conducta que despliega una persona cuando se encuentra bajo estrés le permite satisfacer sus necesidades de seguridad, consuelo, proximidad y predictibilidad.

Crittenden ha hecho un enorme esfuerzo por integrar los aportes de Bowlby con los provenientes de las diversas corrientes de psicología evolutiva, de las neurociencias, la terapia familiar y de datos empíricos obtenidos con poblaciones de riesgo (Miró, 2002). La autora sostiene que las figuras de apego deben proteger y confortar a sus hijos cuando están estresados, enseñarles a protegerse y confortarse por sí mismos y alentarlos a afrontar gradualmente responsabilidades que les permitan expandir su zona de desarrollo próximo (Crittenden, 2016).

Los padres sensibles, están sincronizados con sus hijos y pueden interpretar adecuadamente sus señales, de forma que suavizan el malestar y contienen las ansiedades cuando el niño no lo puede hacer por sus propios medios (Baim et al., 2022; Cassidy y Shaver, 1999; Fonagy, 2001). Cuando este proceso de co-regulación es exitoso, el infante puede ir desarrollando su propia capacidad autorregulatoria (Milozzi y Marmo, 2022). En los casos en que esto no sucede, el niño se siente

inseguro y no confía en la predictibilidad de las respuestas de su cuidador, es por eso por lo que necesita desarrollar estrategias que le permitan satisfacer sus necesidades de apego apelando muchas veces a comportamientos que pueden parecer bizarros, peligrosos o atemorizantes (Baim et al., 2022).

Otro concepto central para el DMM es el de procesamiento de la información (Bowlby, 1980; Crittenden y Landini, 2011; Tulving, 1979), es decir, la forma en que el cerebro percibe la información y crea representaciones del mundo a partir de ésta. Crittenden y Landini (2011) enfatizan la noción de disposiciones representacionales, que son patrones de actividad neuronal que tienden a activarse en una determinada secuencia y de esta forma influyen en la percepción de la realidad de un sujeto y su tendencia a responder de una cierta forma (Damasio, 1994). Desde el momento del nacimiento, los niños son capaces de formar representaciones mentales basadas en dos fuentes de información: la externa al cuerpo, relacionada al orden temporal de los acontecimientos (causa-efecto) y el interior del cuerpo, es decir, la experiencia subjetiva de activación fisiológica. Estas dos fuentes de información serán cruciales a la hora del establecimiento de las estrategias de apego.

El DMM describe tres estrategias básicas de apego: A, B y C. Es importante comprender que ninguna estrategia de apego es superior a otra, sino que cada una es la mejor en el contexto en el que aparece. La estrategia de apego es una contribución del niño a su propio bienestar, ya que funciona de tal manera que hace que la conducta de la figura de apego se vuelva más previsible (Crittenden, 2016, 2020, Crittenden y Landini, 2011). En la estrategia B, o balanceada, el individuo integra tanto la información cognitiva como la afectiva (tanto sus pensamientos como sus sentimientos, emociones y sensaciones corporales) a la hora de afrontar situaciones estresantes o interactuar con personas emocionalmente cercanas. Para que un niño desarrolle una estrategia de apego tipo B se requiere que los cuidadores actúen de forma previsible y logren interpretar y responder de forma adecuada a las señales y el estado mental que este presenta (Fonagy, 2001; Marrone, 2014; Stern, 1985/2019). Cuando esto sucede, el pequeño comprende que tanto la información cognitiva como la afectiva tienen valor predictivo para lograr protección, confort y seguridad (Baim et al., 2022). En cambio, la estrategia A funciona de forma que la persona se distancia de las personas significativas y de sus propias emociones displacenteras. Esta estrategia se desarrolla cuando el cuidador se comporta consistentemente de forma rechazante o indiferente frente a la expresión de necesidades del niño (Crittenden, 2012, 2014, 2016). En estas circunstancias, el infante aprende a confiar en la información cognitiva y externa y desconfía de la información interna, principalmente de sus emociones negativas como miedo, tristeza y enojo. Esto puede incluir el desconocimiento de la información somática como dolor, náuseas, sueño, etcétera. Cuando se usa esta estrategia de apego, se ignora el malestar y se despliega un comportamiento valiente, de cuidado de otras personas, etcétera. En último lugar, la estrategia C prioriza la información interna basada en el afecto sobre la externa y cognitiva. Se desarrolla en aquellas personas que

tuvieron cuidadores con dificultades para actuar de forma previsible. Estas figuras de apego se comportan de manera que en ocasiones responden frente a la expresión de necesidad de los niños y en otras oportunidades no. Esto hace que los pequeños no puedan predecir cuándo sus padres van a responder y cuándo no, de forma que se intensifica su estrés y su necesidad de confort externo. Ellos rápidamente aprenden que cuanto más se despliega afecto negativo, más posibilidades hay de ser atendidos. De esta forma, los niños se vuelven quejosos, inconsolables, intrusivos y comienzan a comunicarse de manera confusa. Esta modalidad posiblemente caracterizará sus relaciones posteriores (Baim et al., 2022; Holmes, 2001; Howe, 2005; Hudson-Allez, 2009;). Las estrategias A, B y C representan un continuum de estrategias auto-protectoras que van a depender del riesgo al cuál el niño está expuesto (Baim et al., 2022).

El DMM se focaliza en la forma en que las estrategias de apego se complejizan a medida que la persona se va desarrollando y afronta tareas como ir al jardín, al colegio, formar amistades, encontrar una pareja, etc. Es un modelo basado en la evidencia que permite conceptualizar las dificultades emocionales y psicológicas enfatizando su función (en contraposición al enfoque basado en los síntomas), una teoría bio-psico-social (Crittenden y Landini, 2011; Crittenden et al., 2021a,b; Thompson y Raikes, 2003), acerca de cómo las personas se organizan para protegerse del peligro.

Desde esta perspectiva, se consideran las estrategias de apego potenciales fortalezas, en lugar de disfunciones o desórdenes. El DMM es un modelo que no etiqueta ni patologiza, sino que se enfatiza el abordaje de los recursos, la flexibilidad, las metas de vida, la adaptación y el crecimiento personal (Baim y Morrison, 2011; Baim et al., 2022). Durante los últimos años la investigación ha demostrado que se pueden hacer cambios significativos y aprender nuevos patrones a lo largo del ciclo vital (Barrett, 2017; Cozolino, 2002; Barrett, 2017; Eagleman, 2020; Siegel, 2007) y que las estrategias de apego pueden cambiar y volverse más flexibles (Baim et al., 2022; Crittenden, 2016).

Para el DMM, el terapeuta constituye una figura transitoria de apego. Alguien que, en términos de Bowlby (1990), posee más conocimientos y está más preparado para enfrentar al mundo y resolver problemas. La relación con el paciente es fundamental y será la herramienta de trabajo del terapeuta, quién realizará intervenciones graduales y que estén dentro de la zona de desarrollo próximo del sujeto (Baim y Morrison 2011, Baim et al., 2022).

El tratamiento psicoterapéutico tiene la potencialidad cambiar la forma en que el individuo procesa la información, promoviendo el desarrollo de una conducta adaptativa y funcional. Puede ser un proceso liberador, que permite al individuo distanciarse de su historia y desarrollarse plenamente, eligiendo la forma en que desea vivir, más allá de las circunstancias de su pasado. El terapeuta actuará de manera compasiva y empática y facilitará la integración reflexiva (Baim et al., 2022; Crittenden, 2016).

El tratamiento para el DMM incluye distintos tipos de abordaje, la modalidad podrá variar de acuerdo a la apreciación del terapeuta desde la psicoeducación hasta la psicoterapia individual, de pareja o familiar de largo plazo.

La Formulación de Caso Integrativa del DMM

La formulación de caso ofrece un puente entre teoría y la práctica de la psicoterapia con sensibilidad cultural y contextual (Quiñones, 2022). También Beck (1995) sostiene que esta conceptualización, que se lleva adelante desde el inicio de la terapia, es un proceso dinámico, que está en constante evolución y ofrece al terapeuta la información necesaria para comprender el mundo psicológico, social y espiritual del paciente. Este proceso, permite reflexionar sobre la forma en que se desarrolla y mantiene el problema que presenta el individuo, seleccionar las técnicas más adecuadas para abordarlo, e identificar fortalezas personales y obstáculos que podrían surgir en el transcurso del tratamiento.

Crittenden y Ainsworth (1989) consideran que, a la hora de formular un caso, es fundamental comprender las causas críticas para planificar las intervenciones. Por causa crítica, se refieren a aquello que al ser modificado inicia una cascada de cambios que resuelven la mayor parte de las amenazas a las que está expuesta una persona o familia. Las autoras afirman que el apego constituye una causa crítica, y Crittenden (2016) agrega que el procesamiento distorsionado de la información (acerca de los peligros potenciales y las posibilidades de reproducción) es la causa crítica de la disfunción. Por lo tanto, acceder al procesamiento abierto de esa información, reflexionar sobre ella e integrarla puede dar lugar a un proceso de adaptación más funcional.

El DMM considera que a la hora de formular el caso se debe tener en cuenta el poderoso efecto que tienen las experiencias tempranas y situaciones adversas que puede haber afrontado la persona a lo largo de su desarrollo. Estas pueden implicar pérdidas afectivas, traumas no resueltos, ser expuestos al prejuicio, la inequidad social, la falta de oportunidad y otras fuerzas que pueden afectar el bienestar social y emocional de individuos y familias (Baim et al., 2022; Crittenden, 2006).

La formulación de caso del DMM pone énfasis en la función adaptativa de los síntomas, se focaliza en el aspecto protector de los mismos, ya sea para sí mismo o para la progenie (Crittenden, 1995, 2016; Crittenden et al., 2011). Es por eso, que la denomina “Formulación Funcional”. Esta postura, resalta la relevancia de la “función” del comportamiento a la hora de analizar las disfunciones o problemas (Baim et al., 2022; Crittenden, 2016; Hautamäki, 2014). Para la formulación funcional, la atención está puesta en examinar la información y generar explicaciones acerca de las distintas conductas que presenta el individuo.

Al formular el caso, se debe definir en primer lugar el problema que requiere una intervención. Este modelo considera que los síntomas pueden cumplir diferentes funciones en cada individuo, por lo que son imprecisos a la hora de diseñar un tratamiento (Crittenden, 2016; Wilkinson, 2003). Para el DMM, una disfunción requiere

tratamiento cuando genera gran malestar o pone en riesgo al individuo. De acuerdo con Crittenden (2016), hay tres puntos cruciales a tener en cuenta: Hay amenazas en todo desarrollo humano, pero el riesgo por sí mismo no genera psicopatología. Tampoco los aspectos genéticos o los adquiridos a lo largo del desarrollo pueden por sí mismos generarla. La disfunción es un proceso interpersonal que indica una falta de sincronía entre las necesidades de protección de la persona vulnerable y las respuestas de sus figuras de apego.

En segundo lugar, se analizará la naturaleza de las amenazas a las que está y estuvo expuesto el individuo. Las amenazas pueden tomar distintas formas, ya sea a través de la presencia de eventos peligrosos (como el abuso de sustancias o la violencia doméstica) como de la falta de protección y confort. Cuando los riesgos son claramente percibidos producen menos distorsiones que aquellos que son ambiguos o están ocultos (Fonagy, 1999; Crittenden, 2016).

En tercer lugar, se debe tener en cuenta la maduración, aspecto crucial para la formulación funcional del DMM. Las disfunciones aparecen cuando hay un desequilibrio entre los riesgos a los que estamos expuestos y la maduración biológica que nos permite organizar una respuesta protectora.

El cuarto aspecto a considerar en la formulación funcional es el procesamiento de la información. Las situaciones del pasado afectan la conducta actual a partir de este procesamiento. Cuando este es disfuncional, hay una interpretación errónea de las percepciones que puede ir acompañada de una falla en la capacidad de autorregulación y resolución de problemas (Milozzi y Marmo, 2022; Ribero-Marulanda y Vargas-Gutiérrez, 2013; Vargas-Gutiérrez y Muñoz-Martínez, 2013). Estos errores en el procesamiento de la información dan lugar entonces a alteraciones en la conducta. El DMM asume que la conducta que un sujeto despliega está provista de significado, aunque vista desde afuera pueda parecer totalmente inadecuada.

Crittenden enfatiza que, aunque hay mecanismos por los que las dificultades se auto-sostienen, la maduración puede facilitar los cambios, en la medida en que permite descubrir discrepancias y generar soluciones que no eran posibles anteriormente.

Crittenden (2016) sostiene que la formulación funcional tiene distintos componentes (Tabla 1): Los individuales, los contextuales y los relacionados al propio terapeuta. Los componentes individuales a tener en cuenta son varios: En primer lugar, los aspectos biológicos, tales como antecedentes genéticos, estado general de salud, hábitos de alimentación, sueño, ejercicio y aspectos neuroquímicos que podrían requerir atención. En segundo lugar, la autora incluye la historia de desarrollo del individuo y la de sus padres, particularmente los eventos de riesgo a los que hayan podido estar expuestos (negligencia, abuso, engaño, separación, enfermedades recurrentes, bullying, conflictos domésticos, etc.). En tercer lugar, el contexto actual; nuevamente aquí, se buscan principalmente factores de riesgo como ingresos bajos, condiciones de vivienda inadecuada, acceso limitado a los servicios de salud, violencia doméstica o marginalidad. Se debe considerar también

la adaptación actual a las distintas áreas de la vida como el matrimonio, el empleo, la vida social, la familia extensa y las relaciones con cada uno de los hijos en el caso de que los tenga (Crittenden, 2016).

Entre los componentes contextuales se debe evaluar la posibilidad que tiene y tuvo el sujeto a lo largo de su historia de acceder a los distintos servicios de apoyo. En los casos en que el acceso a estos servicios es limitado o inadecuado el riesgo se incrementa, al igual que el nivel de sufrimiento que experimentan las personas (Crittenden, 1998; Crittenden et al., 1991).

La formulación funcional del DMM considera que es importante tener en cuenta también aquellos aspectos vinculados al propio terapeuta. Particularmente, se han de considerar su historia temprana, la estrategia de apego y el procesamiento de la información. Para poder guiar al paciente, los terapeutas deben conocerse a sí mismos y saber lo que tienen para ofrecer. Adicionalmente, se deben considerar el entrenamiento y las herramientas de las que se dispone y las limitaciones que podrían afectar el tratamiento del sujeto en cuestión. (Crittenden, 2016).

Tabla 1

Componentes de la Formulación Funcional del DMM (Crittenden, 2016)

Individuales	Contextuales	Del Terapeuta
Aspectos biológicos	Servicios de apoyo de los que se dispone y se dispuso en el pasado	Historia temprana
Desarrollo temprano propio y de los progenitores		Historia temprana
Contexto actual		Entrenamiento
Adaptación actual y estrategia de apego		Habilidades
		Limitaciones

En la formulación funcional de caso es fundamental, por último, determinar claramente qué tanta conciencia tiene el individuo de la necesidad de cambio, y esto se relaciona estrechamente con la capacidad de percibir las discrepancias. Cuando esta capacidad está presente, ya sea porque la persona puede reconocer los problemas, o porque alguien externo define una conducta como problemática, es que los cambios pueden empezar a generarse (Crittenden, 2020). Cuando no se perciben las discrepancias, o al menos no con la suficiente fuerza, difícilmente se busque hacer un cambio. En los casos en que las discrepancias son muy severas, el tratamiento termina siendo impuesto ya sea por los servicios de protección infantil, o por internaciones psiquiátricas, hospitalizaciones, etc. (Crittenden, 2016). La hipótesis de Crittenden y Ainsworth (1989) es que volver explícito lo implícito, acceder tanto a la información cognitiva como a la afectiva, y ser capaz de razonar reflexivamente, tiene la potencialidad de cambiar la historia de la persona.

La Entrevista de Apego Adulto

El DMM dispone de una serie de evaluaciones que complementan la información recabada por el terapeuta durante las entrevistas iniciales y contribuyen a la formulación de caso. Hay una evaluación específica para cada etapa del ciclo vital. Estas evaluaciones son codificadas “a ciegas”. Es decir, por evaluadores que desconocen la historia clínica del paciente, sus antecedentes o el motivo de consulta actual. Esto se hace con la finalidad de lograr la mayor objetividad posible y es de gran utilidad para los terapeutas, ya que reciben una mirada lo menos contaminada posible sobre el paciente que ha sido evaluado por un codificador neutro (Crittenden, 2012, 2014, 2019, 2020).

En el caso de los adultos, la adaptación de Patricia Crittenden de la Entrevista de Apego Adulta (AAI) (George et al., 1985) constituye la técnica de evaluación más importante. Se trata de una entrevista semi-estructurada, con algunas preguntas establecidas y otras de seguimiento que irá formulando el entrevistador en base a las respuestas que reciba y que tienen la finalidad de completar la información que omite el entrevistado o que es necesaria para clarificar alguna situación relatada. La entrevista posee una estructura en la cual hay un aumento sistemático de la amenaza para el self en cada sección de preguntas. El objetivo de esto es que el entrevistado despliegue su estrategia autoprotectora (de apego) al responder a las mismas.

La entrevista comienza con preguntas acerca de la situación general en la infancia e indaga sobre los recuerdos más tempranos de la persona. En la sección siguiente se busca información sobre la relación con ambas figuras de apego, solicitando adjetivos que definan dicha relación y episodios específicos que sustenten la información brindada. Posteriormente se pregunta por la forma en que se presentaban situaciones comunes en la infancia como el hecho de tener que irse a dormir, estar enfermo, etcétera, y sobre la presencia de situaciones amenazantes o atemorizantes en esa etapa, como por ejemplo el hecho de haber sido abusado o cuidado negligentemente. En las últimas secciones de la entrevista se rastrea la etapa de la adolescencia y el vínculo con los padres durante la misma, las pérdidas a las que pudo estar expuesto a lo largo de su vida, las relaciones de pareja que ha tenido y finalmente se realizan una serie de preguntas integrativas en las que se interroga, entre otras cosas, sobre la explicación que la persona se da sobre el comportamiento de sus padres durante su infancia y lo que aprendió de su experiencia como niño (Crittenden, 2020; Crittenden y Landini, 2011)

La entrevista de apego adulto presta especial atención a las fuentes de información a través de las cuales el individuo percibe información y a la manera en que están organizados los distintos tipos de memoria. Para el DMM, la forma de la información es tan importante como el contenido (Crittenden, 2016, 2020). La hipótesis que sostiene este modelo es que el significado funcional se evidencia en la forma en que el individuo se expresa y que esta coincidirá con el contenido sólo en los casos en que haya una alta coherencia intra e interpersonal (Crittenden, 2020; Crittenden y Landini, 2011)

La toma, codificación y análisis del AAI requiere de un observador altamente calificado, que conozca en profundidad los aspectos teóricos del DMM y el complejo método de clasificación de la entrevista.

La codificación, consta de distintos pasos. Primero, se elabora una cronología de las situaciones de riesgo vividas por el individuo y se le asigna un puntaje de acuerdo a la Escala de Riesgo del AAI (Crittenden, 2020). Posteriormente, se realiza un análisis del discurso, que permite observar la forma en que los distintos sistemas de memoria están organizados (Memoria procedural, de imágenes, semántica, episódica). El codificador buscará evidencia de transformaciones en la información (información verdadera, distorsionada, omitida, errónea, falsa, negada y delirante) y rastreará en la transcripción de la entrevista indicios de pérdida no resuelta y trauma psicológico. Finalmente, se buscarán modificadores (Somatización, Irrupción de Afecto negativo, reorganización de la estrategia de apego). Las máximas de Grice (1975) son utilizadas para evaluar la cantidad de información brindada por la persona evaluada, la relevancia de la misma, la calidad que posee y la forma en que es aportada. Finalmente, en base a todo lo mencionado, se establecerá la estrategia de apego del individuo.

Otro aspecto fundamental a considerar es la historia relatada por el sujeto. Se buscará en ella evidencia de protección frente a los peligros, consuelo frente al malestar, inversión de roles, negligencia física y emocional, exposición a situaciones peligrosas, sensación de rechazo, violencia entre los padres, demanda de rendimiento (académico, deportivo, conducta complaciente), triangulación, engaño y referencias a la sexualidad (Crittenden, 2020; Crittenden y Landini, 2011).

El análisis de la última parte de la entrevista permite comprender la forma en que el individuo se auto-refiere su historia y el comportamiento que sus padres tuvieron hacia él. Cuando se cuenta con una buena capacidad reflexiva el sujeto es capaz de observar las discrepancias, encontrar nuevas explicaciones, rescatar los aspectos positivos de su historia y reconocer los negativos. Además, se observa optimismo en relación con el futuro y sensación de control sobre su propia vida.

Los datos arrojados por la entrevista permitirán dar sentido a los problemas que presenta el paciente, comprenderlos en relación a su historia de apego, determinar situaciones no resueltas que ameritan ser exploradas en terapia y establecer la capacidad reflexiva con la que se cuenta. Esta información, sumada a la obtenida en las entrevistas permitirá seleccionar las técnicas de abordaje más adecuadas para esa persona, establecer la secuencia en que serán aplicadas y formular objetivos terapéuticos (Baim, 2011; Baim et al. 2022).

Las Estrategias de Apego en la Edad Adulta y los Indicadores en el AAI

Crittenden (2016) sostiene que la estrategia de apego es funcional en la medida en que le permite al individuo protegerse efectivamente tanto sí mismo como a la pareja y los hijos de los riesgos que impone la vida. Además, una estrategia funcional permite al sujeto actuar de forma que sus comportamientos se orienten

al logro sus objetivos y metas.

Aquellas personas que llegan a la adultez habiendo encontrado en su vida seguridad, confort y estabilidad, suelen auto-realizarse y lograr independencia económica y psicológica, lo que les permite iniciar su propia familia. Para aquellos que no han tenido tanta suerte, esta etapa de la vida ofrece múltiples posibilidades de cambio, ya que es un período en el que hay una gran maduración que puede dar lugar a una reorganización de la estrategia de apego y además, está la posibilidad de encontrar un compañero afectivo que utilice una estrategia balanceada (Crittenden, 2016).

Como se observa en la Tabla 2, hay indicadores generales en el AAI que son distintivos de cada estrategia de apego. Los individuos con una estrategia de apego A o evitativa, se manejan predominantemente con información cognitiva, suelen desestimar el self tomando la perspectiva de los demás y mostrándose deferente con ellos. Al relatar su historia minimizan los problemas e intentan distanciarse del pasado (Crittenden y Landini, 2011). Estos sujetos, típicamente presentan AAI en las que se utiliza un lenguaje denotativo, que tiene la finalidad de regular los estados afectivos propios y minimizar la importancia de los problemas. Las transcripciones de sus entrevistas son claras, de fácil lectura y presentan un buen orden temporal. Se evidencia en las mismas que los hechos son relatados omitiendo los aspectos negativos de las situaciones, tomando la perspectiva de otras personas, desestimando el self e intentando poner distancia con el pasado. En el otro extremo, las personas con una estrategia de apego de tipo C, presentan típicamente manuscritos con disfluencias significativas, que hacen difícil la lectura del mismo, por lo que el codificador debe revisar las mismas situaciones varias veces para comprenderlas. Estos individuos exageran la importancia de los problemas y suelen responsabilizar por ellos a las figuras de apego omitiendo su contribución a estos (Crittenden, 2020). Los individuos con una estrategia C se manejan predominantemente con información emocional, desestimando la información cognitiva, utilizan un lenguaje evocativo, con la finalidad de producir una respuesta emocional en el entrevistador y predominan las imágenes visuales vívidas, el tiempo presente en los relatos y otros indicadores de que el problema pasado permanentemente se trae al presente. En relación a las estrategias de apego de tipo B, se observan manuscritos que se pueden leer fluidamente, donde el sujeto presenta tanto los aspectos positivos como los negativos del sí mismo y de los demás. Es capaz de reflejar su propia perspectiva y al mismo tiempo considerar la de los otros y de integrar cognición y afecto. Además, es posible para el sujeto identificar tanto su propia contribución como la de los demás a los problemas relatados (Baim, 2011; Crittenden y Landini, 2011; Crittenden, 2020).

Tabla 2*Estrategias de Apego A, B y C. Características Generales (Crittenden, 2020)*

Estrategia A	Estrategia B	Estrategia C
Cognitivamente organizado	Minimiza los aspectos negativos	Afectivamente organizado
Toma la perspectiva de los otros en el discurso	Toma la perspectiva propia y la de los otros en el discurso	Muestra su propia perspectiva en el discurso
Desestima el Self Se encuentra más preocupado por los demás que por sí mismo	Considerado consigo mismo y los otros	Desestima a los demás
Omite los afectos negativos	Expresa adecuadamente afectos positivos y negativos	Exagera los afectos negativos
Minimiza los aspectos negativos	Integra aspectos positivos y negativos	Maximiza los aspectos negativos
Se distancia del pasado	Reconoce el pasado y puede reflexionar sobre él	Se encuentra más preocupado por los demás que por sí mismo

La entrevista de apego adulto permite al codificador entrenado, establecer también la sub-estrategia A, B o C de la persona evaluada. Para esto, hará un cuidadoso análisis de indicadores del discurso y la conducta. En el Apéndice 1 se encuentran los indicadores típicos de las estrategias B y los más característicos de las sub-estrategias A y C (Crittenden, 2020).

Conclusión

La formulación funcional del DMM es un proceso que se encuentra aún en etapa de desarrollo, tiene como propósito atribuir significado a los problemas que presenta el paciente. Esto implica para el profesional intentar comprender la realidad desde la perspectiva que el sujeto trae y analizarlo a la luz de su historia evolutiva. Constituye un proceso complejo, que requiere por parte del profesional experiencia clínica, entrenamiento, empatía y madurez .

La entrevista de Apego Adulto constituye una valiosa herramienta de evaluación que facilita el proceso de Formulación de Caso ya que permite conocer las condiciones de partida de la vida del individuo, los riesgos que afrontó a lo largo de su historia, la forma en que se defiende del peligro, se auto-refiere su experiencia, y se auto-regula. Brinda además valiosa información sobre la capacidad de percibir la discrepancia que posee la persona y de razonar reflexivamente. Los datos arrojados por el AAI y los recabados en las entrevistas, permitirán al terapeuta sacar hipótesis acerca de la función que tienen los problemas que presenta el sujeto, planificar intervenciones y seleccionar las técnicas más adecuadas a las características singulares de ese paciente dentro del contexto en el que se encuentra y con los recursos que cuenta.

Referencias

- Baim, C., Guthrie, L., Loh, E. y Bhogal, K. (2022). *Attachment-based practice with children, adolescents, and families [Práctica basada en el apego con niños, adolescentes y familias]*. Pavilion Publishing.
- Baim, C. y Morrison, T. (2011). *Attachment based practice with adults. Understanding strategies and promoting positive changes [Práctica basada en el apego con adultos. Entender estrategias y promover cambios positivos]*. Pavilion Publishing.
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain [Cómo se fabrican las emociones: La vida secreta del cerebro]*. Macmillan.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy, Basics and beyond [Terapia cognitiva, conceptos básicos y más allá]*. Guilford Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss (vol. 3): Loss, sadness and depression [Apego y pérdida (vol. 3): Pérdida, tristeza y depresión]*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1990). *Una base segura*. Paidós.
- Brown, D. y Elliott, D. (2016). *Attachment disturbances in adults: treatment for comprehensive repair [Trastornos del apego en adultos: tratamiento para la reparación integral]*. Norton.
- Cassidy, J. y Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications [Manual de apego: teoría, investigación y aplicaciones clínicas]*. Guilford Press.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain [La neurociencia de la psicoterapia: construir y reconstruir el cerebro humano]*. Norton.
- Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families [Patrones familiares y diádicos de funcionamiento en familias maltratadora]. En K. Browne, C. Davies y P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 161-189). John Wiley.
- Crittenden, P. (1995). Attachment and risk for psychopathology: The early years [Apego y riesgo de psicopatología: Los primeros años]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(3, Suppl), S12–S16. <https://doi.org/10.1097/00004703-199506001-00004>
- Crittenden, P. (1998). Dangerous behavior and dangerous context: A 35-year perspective on research on the developmental effect of child neglect and physical abuse [Comportamiento peligroso y contexto peligroso: una perspectiva de 35 años sobre la investigación sobre el efecto del desarrollo de la negligencia infantil y el abuso físico]. En P. Trickett (Ed.), *Violence to children* (pp.11-38). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10292-001>
- Crittenden, P. (2006). A dynamic maturational model of attachment [Un modelo dinámico de maduración del apego]. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27(2), 105-115. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x>
- Crittenden, P. (2012). *Infant care index [Índice de cuidado infantil]*. Family Relations Institute Booklet.
- Crittenden, P. (2014). *Pre-school assessment of attachment [Evaluación preescolar del apego]*. Family Relations Institute Booklet.
- Crittenden, P. (2016). *Raising parents: Attachment, representation and treatment [La crianza de los padres: apego, representación y trato]*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315726069>
- Crittenden, P. (2019). *Toddler CARE-Index [Índice CARE para niños pequeños]*. Family Relations Institute Booklet.
- Crittenden, P. (2020). *Adult attachment interview [Entrevista de apego para adultos]*. Family Relations Institute Booklet.
- Crittenden, P. y Ainsworth M. (1989). Child maltreatment and attachment theory [Maltrato infantil y teoría del apego]. En D. Cicchetti y V. Carlson (eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 432-463). Cambridge University Press.
- Crittenden, P. y Baim, C. (2017). Using assessment of attachment in child care proceedings to guide intervention [Uso de la evaluación del apego en los procedimientos de cuidado infantil para guiar la intervención]. En L. Dixon, D. Perkins, C. Hamilton-Giachritsis y L. Craig (Eds.), *What works in child protection: an evidenced-based approach to assessment and intervention in care proceedings* (pp. 385-402). Wiley.
- Crittenden, P. y Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic maturational approach to discourse analysis [Evaluación del apego adulto: un enfoque madurativo dinámico para el análisis del discurso]*. Norton.
- Crittenden, P., Landini, A. y Spieker, S. (2021a). Staying alive: A 21st century agenda for mental health, child protection and forensic services [Mantenerse con vida: una agenda del siglo XXI para los servicios de salud mental, protección infantil y forenses]. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 1(1), 29-51. <https://doi.org/10.1177/26344041211007831>

- Crittenden, P., Partridge, M. y Claussen, A. (1991). Family patterns of relationship in normative and dysfunctional families [Patrones familiares de relación en familias normativas y disfuncionales]. *Development and Psychopathology*, 3(4), 491-512. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007653>
- Crittenden, P., Spieker, S. y Farnfield, S. (2021b). *Turning points in the assessment and clinical applications of individual differences in attachment [Puntos de inflexión en la evaluación y aplicaciones clínicas de las diferencias individuales en el apego]*. Oxford Bibliographies. <https://doi.org/10.1093/OBO/9780199828340-0271>
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain [El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano]*. Putnam.
- Eagleman, D. (2020). *Livewired: The inside story of the ever-changing brain [Cableado viviente: La historia interna del cerebro en constante cambio]*. Vintage
- Fonagy, P. (1999). The transgenerational transmission of holocaust trauma: Lessons learnt from the Analysis of an adolescent with obsessive compulsive disorder [La transmisión transgeneracional del trauma del holocausto: lecciones aprendidas del análisis de un adolescente con trastorno obsesivo compulsivo]. *Attachment and Human Development*, 1(1), 92-114. <https://doi.org/10.1080/14616739900134041>
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis [Teoría del apego y psicoanálisis]*. Other Press.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *The adult attachment interview protocol [El protocolo de entrevista de apego adulto]*. Universidad de California.
- Grice, H. P. (2002). Logic and conversation [Lógica y conversación]. En D. J. Levitin (Ed.), *Foundations of cognitive psychology: Core readings* (pp. 719-732). MIT Press.
- Hautamäki, A. (2014). The dynamic-maturational model of attachment and adaptation - Theory and practice [El modelo dinámico-maduracional de apego y adaptación - Teoría y práctica]. Swedish school of social science.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy [La búsqueda de la base segura: teoría del apego y psicoterapia]*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315783260>
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention [Abuso y negligencia infantil: apego, desarrollo e intervención]*. Springer.
- Hudson-Allee, G. (2009). *Infant losses, adult searches: A neural and developmental perspective on psychopathology and sexual offending [Pérdidas infantiles, búsquedas de adultos: una perspectiva neural y evolutiva de la psicopatología y los delitos sexuales]*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429475856>
- Marrone, M. (2014). *Attachment and interaction: From Bowlby to current theory and practice [Apego e interacción: de Bowlby a la teoría y la práctica actuales]*. Jessica Kingsley.
- Milozzi, S. y Mermo, J. (2022). Revisión sistemática de la relación entre apego y regulación emocional. *Revista Ojos Unemi*, 6(11), 70-86. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1443>
- Miró, M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Promolibro.
- Quiñones, A. (2022). *Formulación de caso evolucionista: Un lenguaje común en psicoterapia*. Ril Editores.
- Ribero-Marulanda, S. y Vargas-Gutiérrez, R. (2013). Análisis bibliométrico del concepto del 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.
- Schore, A. (1994). Attachment and regulation of the right brain [Apego y regulación del cerebro derecho]. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23-47. <https://doi.org/10.1080/146167300361309>
- Schore, A. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders [Organización temprana del cerebro derecho no lineal y desarrollo de una predisposición a los trastornos psiquiátricos]. *Development and Psychopathology*, 9(4), 595-631. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001363>
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health [Efectos de una relación de apego seguro en el desarrollo del cerebro derecho, la regulación afectiva y la salud mental infantil]. *Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N)
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of wellbeing [El cerebro consciente: Reflexión y sintonía en el cultivo del bienestar]*. Norton.
- Stern, D. (2019). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology [El mundo interpersonal del infante: una mirada desde el psicoanálisis y la psicología del desarrollo]*. Routledge (Trabajo original publicado en 1985) <https://doi.org/10.4324/9780429482137>
- Thompson, A. y Raikes, H. (2003). Towards the next quarter-century: conceptual and methodological challenges for attachment theory [Hacia el próximo cuarto de siglo: desafíos conceptuales y metodológicos para la teoría del apego]. *Development and Psychopathology*, 15(3), 691-718. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000348>

- Tulving, E. (1979). Memory research: What kind of progress? [Investigación de la memoria: ¿Qué tipo de progreso?] En L.G. Nilsson (Ed.), *Perspectives on memory research: Essays in honor of Uppsala University's 500th anniversary* (pp. 19–34). Psychology press.
- Vargas-Gutiérrez, R. y Muñoz-Martínez, A. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200003>
- Wilkinson, S. (2003). *Coping and complaining: Attachment and the language of disease* [Afrontamiento y quejas: el apego y el lenguaje de la enfermedad]. Brunner-Routledge.

Apéndices

Apéndice I

Indicadores cada Estrategia de Apego en el AAI (Crittenden, 2020; Crittenden y Landini 2011)

Estrategia	Conducta	Marcadores en el discurso
B Tipo Balanceado	La información está integrada y se usa de forma balanceada, sin transformaciones	La estructura de la oración es coherente, sin omisiones o intrusiones, respondiendo a lo que se le pregunta
A1 Inhibido	Se idealizan a las figuras de apego desestimando sus aspectos negativos. La conducta es predecible y responsable, se evitan problemas.	El lenguaje es telegráfico, se utilizan adjetivos positivos absolutos (ej. Magnífico), hay omisión del self en las oraciones, oraciones sin terminar y dificultad para recordar episodios infantiles.
A2 Socialmente fácil	Se idealizan a las figuras de apego y desvaloriza el self. Presentan una conducta superficialmente social, pero evitan las relaciones cercanas	Presenta los mismos que la estrategia A1. Se observan clichés en lugar de integración reflexiva.
A3 Cuidador compulsivo	Se inhibe la información acerca de las propias necesidades y se focaliza en la de los demás. En la infancia, intentan alegrar a los padres emocionalmente retirados o tristes. En la adultez suelen tener trabajos relacionados con cuidar de otros física o emocionalmente.	Se observa deferencia a las necesidades del entrevistador, falso afecto positivo (reírse cuando se tocan temas tristes por ejemplo), y perspectiva parental tomada como si fuera propia, Desplazan las imágenes y episodios relatados como si pertenecieran a otras personas (ej. Relatan situaciones vividas por los hermanos)

Estrategia	Conducta	Marcadores en el discurso
A4 Compaciente compulsivo	Disocian los afectos negativos del self. Se esfuerzan por prevenir el peligro haciendo lo que desea la figura de apego. Se observa vigilancia excesiva, anticipación a las necesidades y expectativas de otros. Generalmente se muestran agitados y ansiosos, con tendencia a somatizar.	Se evidencia negación de los afectos negativos y una mirada distante del self, como si se lo analizara críticamente. Se observa hipervigilancia hacia el entrevistador, perspectiva parental, episodios desplazados y metacogniciones fallidas acerca del self.
A5 Compulsivamente promiscuo	Idealizan a las personas distantes o desconocidas. Niegan el miedo y el dolor y buscar a personas desconocidas y proximidad con extraños.	Incluyen términos sexuales Exoneran a los padres del daño causado. Presentan metacogniciones fallidas
A6 Autosuficiente compulsivo	Son capaces de reconocer la imperfección de los padres, pero toman la responsabilidad personal por esa limitación. Evitan relaciones que eliciten sentimientos. Presentan una conducta responsable, distante, evitan relaciones interpersonales. Son excesivamente independientes.	Se refieren al self en términos profesionales o académicos (artificiales), Presentan imágenes desconectadas. Toman la responsabilidad por la conducta dañina de los padres. Hay episodios de culpa distorsionada.
A7 Idealización delirante	Generar información positiva de figuras de apego peligrosas, negar su conducta dañina. Es una estrategia desesperada de creer falsamente que se está seguro.	Se observa negación del dolor, deferencia hacia los demás, episodios delirantes, no factibles de ser reales, y una errónea atribución de la conducta peligrosa y dañina de los padres
A8 Self externamente ensamblado	Atienden especialmente a lo que los profesionales de la salud han dicho sobre ellos. Ignoran o niegan los propios sentimientos y perspectivas. Hacen lo que los demás requieren, e intentan protegerse a sí mismos confiando absolutamente en los demás.	Se autodescriben como fueron diagnosticados. Las memorias que refieren fueron asignadas por profesionales o historias clínicas

Estrategia	Conducta	Marcadores en el discurso
C1 Amenazante	Exageran el enojo para influir sobre la conducta de otros. Presentan comportamientos como rabietas sin conducta agresiva abierta	En la transcripción se observan oraciones largas, con despliegue de enojo y falta de claridad. Se utiliza el tiempo presente, y hay imágenes visuales y auditivas intensas de lugares y personas peligrosas. Los episodios confusos y pierden los lazos temporales
C2 Desarmante	Se exagera el deseo de consuelo. Utilizan conducta encantadora para desarmar amenazas.	Presentan conclusiones semánticas omitidas para la evidencia episódica. Despliegan risa desarmante frente a las afirmaciones agresivas
C3 agresivo	Se exagera el enojo y la conducta agresiva. No asumen la responsabilidad de los resultados adversos. Presentan conducta agresiva que elicitó complacencia en los demás	Las oraciones son largas, y pueden presentar incoherencias. Se utiliza con frecuencia el conector "pero". Confrontan con el entrevistador y los episodios narrados omiten la conducta instigadora del hablante
C4 Indefensión fingida	Hay despliegue exagerado de miedo y deseo de confort. Desestiman los sentimientos y deseos de los otros. Despliegan conducta indefensa aparente que elicitó rescate por parte de los demás.	Se muestran seductores con el entrevistador. Suelen hacer acusaciones reduccionistas hacia los demás que eliminan la complejidad de la causalidad. Hay falta de episodios negativos para los descriptores que utiliza.
C5 Obsesionado con la venganza	Se alterna con C6. Brindan mucha información irrelevante sobre el self. Luchan, agreden y se presentan engañosamente como inocentes.	Utilizan lenguaje escatológico, imágenes animadas y actuadas. Devalúan abiertamente a las figuras de apego. Pueden brindar información falsa y aclamar que los eventos negativos no afectaron su self

Estrategia	Conducta	Marcadores en el discurso
C6 Obsesionado con ser rescatado	Presentan una gran disociación que los muestra en ocasiones vulnerables, inocentes y victimizados y en otras desconsiderado y poderosos.	Tienen una actitud seductora con el entrevistador acompañada de señales fuertes de distrés. Alteran los hechos con el propósito de hacer ver la conducta de los demás como dañina Hay una mala atribución de causalidad. Se observan episodios triangulados
C7 Intimidante	Presentan enojo generalizado. No asocian las propias contribuciones a los eventos peligrosos. Se encuentran listos para atacar a cualquier persona que pueda ser percibida como amenaza.	Tienen una actitud de distanciamiento de los otros y desconsideración. Muestran frialdad frente al distrés de los demás. Se observan delirios de poder y lenguaje que afecta el estado de ánimo.
C8 Paranoide	Presentan una conducta esquivada y falta de miedo junto con comportamientos agresivos imprevisibles.	Relatan episodios en los que se evidencia sentimiento de poder y venganza sobre otras personas.

DATA-INFORMED CASE FORMULATION WITH THE TRIER TREATMENT NAVIGATOR

FORMULACIÓN DE CASOS BASADA EN DATOS CON EL NAVEGADOR DE TRATAMIENTO DE TRÉVERIS

Danilo Moggia¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6321-4450>

Jana Schaffrath¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0106-0243>

Jana Bommer¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8227-7761>

Birgit Weinmann-Lutz¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8632-7113>

Wolfgang Lutz¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5141-3847>

¹University of Trier, Germany

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Moggia, D., Schaffrath, J., Bommer, J., Weinmann-Lutz, B., & Lutz, W. (2022). Data-Informed case formulation with the Trier Treatment Navigator. [Formulación de casos basada en datos con el Navegador de Tratamiento de Tréveris]. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 151-171. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35971>



Abstract

The current article presents a way of practising case formulation using technology augmentation in the context of data-informed psychotherapy. First, we explain how case formulation guides the decision-making processes in psychotherapy and how decisions made under an intuitive clinical judgement can be biased. The use of actuarial methods is pointed out as a way of addressing these biases, mainly through clinical decision support systems based on statistical tools and machine learning algorithms. We present the Trier Treatment Navigator (TTN), a clinical decision support system developed in a University research-based clinical training programme. We show how the TTN can contribute to an initial case formulation and its dynamic adaptations during treatment with a clinical case. Finally, we discuss how case formulation and data-informed psychotherapy are aimed at the same goal: treatment personalisation. We argue that case formulation and data-informed psychotherapy enrich and feedback on each other.

Keywords: clinical decision support systems, measurement-based care, routine outcome monitoring, feedback system, practice-based evidence

Resumen

El artículo presenta una forma de practicar la formulación de caso a través del uso de aumentación tecnológica en el contexto de una psicoterapia informada por datos. Primero explicamos cómo la formulación de caso guía el proceso de toma de decisiones en psicoterapia y cómo las decisiones tomadas a partir de un juicio clínico intuitivo pueden estar sesgadas. El uso de métodos actuariales se muestra como una forma de abordar estos sesgos, principalmente a través de sistemas de apoyo a las decisiones clínicas basados en herramientas estadísticas y algoritmos de aprendizaje automático. Presentamos el Trier Treatment Navigator (TTN), un sistema de apoyo a las decisiones clínicas desarrollado en un programa universitario de formación basado en investigación. A través de un caso clínico mostramos cómo el TTN puede contribuir a una formulación de caso inicial y a sus adaptaciones dinámicas durante el tratamiento. Finalmente discutimos cómo la formulación de caso y la psicoterapia informada por datos están orientadas hacia un mismo objetivo: la personalización del tratamiento. Argumentamos que la formulación de caso y la psicoterapia informada por datos se enriquecen y retroalimentan la una a la otra.

Palabras clave: sistemas de apoyo a las decisiones clínicas, atención basada en la medición, monitorización sistemática de resultados, sistemas de retroalimentación, evidencia basada en la práctica

Psychotherapy case formulation (CF) constitutes a core skill taught by diverse training programmes from diverse theoretical orientations worldwide and a core competency recognised by different clinical psychology professional associations (British Psychological Society, 2011; Eells, 2022; Health & Care Professions Council, 2015; Johnstone & Dallos, 2014). CF corresponds to the process of giving sense and explaining a patient's presenting problem. From this explanation, the clinician derives the way of working with the patient (i.e., therapeutic strategies and techniques) to address the specific problem (Moggia, 2017). CF provides a psychological explanation of a patient's difficulties, constituting a process of ongoing collaborative sense-making of the patient's problems and experiences (Harper & Moss, 2003; Johnstone & Dallos, 2014). CF comprises developing hypotheses about the causes, precipitants, and maintaining influences of a patient's psychological, interpersonal and behavioural problems, as well as a plan to address these problems (Eells, 2022).

CF involves and guides the processes of clinical decision-making in psychotherapy. On the one hand, clinicians make decisions on how to formulate the case, which factors can be associated with the problem and require attention, which elements of the patient's story to consider, which variables to assess, etc. On the other hand, based on CF, clinicians make decisions to adapt the treatment according to the patient's individualised problem and characteristics. The treatment approach, modality, duration, strategy, and therapeutic techniques are some decisions clinicians must make.

Broadly speaking, clinical decision-making can be based on two general approaches: clinical judgment or actuarial methods. The first one represents an informal method based on heuristics and clinicians' intuition, which is informed by their knowledge, clinical experience and theoretical orientation. This approach presents high variability within (i.e., changes over time) and between therapists (Lutz et al., 2022b). Furthermore, research has documented the limits of clinical judgment, inference, and reasoning, showing the biases clinicians may have (e.g., overconfidence, hindsight bias, the representativeness and availability heuristics, confirmation bias, illusory correlation, neglecting base rates, "halo" and recency effects; Garb, 1998; Kahneman, 2013; Meehl, 1973; Stanovich, 2009). These biases can compromise the validity and reliability of CF (Eells, 2015).

The second approach corresponds to formal methods based on systematised decision rules or algorithms. In this regard, a technological development that has recently received considerable attention is clinical decision support systems (CDSS). CDSS are software aimed at improving healthcare delivery by enhancing clinical decisions with targeted clinical knowledge and patient information. They are designed to be direct aid to clinical decision-making, in which the characteristics of an individual patient are matched to a computerised clinical knowledge database, and patient-specific assessments or recommendations are then presented to the clinician for a decision (Sutton et al., 2020).

The current article addresses how CDSS can contribute to CF. On this

aim, we review the background under which CDSS in psychotherapy have been developed and the implications of applying these systems in clinical practice (i.e., data-informed psychotherapy; Lutz, 2022; Lutz & Schwartz, 2021; Lutz et al., 2022a). We present the Trier Treatment Navigator (TTN; Lutz et al., 2021b; Lutz et al., 2019), a CDSS developed in the context of the research-based clinical training programme of the University of Trier. A clinical case shows how the TTN can contribute to initial CF and its dynamic adaptation during treatment. Finally, we discuss the challenges of developing and implementing these systems, the issues that need to be considered and how clinicians should use the recommendations of the CDSS to inform their practice.

Data-Informed Psychotherapy and Case Formulation

As previously explained, therapists can present multiple biases that may undermine their clinical practice compromising their clinical effectiveness (e.g., the tendency to underestimate patients at risk of deterioration; Lambert et al., 2003). Measurement-based and data-informed psychotherapy has become a way to overcome these issues by fostering the use of actuarial methods. It consists of using technical augmentation to improve and personalise clinical practice. Modern technologies allow a high level of personalisation by complementing routine outcome monitoring (ROM) with the feedback of psychometric information to therapists (practice- and research-based tradition also known as practice-based research, patient-focused research, practice-oriented research, and practice-based evidence; (Barkham & Lambert, 2021; Castonguay et al., 2021; Lutz et al., 2021b). Rather than intuitively making decisions to treat patients, the goal of this way of practising psychotherapy is to use empirical data to tailor the treatment to the individual patient (Lutz et al., 2021a).

In recent years, using ROM to guide adaptive decision-making during ongoing treatment has developed into the more advanced concept of personalized mental health (Müller et al., 2018). Tailoring psychological or medical treatments to patients is often named personalized medicine or precision mental health (Bickman et al., 2016). This broad paradigm focuses on improving (mental) health by treating individuals based on empirical data and statistical predictions (Lutz et al., 2020). Nowadays, such endeavours have become more sophisticated, including new statistical tools and machine learning algorithms implemented in CDSS.

CDSS can aid decision-making at different points during treatment. For instance, before treatment begins, CDSS can assist therapists in CF by providing psychometric information about the patient, such as symptom burden or personality traits. Additionally, CDSS can estimate personalised predictions about the optimal treatment, treatment strategy or dropout risk, which can significantly improve CFs (Cohen & DeRubeis, 2018). During ongoing therapy, CDSS enable a continuous adaptation of CF and treatment. CDSS can identify patients at risk for treatment failure or dropout, allowing the therapist to prevent or minimize such risks. They can

also provide support in recognizing difficult therapy situations and identifying their causes. This is particularly helpful when the therapist cannot generate hypotheses about the origin of the difficult situation from the previous CF. In a further step, the CF can be adapted or supplemented. CDSS also provide the therapist with clues to relevant issues that have not yet come up in therapy or have only come up briefly. It may then also happen that the therapist realizes that the previous CF is inappropriate and should be adjusted or discarded. CDSS can support these difficult steps.

The Outpatient Psychotherapy Clinic of the University of Trier

The Outpatient Psychotherapy Clinic of the University of Trier offers psychotherapy services to the community, training and research in southwest Germany. The clinic follows the cognitive-behavioural therapy approach (CBT; e.g., Hayes & Hofmann, 2018). Nevertheless, the clinical training is not exclusively based on CBT because it promotes a non-restrictive view of therapeutic schools (Lutz, et al., in press). Thus, therapists learn about disorder-specific CBT manuals and protocols but also about general change principles (e.g., Eubanks & Goldfried, 2019; Grawe, 1997) and transtheoretical concepts and approaches (e.g., motivational interviewing; Miller & Rollnick, 2013). The therapies provided are not strictly manualized. Therapists can integrate various components (e.g., emotion-focused therapy, interpersonal or systemic interventions; Elliott, 2004; Frank & Levenson, 2011; Friedlander et al., 2021) and change principles (e.g., motivational clarification; Caspar, 2022; Grawe, 2002) to personalize their therapies to the patient's needs.

Patients referred to the clinic are welcomed in an intake interview. Afterwards, they are assessed with a battery of instruments which include the Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (SCID; Beesdo-Baum & Zaudig, 2019), symptom and outcome measures, questionnaires to assess personality traits, interpersonal style, attitudes toward therapy, among others.

Outcome data are routinely collected during treatment at the beginning of each session. At the end of the sessions, therapists and patients report their perceptions of the therapeutic alliance and the processes through which the therapeutic work was conducted. During treatment, therapists have access to the CDSS of our clinic, the Trier Treatment Navigator (TTN; Lutz et al., 2019). The TTN offers personalized clinical recommendations, helps monitor the process and provides clinical support tools (CSTs) for patients who are not improving as expected. At the beginning of their training, therapists learn how to use and integrate the TTN into their practice.

Furthermore, all therapy sessions are videotaped for supervision and research purposes. Treatments usually consist of weekly 50-minute sessions, and therapists attend supervision both in groups and individually by at least three different supervisors throughout their clinical training. Therapists are supervised every four sessions and are encouraged to use the video recordings of the sessions and the TTN tools in supervision.

The Trier Treatment Navigator and Case Formulation

The TTN is a comprehensive CDSS developed at the Outpatient Psychotherapy Clinic of the University of Trier. Using different statistical and machine learning algorithms, the TTN combines prediction and tailoring by integrating pre-treatment recommendations and a feedback system with CSTs. First, based on the patient's initial characteristics and a dataset of already treated patients, the TTN predicts the optimal treatment strategy (i.e., problem-solving, motivation-oriented or mixed) for the individual patient. Thus, the treatment strategy with the highest probability of obtaining a good treatment outcome is recommended. Additionally, the TTN estimates the patient dropout probability and offers the results of the psychometrical initial assessment. Based on this information, the therapist can work on an initial CF (Schaffrath et al., 2022).

Second, during treatment, the feedback system comprises an expected treatment response (i.e., predicted trajectory of progress for the patient) and a dynamic failure boundary informed by specific patient's pre-treatment features and the experienced change progress. When a patient is not progressing as expected, the TTN generates an alert signal, and CSTs are activated according to the assessment of critical areas that might hinder the change process (i.e., suicidality risk, motivation to change and therapy goals, therapeutic alliance, social support and critical life events, emotion- and self-regulation). When the alert of one of these areas is activated, the therapist can access the CSTs that guide how to address that particular area (e.g., a clinical guideline on how to work on motivation to change). With this information, the therapist can modify their initial CF by counting on information to dynamically adapt it during the ongoing treatment (Lutz & Schwartz, 2021; Lutz et al., 2022a).

Example of Data-Informed Case Formulation

The 48-year-old patient, Ms. Lux, registered for therapy at our clinic because she suffered from depressed mood, rumination, loss of interest in activities, social withdrawal and disturbed sleep. At intake, she lived in a house with her wife (43 years old, elementary school teacher), who had been trying to talk her into therapy for a long time. The patient worked as a fund manager in a nearby city, where she had to work six days a week and always felt a lot of pressure as she was the only woman among her colleagues and had to work hard to get the same recognition as her male colleagues. Additionally, her way to work took her two hours every day, so she someday started having dinner at the office to save time.

Before the COVID-19 pandemic, she played badminton twice a week but stopped when the gyms had to close and did not start again afterwards. She reported feeling overwhelmed, tired all the time and not wanting to "waste" her energy on social activities because her profession demanded all of her energy. Her wife tried to motivate her to go out and meet with friends, but the patient always found excuses related to work. She was dissatisfied with her weight as she had gained some kilograms due to the food delivered to her office and the lack of sports.

Everything got worse when her godchild moved to another city to go to university, whom she had met at least once a week and who was very close with her. Her wife had been worried about watching her mood change and losing interest in former pleasant activities. She suggested the patient see a therapist, but the patient was initially very reluctant, not wanting to waste time and energy. Her wife insisted, however, and eventually got her enrolled in therapy at our clinic.

Ms. Lux grew up as an only child of her parents. She had always been close to her mother, an elementary school teacher who was caring and affectionate. The patient reported that she often got frustrated with her mother because she was shy, introverted, and submissive towards her husband, which the patient could not bear. Her father, an accountant in a larger company, had always been distant but very proud of his daughter's achievements in school. He liked to talk about her good grades with other relatives and friends and gave her presents for her school reports if she reached a certain average grade.

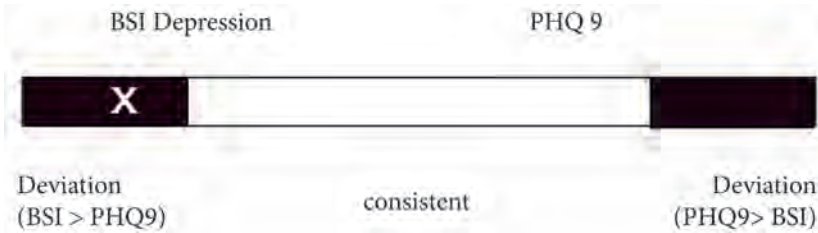
During school, she was very popular because she always helped her classmates with homework and learning for exams. However, at 17, she came out as homosexual and felt excluded by her peers after opening up. Thus, she was happy that her family accepted her and looked forward to leaving the town for her studies. At the university, in her fourth semester, she met her later wife at a party, and they soon became best friends. At that time, her wife was in a relationship with one of her classmates. During the next two years, as they grew closer, she realized that she felt attracted to Ms. Lux and ended the relationship with her boyfriend. They moved in together and stayed together from then, always supporting each other. Ms. Lux described her wife as loving and caring and reported that she was the only reason why she registered for therapy in the first place.

After the intake and diagnostic sessions, the TTN provided the therapist an overview of Ms. Lux's symptom severity. She reported a high overall score regarding physical and psychological symptoms in the *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; Franke, 2000)¹, with high levels of impairment in all subscales (e.g., somatization, insecurity, depression, obsession-compulsion). However, Ms. Lux reported only a low to moderate level of impairment on a depression-specific questionnaire, the *Patient Health Questionnaire - 9* (PHQ-9; Kroenke et al., 2001; Löwe et al., 2002)². Compared with all patients treated at the clinic, her symptom burden on the various scales was in the 35th (for the PHQ-9) to 85th (for the BSI) percentile. The TTN's coherency tool indicated this deviation of responses on the two questionnaires for depressive symptoms (BSI and PHQ-9; Figure 1a).

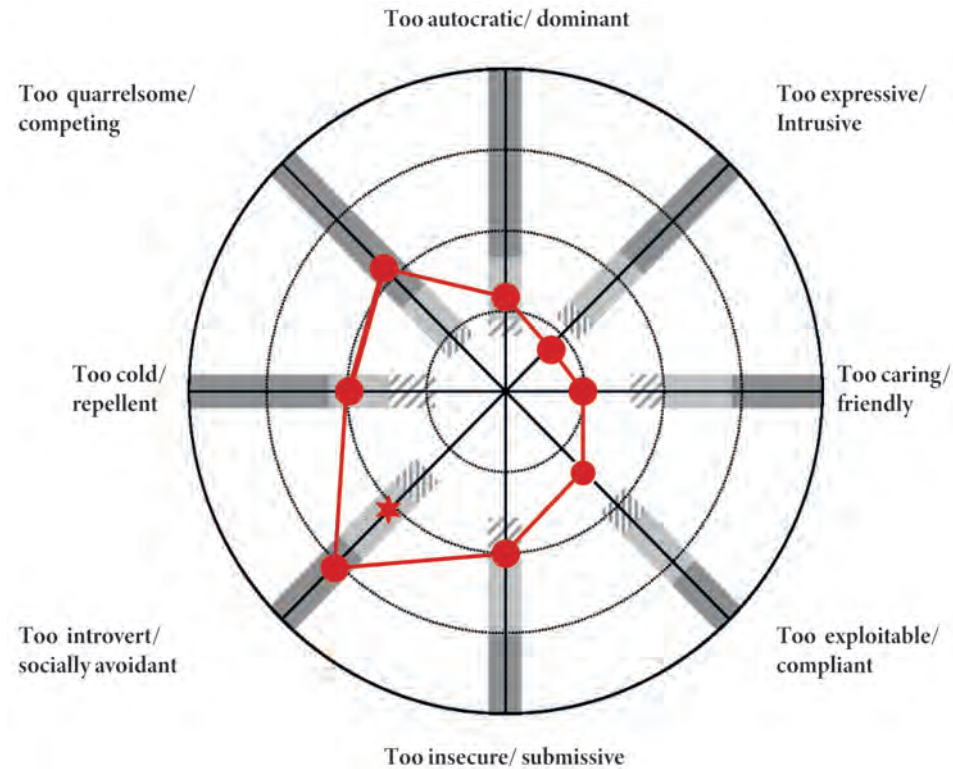
Ms. Lux's interpersonal styles were assessed with the *Inventory of Interpersonal Problems - 32* (IIP-32; Barkham et al., 1996; Thomas et al., 2011)³ and showed a strong tendency towards the submissive, distant side of the circumplex model, resulting in social avoidance and submissive behaviour (Figure 1b).

Figure 1
Coherence of Ms. Lux's Responses to Symptom Questionnaires and Interpersonal Styles (IIP-32)

a)



b)



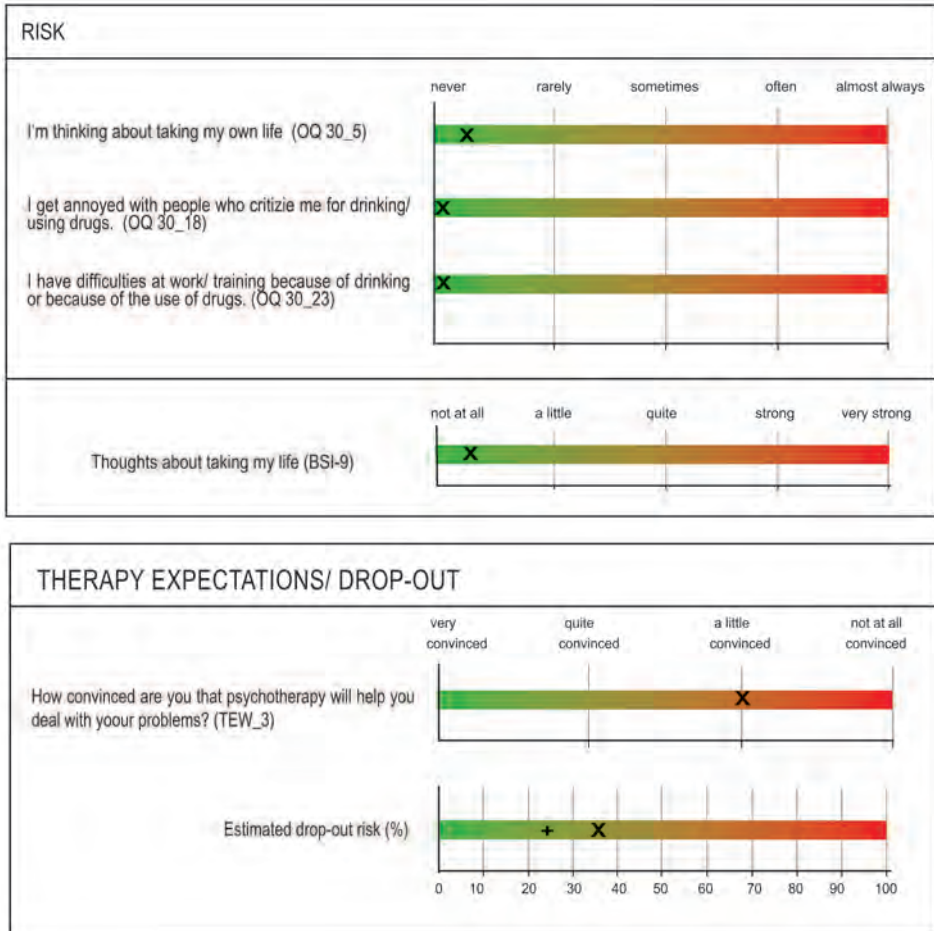
Note. Figure a) shows the extent to which the assessment is coherent on different instruments that assess the same construct (BSI and PHQ-9). In the middle area, the assessment is similar on both instruments. At the same time, a mark in the right and left marginal area indicates that one instrument was filled out significantly different than the other. Figure b) shows Ms. Lux's interpersonal styles.

Furthermore, the TTN calculated an individual dropout risk, which was higher than the average dropout rate in our clinic (Figure 2a). For the first ten sessions, the TTN recommended a motivation-oriented strategy (Figure 2b).

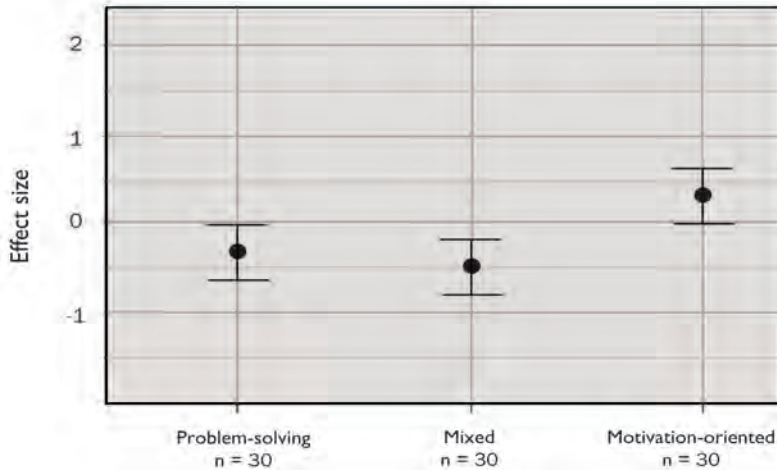
Figure 2

Ms. Lux's Pre-treatment Risk Factors and Recommendation for Treatment Strategies

a)



b)



Note. Figure a) shows Ms. Lux's risk of suicidality and her alcohol and drug consumption, as well as her therapy expectation and her individual drop-out (+ is the average dropout rate, X is Ms. Lux's dropout risk). Figure b) shows the treatment strategy recommendation for the first ten sessions, based on similar treated cases. Effect sizes are shown in Cohen's *d* of the particular treatment strategy. "*n*" indicates how many similar patients were used for calculating effect sizes in each treatment strategy.

Initial Case Formulation

Ms. Lux's therapist wrote a case formulation based on the information from the diagnostic phase and the TTN's recommendations: In her childhood, Ms. Lux was praised for her school achievements and was popular among her classmates for helping them with their homework. She learned that appreciation and social bonds could only be achieved through performance. This was reinforced by her father's striving for achievement and social prestige. As a result, her need for self-esteem was frustrated because she learned that "Others only accept me if I perform 120%." When she told her classmates that she was lesbian, she experienced exclusion by her peers, and her need for social bonds was frustrated. These hypotheses align with the socially avoidant and submissive interpersonal style depicted by the IIP-32. She also told her therapist that she was constantly struggling to keep up with her younger colleagues because she was afraid someone could realize that she did not give it 100%. This fits with the TTN's coherence tool, which shows a divergence of depressiveness in the BSI and PHQ-9. It seems that Ms. Lux is highly stressed but has difficulty recognising this due to her dysfunctional underlying assumption ("Others only accept me if I perform 120%.").

Following the initial conceptualisation and the TTN recommendations, the therapist planned to apply a motivation-oriented strategy because Ms. Lux's treatment expectancy and motivation to change seemed low. Additionally, the TTN indicated a higher than average drop-out risk, so the therapist planned on motivating

and convincing her by psycho-education about the rationale of therapy.

Concerning the submissive interpersonal style indicated by the IIP-32, the therapist planned to behave complementarily by taking a more dominant role at the beginning of therapy to establish a strong therapeutic alliance before giving back the responsibility to the patient. Because of the patient's high motive for achievement, the therapist planned to use positive reinforcement and praise her a lot, especially at the beginning of therapy.

Additionally, the therapist planned to develop a shared understanding of Ms. Lux's depressive symptoms and to decrease symptom intensity by resuming positive activities (e.g., badminton) and re-establish her social contacts. She should learn how to cope with rumination and start questioning dysfunctional beliefs about herself and her environment. In this context, Ms. Lux's high demands on herself should also be questioned. Ms. Lux should learn to listen to her body's signals (and limits) and that giving it "only 80%" is fine.

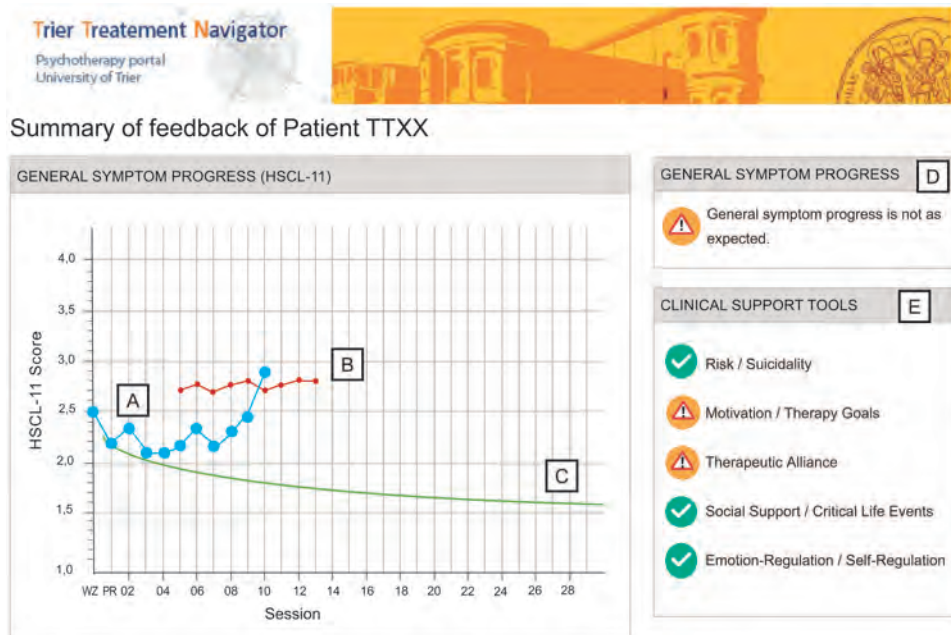
Treatment Process and Dynamic Case Formulation Adaptations

In the first few sessions, the therapist focused on strengthening Ms. Lux's treatment motivation and tried to raise her treatment expectations. He explained to her the therapy rationale and talked about the empirically proven effectiveness of psychotherapy. Together, they worked on Ms. Lux's therapy goals. She wished to learn how to relax to reduce her exhaustion and put less pressure on herself regarding work. The therapist experienced Ms. Lux as passive and submissive during this phase, with little action coming from her, which was in line with the interpersonal style indicated by the IIP-32. He decided to get her more involved in therapy by thinking about homework and planning positive activities. He wanted to give her the first sense of achievement to increase her motivation for therapy. He applied positive reinforcement strategies, but Ms. Lux often told him that she forgot to do the exercises during the week because she was too busy with work. The therapist praised her for her openness and tried working with her to understand why she prioritised her work over her well-being.

In session ten, Ms. Lux came to therapy in a very depressed mood. After filling out the assessment before the session, the TTN showed a warning signal that Ms. Lux's assessment rose above the risk value, which indicates an increased risk of deterioration. When the therapist asked her about it, she said she had gone to the medical doctor to get a sick note. At first, the therapist was very pleased that she had finally recognized and respected her boundary. However, he noticed that the patient became increasingly silent during the session and hardly answered his questions. When he tried to look at this development together with Ms. Lux from a meta-perspective, she said she was very tired and would prefer to go home and rest. The therapist told her that, on the one hand, he was happy to see her asking for her own needs, but on the other hand, he revealed to her that he felt something else might be behind her changed behaviour. However, Ms. Lux just waved it off

and repeated that she was tired. After the session, the therapist looked at the TTN and saw that her increased risk warning resulted from problematic developments in the domains of Motivation/Therapy Goals and Therapeutic Alliance (Figure 3).

Figure 3
Screenshot of Trier Treatment Navigator (TTN) Interface when the Threshold for Increased Risk of a Negative Development is Exceeded



Note. The blue line (A) indicates the actual symptom severity, the green line (B) represents the expected course of symptom severity, and the red line (C) represents the individual risk value. On the right hand side, the warning sign (D) and the domains relevant to the current problem are displayed (E). For this case, especially the domains “Motivation/ Therapy Goals” and “Therapeutic Alliance” seem to be affected. HSCL-11 = Hopkins Symptom Checklist-11; PR, pretreatment; WZ, waitlist.

At the next supervision session, the therapist brought up Ms. Lux behaviour and presented all of the information provided by the TTN. The therapist and his supervisor discussed how the first ten therapy sessions had been going and what kind of interpersonal pattern Ms. Lux had triggered in the therapist. He described that sometimes he felt like having to prove his competence to her as she was almost twice his age and that he had acted quite dominantly because of her submissive interpersonal style. However, a further inspection of the last measurement showed that Ms. Lux’s alliance ratings were low. The noticeable items were “I feel that the therapist understands me” and “I feel that I, as well as the therapist, are seriously pulling together.”

The Motivation/Therapy Goals CST initially provides theoretical input on therapy motivation. Additionally, the tool provides examples of therapeutic dialogues, suitable exercises and worksheets to work with in therapy. At first glance at the tool, the therapist could see that he had already implemented some of the exercises and worksheets with the patient. Furthermore, he determined that his therapeutic attitude largely corresponded to the appreciative, empathic, informative, reassuring, and equal one described in the tool. Nevertheless, the therapist realised that he may have been too dominant. He read in the CST that when there is scepticism about the usefulness or effectiveness of certain techniques or therapy as a whole, it can be helpful to present research findings. Still, it is important not to persuade the patient. The therapist realised, however, that he had fallen into a dominant and persuasive mode due to his fear of not appearing competent enough. Because of this and the low alliance ratings in the last measurement, he decided to focus on the CST for Therapeutic Alliance.

The tool for Therapeutic Alliance is structured like the tool for Motivation/Therapy Goals. First, there is general theoretical information on the therapeutic alliance, followed by subsections with therapeutic strategies, examples of therapeutic dialogues, exercises and worksheets. In the subsection on alliance ruptures, the therapist realised that they had experienced an alliance rupture in the last session with Ms. Lux, namely a ‘withdrawal from the therapist’ (Eubanks et al., 2022). In the tool, exploring the experience, exploring avoidance, and expressing desires are described as the next steps to resolve the alliance rupture. These explanations are supported by examples of therapeutic dialogues and videos. Based on these steps, the therapist planned the next session, in which he first wanted to address Ms. Lux’s experience on a meta-therapeutic communication level (Papayianni & Cooper, 2018), and then, as described in the tool, recognise his contribution to the interaction to strengthen her self-assertion.

In the next session, the therapist mentioned to the patient again about the last session and expressed his concern that he felt she might not be able to trust him. He also mentioned that he felt like being too dominant in the first sessions, explaining that he intended to give her hope and motivate her for therapy. He could see that Ms. Lux was very tense when he spoke to her and asked her what she was thinking about this topic. Reluctantly, Ms. Lux told him that she felt like a child whenever he was praising her or explaining something to her, which reminded her of her childhood.

When the therapist listened to her, she gained more confidence and told him that her male colleague, who was younger than her and had far less experience, had gotten a promotion that she had been working hard for and hoping to receive. She said she felt like “men always outperform me” and had no chance of advancing further if younger men outcompete her. This was the first time the therapist experienced Ms. Lux emotionally engaged; he paraphrased and emphasized her feelings to validate them. Furthermore, he asked her if she had felt the same in their

therapeutic relationship. Ms. Lux admitted that she hadn't trusted him to care about her problems because "Usually, men are only interested in their own business." She mentioned feeling "inferior," which was difficult for her to bear.

The therapist wanted to validate her and interjected that he would like to say that he is happy that she is showing her vulnerable side, but at the same time, wonders whether this might not also trigger a feeling of inferiority. Encouraged by the therapist's more reserved approach, Ms. Lux could take a moment to think and listen to herself before answering that their conversation now felt very different from interactions with her father. In the next sessions, the therapist took a more restrained approach and used a patient-centred interviewing style to give Ms. Lux space for her thoughts and feelings. In addition, he constantly applied meta-therapeutic communication to reflect on what was happening in the therapy and the associated feelings.

During therapy, there were some other episodes of alliance ruptures during which Ms. Lux withdrew from the conversation. Nevertheless, the therapist was always able to resolve them in the same session due to his increased sensitivity to alliance ruptures. Finally, Ms. Lux could verbalize when she felt she was not being taken seriously and no more alliance ruptures occurred. She also reduced her working hours, which made it possible for her to go to badminton again.

Discussion

We presented a novel way of practising CF using technology augmentation in the context of data-informed psychotherapy. Data-informed psychotherapy emerged as a way of practising psychotherapy with the aid of CDSS. CDSS use big data, statistical tools and machine algorithms to make clinical recommendations. These recommendations help the clinician personalise treatment according to the patient's characteristics and the progress they obtain during the ongoing therapy. In this sense, the term "informed" is preferred over "based" (i.e., data-based psychotherapy) because it is about informing and supporting clinical decision-making with empirical data, not about replacing clinicians' knowledge.

The aims of data-informed psychotherapy (i.e., personalising treatment at the individual level to ensure the highest probability of treatment success) are analogue to the aims of CF (i.e., personalise treatment based on a psychological understanding of the patient's problems). In this sense, both practices generate mutual synergies, with data-informed psychotherapy providing empirical quantitative support and CF providing a qualitative sense-making framework of the patient's issues and therapy rationale. Both practices inform and feedback to each other. The information provided by the CDSS can inform the clinician's initial CF after the initial assessment. During the ongoing therapy, the different tools provided to monitor treatment can continue informing CF in an ongoing dynamic process. At the same time, CF can provide an interpretative framework to understand the patient responses and the information provided by the CDSS.

As shown in Ms. Lux case, based on the clinical history, the psychometric information and the treatment recommendations provided by the TTN, the therapist was able to state a case formulation to understand Ms. Lux situation and guide the therapeutic process. At the same time, with the CF, the therapist could understand and give sense to some of the information revealed by the TTN (e.g., discrepancy between PHQ-9 and BSI depression subscale scores). Nevertheless, the initial relational style chosen by the therapist was counterproductive. The TTN reflected this situation with the feedback system and alert signals of critical areas. With the help of CSTs and the previous CF, the therapist was able to understand the situation, conceptualise it as an alliance rupture and repair it at the correct timing. By addressing the alliance rupture with meta-therapeutic communication, the therapist could understand Ms. Lux's experience more in-depth and enrich his CF. With these new understandings, the therapist could enact a different relational style and redirect the therapy to a good resolution.

Ms. Lux case showed how CF and the practice of data-informed psychotherapy can complement and enrich each other. Nevertheless, despite the current development of data-informed psychotherapy, little is known about the incremental benefit of psychometric psychological assessment on CF (Eells, 2022; Nelson-Gray, 2003). Research on the reliability of CF has shown mixed results (Flinn et al., 2015), being considered "modest at best" (Bieling & Kuyken, 2003, p. 52). The expert consensus is that CF reliability is compromised as clinicians move from descriptive to inferential levels (British Psychological Society, 2011). It is unclear whether problems in reliability are due to difficulties in the process, such as the use of heuristics or biases that affect clinical judgement (Dumont, 1993), or to methodological issues, such as the absence of information available to clinicians in routine practice (including the possibility of developing the formulation in collaboration with the patient). It is also unclear if a reliable and valid CF contributes to better treatment outcomes (Aston, 2009). Studies comparing outcomes of patients randomly assigned to manualised treatments or tailored therapy based on CF have not found significant differences between them (Emmelkamp et al., 1994; Jacobson et al., 1989; Schulte et al., 1992). However, there is some evidence that factors often included in CF act as moderators or mediators of the change process and treatment outcome (Persons & Hong, 2016). It is expectable that the practice of data-informed psychotherapy with CDSS contributes to addressing part of the issues on the reliability, validity and effectiveness of CF.

Beyond CF, it has been shown that practising data-informed psychotherapy with technological augmentation tools (i.e., CDSS, ROM and feedback systems, CSTs) contributes to better treatment outcomes (Cohen et al., 2021; de Jong et al., 2021; Delgado et al., 2018). For instance, in a prospective evaluation of the TTN, Lutz et al. (2021b) found that therapists who followed the recommended treatment strategies in the first 10 sessions obtained a differential effect size of Cohen's $d = .30$ compared to therapists that did not follow them. Nevertheless, more prospec-

tive studies are needed to evaluate the effectiveness of treatment recommendation algorithms and the practice of data-informed psychotherapy.

Integrating CDSS in clinical practice requires overcoming several challenges. First, big datasets with information on previously treated patients are required. In this sense, ROM in the context of a measurement-based practice needs to be implemented in psychotherapy services to collect routine data. Outcome measurement can be seen as an important and integral part of clinical practice, comparable to other areas in the health care system, where continuous monitoring of health indicators is common in routine practice (e.g., body temperature, blood pressure). In this sense, ROM forms the basis of modern data-informed psychotherapy (Lutz et al., 2022b). These data collection procedures are not passive tasks. ROM must be an integral part of clinical competence, practice, and training. In this way, clinicians can use the information provided by these tools with their patients to inform their CFs and decisions on empirical data from their practice.

Second, developing clinical recommendations based on statistical and machine learning algorithms requires the involvement of researchers (e.g., quantitative psychologists, data analysts) and clinicians. Clinicians know what kind of recommendations are useful for them based on the treatments they provide. In this sense, it is necessary to incorporate therapeutic processes and change mechanism measures into routine practice (e.g., Lutz et al., 2019; McAleavey et al., 2021; Miller et al., 2005; Moggia et al., 2021). With these kinds of measures, studying what processes and mechanisms are optimal for specific patients is possible. These measures allow knowing what therapists better provide certain change processes or mechanisms, contributing to developing algorithms recommending therapist-patient matches (Constantino et al., 2021).

Finally, therapists' training in using CDSS and creating a "feedback culture" at the service level are necessary elements for appropriately implementing these systems. Clinicians' behaviour and attitudes, perceived usefulness, and commitment to outcome measurement mediate the impact on the effectiveness of such tools in clinical practice (de Jong et al., 2021; Lutz et al., 2021b). Traditionally, psychotherapists have been reluctant about or even critical of implementing measures on a routine basis (Boswell et al., 2015; de Jong, 2016; Douglas et al., 2016). This contrasts with the patient perspective, from which outcome assessment is usually well-received (Lutz et al., 2021a). Several factors contribute to the hesitant reception of measurement in clinical practice. For instance, reluctance on the use of technical equipment, financial support, time disposal, apprehension about the ecological validity of measures (e.g., thinking that empirical findings do not reflect their everyday practice; Boswell et al., 2015; Gilbody et al., 2002), perceiving measurement as a way of control, or concerns about data security (de Jong & de Goede, 2015; Mütze et al., 2022). In this regard, appropriate training and institutional support (involving all stakeholders) are necessary for a correct implementation.

More recent developments in data-informed psychotherapy deal with tools

from e-mental health apps and intensive longitudinal assessments, which can also be used to create, improve and customize CF (Hehlmann et al., 2021). For instance, data from high-frequency measurements can be obtained via ecological momentary assessment (EMA). Technological devices such as smartphones and smartwatches allow the collection of real-time psychological, physiological, and behavioural variables in patients' daily lives. In this way, EMA represents an ecologically valid assessment procedure that can provide a reliable representation of intrapersonal processes that can be used for CF (Scholten et al., 2022).

To conclude, incorporating information technologies and developments from the “big data era” has come to psychotherapy to stay. As we have shown in this article, CF and data-informed psychotherapy are targeted to the same aim: personalising treatment according to individualised patient characteristics and needs. In this sense, the practice of data-informed psychotherapy and CF complement and enrich each other. It should be borne in mind that data-informed psychotherapy is not only counting on data but also knowing what to do with them and how to obtain insights from data. In this regard, CF is crucial because it establishes the framework under which the information provided by the technological augmentation tools makes sense. At the same time, data helps clinicians empirically inform CF. Thus, it is not about blindly trusting the data but using it to inform clinical practice and make empirically-based decisions to achieve the best treatment possible for each patient.

Notes:

- 1 The Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000; German translation of Derogatis & Melisaratos, 1983) is the brief form of the Symptom Checklist-90-R (SCL 90-R; Derogatis, 1994). It is a 53-item self-report symptom inventory for the evaluation of physical and psychological symptoms within the last week. The instrument covers nine dimensions: somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. The items are scored on a five-point Likert scale ranging from 0 (“not at all”) to 4 (“extremely”). The internal consistency of the German BSI has been reported on Cronbach's $\alpha = .92$ and retest-reliability of $r = .90$ (Franke 2000).
- 2 The Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) is a self-report questionnaire measuring depressive symptoms according to the diagnostic criteria of major depressive disorder of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000). It comprises nine items which are answered on a 4-point Likert Scale ranging from 0 (“not at all”) to 4 (“almost every day”). The German version shows good internal consistency with Cronbach's $\alpha = .88$ (Löwe et al., 2004).
- 3 The Inventory of Interpersonal Problems - 32 (IIP-32; Barkham et al., 1996) is the short version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz et al., 1988) aimed at assessing difficulties people experienced in their interpersonal relationships. The IIP-32 comprises 32 items which are answered on a five-point Likert scale ranging from 0 (“not at all”) to 4 (“extremely”) in response to the stem: “How much have you been distressed by this problem?” The IIP-32 covers eight interpersonal maladaptive styles according to Leary's circumplex interpersonal model (Leary, 1957): Too autocratic/dominant, too expressive/intrusive, too caring/friendly, too exploitable/compliant, too insecure/submissive, too introvert/socially avoidant, too cold/repellent, and too quarrelsome/competing. The German version was adapted by Thomas et al. (2011), showing solid psychometric properties.

References

- Aston, R. (2009). A literature review exploring the efficacy of case formulations in clinical practice. What are the themes and pertinent issues? *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(2), 63–74. <https://doi.org/10.1017/S1754470X09000178>
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the inventory of interpersonal problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21–35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
- Barkham, M., & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 135–189). Wiley.
- Beesdo-Baum, K., & Zaudig, M. (2019). *SCID-5-CV strukturiertes klinisches interview für DSM-5-störungen—klinische version: Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5 disorders—clinician bersion von Michael B. First, Janet BW. Williams, Rhonda S. Karg, Robert L. Spitzer* [SCID-5-CV Structured clinical interview for DSM-5 disorders - clinical version: German adaptation of the structured clinical interview for DSM-5 disorders - clinician version by Michael B. First, Janet BW. Williams, Rhonda S. Karg, Robert L. Spitzer]. Hogrefe.
- Bickman, L., Lyon, A. R., & Wolpert, M. (2016). Achieving precision mental health through effective assessment, monitoring, and feedback processes: Introduction to the special issue. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 271–276. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0718-5>
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52–69. <https://doi.org/10.1093/clipsy.10.1.52>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- British Psychological Society. (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation*. British Psychological Society.
- Caspar, F. (2022). Optimizing psychotherapy with plan analysis. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (3rd ed., pp. 209–258). Guilford Press.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Youn, S. J., & Page, A. (2021). Practice-based evidence—Findings from routine clinical settings. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 121–222). Wiley.
- Cohen, Z. D., Delgado, J., & DeRubeis, R. (2021). Personalized Treatment Approaches. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 673–704). Wiley.
- Cohen, Z. D., & DeRubeis, R. J. (2018). Treatment selection in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 209–236. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084746>
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Coyne, A. E., Swales, T. P., & Kraus, D. R. (2021). Effect of matching therapists to patients vs assignment as usual on adult psychotherapy outcomes: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 960. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1221>
- de Jong, K. (2016). Challenges in the implementation of measurement feedback systems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 467–470. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0697-y>
- de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 102002. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>
- de Jong, K., & de Goede, M. (2015). Why do some therapists not deal with outcome monitoring feedback? A feasibility study on the effect of regulatory focus and person–organization fit on attitude and outcome. *Psychotherapy Research*, 25(6), 661–668. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076198>
- Delgado, J., de Jong, K., Lucock, M., Lutz, W., Rubel, J., Gilbody, S., Ali, S., Aguirre, E., Appleton, M., Nevin, J., O'Hayon, H., Patel, U., Sainty, A., Spencer, P., & McMillan, D. (2018). Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression and anxiety: A multisite, open-label, cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 564–572. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30162-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30162-7)
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: symptom checklist-90-R: administration, scoring & procedures manual*. National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595–605. <https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>

- Douglas, S., Button, S., & Casey, S. E. (2016). Implementing for sustainability: Promoting use of a measurement feedback system for innovation and quality improvement. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0607-8>
- Dumont, F. (1993). Inferential heuristics in clinical problem formulation: Selective review of their strengths and weaknesses. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 196–205. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.196>
- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14667-000>
- Eells, T. D. (2022). History and current status of psychotherapy case formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (3rd ed., pp. 1–35). The Guildford Press.
- Elliott, R. (Ed.). (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change* (1st ed.). American Psychological Association.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., & Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(2), 95–100. <https://doi.org/10.1002/cpp.5640010206>
- Eubanks, C. F., & Goldfried, M. R. (2019). A principle-based approach to psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 88–104). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.003.0004>
- Eubanks, C. F., Samstag, L. W., & Muran, J. C. (2023). *Rupture and repair in psychotherapy: A critical process for change*. American Psychological Association.
- Flinn, L., Braham, L., & das Nair, R. (2015). How reliable are case formulations? A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 266–290. <https://doi.org/10.1111/bjc.12073>
- Frank, E., & Levenson, J. C. (2011). *Interpersonal psychotherapy* (1st ed.). American Psychological Association.
- Frank, G. H. (2000). *Brief symptom inventory (BSI) Deutsche version*. Beltz Test GmbH.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., & Diamond, G. D. (2021). Systemic and conjoint couple and family therapies: recent advances and future promise. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 539–582). Wiley.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. American Psychological Association.
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2002). Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures: National survey. *British Journal of Psychiatry*, 180(2), 101–103. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.101>
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331843>
- Grawe, K. (2002). *Psychological therapy*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Harper, D., & Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating ‘formulation’. *Clinical Psychology*, 23, 6–10.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Health & Care Professions Council. (2015). *Standards of proficiency – Practitioner psychologists*. Health & Care Professions Council.
- Hehlmann, M. I., Schwartz, B., Lutz, T., Gómez Penedo, J. M., Rubel, J. A., & Lutz, W. (2021). The use of digitally assessed stress levels to model change processes in CBT - A feasibility study on seven case examples. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 613085. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.613085>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885–892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- Jacobson, N. S., Schmalings, K. B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J. L., Wood, L. F., & Follette, V. M. (1989). Research-structured vs clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 27(2), 173–180. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90076-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90076-4)
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2014). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd ed.). Routledge.
- Kahneman, D. (2013). *Thinking, fast and slow* (1st ed.). Farrar, Straus, and Giroux.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(3), 288–301. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg025>
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. Ronald.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., & Herzog, W. (2002). *PRIME MD Patient Health Questionnaire (PHQ)—German version manual and materials* (2nd ed.). Pfizer.
- Lutz, W. (2022). Data-Informed Advances and Technology Augmentation. *Cognitive and Behavioral Practice, 29*(3), 591–597. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.008>
- Lutz, W., de Jong, K. I., Rubel, J. A., & Delgado, J. (2021a). Measuring, Predicting, and Tracking Change in Psychotherapy. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 89–134). Wiley.
- Lutz, W., Deisenhofer, A.-K., Rubel, J., Bennemann, B., Giesemann, J., Poster, K., & Schwartz, B. (2021b). Prospective evaluation of a clinical decision support system in psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 90*(1), 90–106. <https://doi.org/10.1037/ccp0000642>
- Lutz, W., Deisenhofer, A.-K., Weinmann-Lutz, B., & Barkham, M. (in press). Data-informed Clinical Training and Practice. In L. G. Castonguay, & C. E. Hill (Eds.), *Training in psychotherapy: Learning, improving, and supervising therapeutic skills*. American Psychological Association.
- Lutz, W., Rubel, J. A., Schwartz, B., Schilling, V., & Deisenhofer, A.-K. (2019). Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behaviour Research and Therapy, 120*, 103438. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103438>
- Lutz, W., Rubel, J., Deisenhofer, A., & Moggia, D. (2022a). Continuous outcome measurement in modern data-informed psychotherapies. *World Psychiatry, 21*(2), 215–216. <https://doi.org/10.1002/wps.20988>
- Lutz, W., & Schwartz, B. (2021). Trans-theoretical clinical models and the implementation of precision mental health care. *World Psychiatry, 20*(3), 380–381. <https://doi.org/10.1002/wps.20888>
- Lutz, W., Schwartz, B., & Delgado, J. (2022b). Measurement-Based and Data-Informed Psychological Therapy. *Annual Review of Clinical Psychology, 18*(1), annurev-clinpsy-071720-014821. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071720-014821>
- Lutz, W., Schwartz, B., Martín Gómez Penedo, J., Boyle, K., & Deisenhofer, A.-K. (2020). Working Towards the Development and Implementation of Precision Mental Healthcare: An Example. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 47*(5), 856–861. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01053-y>
- McAleavey, A. A., Nordberg, S. S., & Moltu, C. (2021). Initial quantitative development of the Norse Feedback system: A novel clinical feedback system for routine mental healthcare. *Quality of Life Research, 30*(11), 3097–3115. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02825-1>
- Meehl, P. E. (1973). Why I do not attend case conferences. In P. E. Meehl (Ed.), *Psychodiagnosis: Selected Papers* (pp. 225–302). University of Minneapolis Press.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 199–208. <https://doi.org/10.1002/jclp.20111>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Moggia, D. (2017). El modelo constructivista integrativo: Una nueva propuesta [The constructivist integrative model: A new proposal]. *Revista de Psicoterapia, 28*(108), 125–147. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.205>
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D., & Feixas, G. (2021). Psychometric properties of the session rating scale 3.0 in a Spanish clinical sample. *British Journal of Guidance & Counselling, 49*(5), 648–659. <https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1778635>
- Müller, V. N. L. S., Boyle, K., Zimmerman, D., Weinmann-Lutz, B., Rubel, J. A., & Lutz, W. (2018). What is individually tailored mental health care? *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 27*(2), 157–169.
- Mütze, K., Withöft, M., Lutz, W., & Bräscher, A.-K. (2022). Matching research and practice: Prediction of individual patient progress and dropout risk for basic routine outcome monitoring. *Psychotherapy Research, 32*(3), 358–371. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1930244>
- Nelson-Gray, R. O. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment, 15*(4), 521–531. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.4.521>
- Papayianni, F., & Cooper, M. (2018). Metatherapeutic communication: An exploratory analysis of therapist-reported moments of dialogue regarding the nature of the therapeutic work. *British Journal of Guidance & Counselling, 46*(2), 173–184. <https://doi.org/10.1080/03069885.2017.1305098>
- Persons, J. B., & Hong, J. J. (2016). Case formulation and the outcome of cognitive behavior therapy. In N. Tarrier, & J. Johnson (Eds.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy* (2nd ed., pp. 14–37). Routledge.

- Schaffrath, J., Weinmann-Lutz, B., & Lutz, W. (2022). The trier treatment navigator (TTN) in action: Clinical case study on data-informed psychological therapy. *Journal of Clinical Psychology, 78*(10), 2016–2028. <https://doi.org/10.1002/jclp.23362>
- Scholten, S., Lischetzke, T., & Glombiewski, J. A. (2022). Integrating theory-based and data-driven methods to case conceptualization: A functional analysis approach with ecological momentary assessment. *Psychotherapy Research, 32*(1), 52–64. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1916639>
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G., & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 14*(2), 67–92. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(92\)90001-5](https://doi.org/10.1016/0146-6402(92)90001-5)
- Stanovich, K. E. (2009). *What intelligence tests miss: The psychology of rational thought*. Yale Univ. Press.
- Sutton, R. T., Pincock, D., Baumgart, D. C., Sadowski, D. C., Fedorak, R. N., & Kroeker, K. I. (2020). An overview of clinical decision support systems: Benefits, risks, and strategies for success. *Npj Digital Medicine, 3*(1), 17. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0221-y>
- Thomas, A., Brähler, E., & Strauß, B. (2011). IIP-32: Entwicklung, validierung und normierung einer kurzform des inventars zur erfassung interpersonalener probleme [IP-32: Development, validation and standardization of a short form of the inventory for recording interpersonal problems]. *Diagnostica, 57*(2), 68–83. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000034>

INNOVATIVE MOMENTS AND CASE FORMULATION: FINDING RESOURCES AT THE ONSET OF THE THERAPY

MOMENTOS INNOVADORES Y FORMULACIÓN DE CASOS: ENCONTRANDO RECURSOS AL INICIO DE LA TERAPIA

Carina Magalhães¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6608-8015>

Patrícia Pinheiro²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9761-8995>

Miguel Gonçalves¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2575-7221>

Jéssica Silva¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1650-5463>

¹ CIPsi - Psychology Research Centre, School of Psychology, University of Minho, Portugal

² Department of Social Science and Behavior, University Institute of Maia – ISMAI, Portugal

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Magalhães, C., Pinheiro, P., Silva, J., & Gonçalves, M. M. (2022). Innovative moments and case formulation: Finding resources at the onset of the therapy. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 173-190. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35947>

Note:

This study was conducted at the Psychology Research Centre (PSI/01662), School of Psychology, University of Minho, and supported by the Portuguese Foundation for Science and Technology and the Portuguese Ministry of Science, Technology and Higher Education (UID/PSI/01662/2019), through national funds (PIDDAC). Carina Magalhães was also supported by the Portuguese Foundation for Science and Technology and the Portuguese Ministry of Science, Technology and Higher Education, and the European Social Fund (FSE) via the doctoral grant (SFRH/BD/136163/2018). The named authors have no conflict of interest, financial or otherwise.

Received: September 30, 2022. Accepted: October 13, 2022.

Correspondence:

E-mail: id8226@alunos.uminho

Postal address: Carina Magalhães, Psychology Research Centre (CIPsi) of the School of Psychology of the University of Minho, Campus de Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal

© 2022 Revista de Psicoterapia



Abstract

At the beginning of the therapeutic process, clients frequently feel immersed in their problems, and demoralized, with a negative perspective of different areas of their lives. The clients' discourse is specially focused on difficulties and previous ineffective attempts to overcome their problems. Even though positive aspects of the clients' life continue to exist, such as resources and strengths, they have little visibility in the clients' speech and, consequently, in the therapist's assessment and intervention planning. Moreover, most psychotherapy models emphasize a focus on the deficits of the clients, centered on the correction of difficulties as a way to achieve mental health. In this context, we highlight the importance of integrating resources and strengths of the clients' life in case assessment, clinical formulation, and treatment planning. This information can be collected in the assessment phase, but in order to make it explicit the relevance of this information we created a protocol designed for this purpose (Feedback Initiated Narrative Development Protocol [FIND]). The first component of FIND invites clients to reflect on aspects beyond their problem like their personal strengths, significant values, positive autobiographical episodes, and useful strategies that have been adopted in the past. This interview was largely influenced by narrative therapy and innovative moments research, and it provides information regarding clients' resources that may be useful to psychotherapists from different approaches. In this paper, we presented a clinical case formulation considering resources evaluated with the FIND protocol.

Keywords: resources, FIND protocol, innovative moments, case formulation

Resumen

Al inicio del proceso terapéutico, los clientes frecuentemente se sienten inmersos en sus problemas y desmoralizados, con una perspectiva negativa de diferentes áreas de su vida. El discurso de los clientes se centra especialmente en las dificultades e intentos previos ineficaces para superar sus problemas. Si bien siguen existiendo aspectos positivos de la vida de los clientes, como los recursos y las fortalezas, tienen poca visibilidad en el discurso de los clientes y, en consecuencia, en la evaluación y planificación de la intervención del terapeuta. Además, la mayoría de los modelos de psicoterapia enfatizan un enfoque en los déficits de los clientes, centrados en la corrección de las dificultades como una forma de lograr la salud mental. En este contexto, destacamos la importancia de integrar los recursos y las fortalezas de la vida de los clientes en la evaluación del caso, la formulación clínica y la planificación del tratamiento. Esta información se puede recopilar en la fase de evaluación, pero para hacer explícita la relevancia de esta información creamos un protocolo diseñado para este propósito (Feedback Initiated Narrative Development Protocol [FIND]). El primer componente de FIND invita a los clientes a reflexionar sobre aspectos más allá de su problema, como sus fortalezas personales, valores significativos, episodios autobiográficos positivos y estrategias útiles que han adoptado en el pasado. Esta entrevista estuvo influenciada en gran medida por la terapia narrativa y la investigación de momentos innovadores, y brinda información sobre los recursos de los clientes que pueden ser útiles para los psicoterapeutas desde diferentes enfoques. En este trabajo presentamos la formulación de un caso clínico considerando recursos evaluados con el protocolo FIND.

Palabras clave: recursos, protocolo FIND, momentos innovadores, formulación de casos

At the onset of therapy, clients usually feel powerless and “demoralized” (Frank, 1961; 1973; Frank & Frank, 1991). Even though some aspects of the clients’ lives continue to generate positive feelings and well-being, and clients’ resources that might help them to improve and cope with the difficulties, they are frequently neglected. Not only the clients’ discourse is usually focused on the problem (White & Epston, 1990) but therapists are also mostly focused on their clients’ difficulties. Consistently, clinical tools to support therapists’ assessment at the onset of therapy are mostly focused on problems. However, this focus on the problematic behaviours and meanings may compromise the clients’ involvement in psychotherapy and the therapeutic outcome (Flückiger et al., 2009), as it may contribute to further demoralizing the clients. Accounting for clients’ resources from the onset of therapy may be crucial to psychotherapy, since they may have a protective effect in mitigating clients’ difficulties (Kuyken et al., 2009). Considering this, we aim to illustrate: (1) how clients’ resources can be assessed using a protocol centered on resource elicitation and (2) how such resources can be integrated into the formulation of a clinical case, contributing to the understanding, and designing of the intervention plan.

Activation of Clients’ Resources in Psychotherapy

The clients’ resources (sometimes called strengths) have been proposed as an important mechanism of change in psychotherapy research (Grawe, 1997), being strategically addressed and prompted in therapeutic approaches such as well-being therapy (Fava & Ruini, 2003), positive clinical psychology (Wood & Tarrier, 2010), and positive psychotherapy (Seligman et al., 2006). Some studies (e.g., Flückiger & Wüsten, 2008) have shown that therapeutic attention to clients’ personal resources has a positive impact on therapeutic efficacy and improves self-esteem, well-being, and coping skills (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Mobilizing clients’ awareness of usually neglected aspects of themselves, outside of the problematic pattern, clients became more proactive in using such personal resources to promote therapeutic change (De Shazer, 1988; Fluckiger et al., 2009; Gassmann & Grawe, 2006; White & Epston, 1990).

When compared with interventions focused on deficits compensation (i.e. interventions that center on correction of patients’ problems or deficits, see Cheavens et al. 2012), the ones focused on resources activation (i.e. interventions that center on change from the perspective of the competencies of the patients, see Cheavens et al. 2012) seem to have higher efficacy in both anxiety and mood disorders (for a review see Munder et al., 2019). Congruently, positive psychology interventions presented beneficial effects on mental health in non-clinical populations (e.g., Bolier et al., 2013) and on clinical disorders (Carr et al., 2020). In this sense, resource activation seems to have an important role in therapeutic success, not only to reduce symptoms but also to increase well-being.

Despite the empirical support for resource activation and compensation

approaches, we propose here that one way of translating these findings to practice is via case formulation that integrates these positive, and often unvalued, facets.

Case Formulation

Although there are several case formulation formats and structures, organized according to different theoretical backgrounds, we depart from an integrative definition - “Psychotherapy case formulation is a process for developing a hypothesis about, and a plan to address, the causes, precipitants, and maintaining influences of a person’s psychological, interpersonal, and behavioral problems in the context of that individual’s culture and environment” (Eells, 2015, p. 16). Case formulation has a central role in psychotherapy planning and treatment (Eells, 2022), in which the clinician raises various explanatory hypotheses for why the client has developed specific difficulties at that moment. It is an important tool to support the therapist to develop greater empathy (Elliott et al., 2018), predicting possible ruptures in the therapeutic alliance (Eubanks et al., 2018), and customizing the intervention plan according to the client’s needs (Eells, 2022; Kramer, 2019).

Differently from other case formulation approaches, in the framework of the cognitive-behavioral therapy (CBT) approach, the 5 P’s model, developed by Macneil et al. (2012), encompasses the integration of protective factors. According to this model five elements may be considered in case formulation, specifically: Problems – a detailed description of the client’s difficulties, that go beyond diagnostic classification; predisposing factors – vulnerabilities based on biological or genetic factors, environmental factors such as pathogenic learning history, early childhood traumas, socio-cultural influences, and psychological or personality factors; precipitating factors – significant events related to the onset of difficulties; perpetuating factors - factors sustaining main difficulties, such as behavioral patterns (e.g., avoidance), cognitive patterns (e.g., attention bias), or biological patterns (e.g., insomnia); and, finally, protective factors – resources or strengths that can attenuate the impact of difficulties, promoting the psychotherapeutic change. Despite this attention to protective factors, clinicians may be heavily drawn to the problematic side of clients’ experiences, as the pressure, also from the client, is on transforming difficult experiences. Moreover, there are few clinical instruments that allow a systematic evaluation of a client’s resources, which can make it more difficult to integrate resources into the case formulation.

In this context, collecting information regarding clients’ resources at the onset of therapy is critical to inform the case formulation. In the current article, we discuss the use of a protocol (FIND, Gonçalves et al., 2021) to inform a model of case formulation that easily fits the 5 P’s model in the framework of CBT.

FIND Protocol

The FIND protocol is composed of three interviews across the treatment processes: pre-therapy resources interview (FIND 1 – an interview developed to identify

resources and prompting innovative moments [IMs] at the onset of therapy); FIND 2 in which IMs that occurred at session 4 are identified; and FIND 3, which is an interview that takes place after the final therapy session, inviting the clients to reflect on the role of the resources in the treatment and invite them to write a message to oneself in the future when difficulties occur (for the full protocol see Gonçalves et al., 2021). For each of these components a therapeutic letter that summarizes the interviews is constructed and delivered to the therapists and clients.

In this paper, we will focus on the first part of the protocol – the pre-therapy interview – FIND 1 resources interview (hereafter just FIND). This interview explores 5 different dimensions: aspects of the clients' life that are “beyond” the problem (based on the narrative approach, the client is not the problem, the problem is the problem; White & Epston, 1990); resources or competences; values; successful changes in previous challenging periods, and changes anticipated in the future.

This protocol was designed to explore aspects of the clients' life that are beyond their problems, namely their resources, dreams, desires, and values, aiming to prime resources and IMs, i.e., moments of exception, outside the influence of the problematic narrative. This protocol is strongly influenced by narrative therapy (White & Epston, 1990) and by the research line on IMs (Gonçalves et al., 2011; Gonçalves et al., 2017), and through it we aim to counterbalance the negative bias and facilitate change, recruiting activation of resources and competencies. Clients are invited to narratively elaborate relevant episodes and skills and reflect on the processes involved in them (e.g., *These characteristics of yours are likely to seem natural and spontaneous, but I would like you to reflect on how is it that you made them occur in you and in your life*, see also White, 2007 for this line of questioning). Moreover, the therapist has access to positive information from the client's life, hardly accessible at such an early stage of the therapeutic process.

Aims

In this present article, we aim to illustrate a clinical case formulation considering the clients' personal resources assessed using the FIND interview (see Gonçalves et al., 2021). Specifically, we present a case formulation from a CBT approach, using the 5P's model, with the integration of resources and IMs informed by the FIND interview.

Method

Clinical Case and Selection Procedures

The case was selected from the sample of a clinical trial comparing treatment as usual (TAU) plus the FIND protocol with TAU (trial registered at OSF Platform¹) running at one university's clinic in the north of Portugal (to be insert after the review process). The inclusion criteria for the clinical trial were: being over 18 years old); suffering from an emotional disorder as the primary diagnosis, and consenting to

participate in the trial and to have the sessions recorded on video. After the intake assessment, clients were randomized to treatment conditions and allocated to one of the intervention groups. The case used in this study was selected by convenience, being the first case to be concluded in the experimental group. The case was diagnosed with agoraphobia based on the diagnostic interview for anxiety, mood, and obsessive-compulsive disorder, and related neuropsychiatric disorders (DIAMOND, Tolin et al., 2016). Lilian (fictional name, with other additional changes to avoid the identification of the client) was a 35-year-old Portuguese single female, working as a social worker. She had been in a romantic relationship for about 5 years. The client had complaints related to “anxiety problems”, namely experiences of fear in everyday situations, and fear of being alone. The crowded places from where an exit was perceived as difficult, or embarrassing, prompted high levels of anxiety. Lilian reported symptoms such as muscle tension, a “lump in the throat”, intense crying, head pressure, and dizziness. She experienced difficulties in performing daily activities, such as going to the supermarket or to the gym and being involved in social activities.

Therapy

Treatment followed Barlow’s transdiagnostic model - unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders (UP; Barlow et al., 2011). It is a flexible CBT protocol, consisting of a minimum of 16 and a maximum of 20 weekly sessions, designed to develop adaptative emotional regulation strategies. This protocol encompassed eight different modules, namely: M1 - motivation enhancement for treatment engagement; M2 - psychoeducation and tracking of emotional experiences; M3 - emotion awareness training; M4 - cognitive appraisal and reappraisal; M5 - emotion avoidance and emotion-driven behaviors (EDBs); M6 - awareness and tolerance of physical sensations; M7 - interoceptive and situation-based emotion exposures; and M8 - relapse prevention (Barlow et al., 2011). Lilian completed all treatment modules and received 16 weekly sessions.

Therapists and Researcher

The client was followed in co-therapy (as this case was collected in a university clinic setting): a female therapist with 15 years of clinical experience and a Ph.D. degree in Psychology (main therapist), and an intern male master’s student in Psychology. Both therapists were weekly supervised by senior therapists with expertise in CBT and the UP protocol. The researcher who performed the FIND interview was a female master’s student.

Data Collection

After the intake assessment, the client was allocated to condition 1 (FIND + UP). The FIND interview was conducted by an external interviewer before the first intervention session. Lilian’s FIND interview had a duration of 45 minutes

and 7 seconds. The information obtained by the interviewer was summarized in a therapeutic letter and delivered to the client and therapist at session 1 – where the therapeutic goals were discussed. The client was invited to read the letter and to point out what she considered more important to the therapy.

Below is a piece of that letter:

Hi Lilian,

In the session when we did the interview that aimed at exploring the aspects of yourself that are beyond the problems that brought you to therapy, it was possible to get to know you better. Beyond the difficulties, you are a sociable person who is able to establish good relationships with others. This ability is reflected in your daily life, through the various friendships you maintain and appreciate, and through your participation in various social activities that involve interacting with others, such as volunteering for a social solidarity association.

Furthermore, Lilian, you are a fighter, who is not afraid of new challenges, accepting them and trying to overcome them. For example, when you started working far away from home, in an area that you dreamed – oncology - you were able to face the challenge and realize that, besides being capable, you loved your work.

The support of your family, boyfriend, and friends plays an essential role in your life. In addition, your desire to fight and to overcome your problems, has also been crucial in these moments. Although the support of others is important, you recognize the active role you have in your change process, saying “I have to be the person who overcomes this, not others”. In this way, you try to motivate yourself to face your problems, as you have done at other times in the past. For example, after the end of a 7-year relationship, you managed to take a step towards valuing yourself more and improving your self-esteem.”

Values such as respect, humility, sincerity, and friendship have been essential throughout your life, helping you to develop good relationships with others. When you look to the future, you see yourself as someone who maintains these values, knowing what is most important to you. Moreover, you want to be a mother, to feel happy, to be stable and without the fears that you currently have. Imagining yourself closer to this moment, it may be helpful to remember what the Lilian of the future had to say to you: “You did it! It was worth it! You were strong, it was an important time for you. You weren’t afraid and you sought the help you needed”.

Reaction From the Client After the Therapeutic Letter

After reading the letter, Lilian reiterated the fact that she saw herself as a fighter and capable of facing the current situation:

It’s something that I really want... that’s what I said in the interview... I’m the

one who must fight and try my best to make things better, I can't wait for tomorrow. I know this fight is mine, if I don't put myself to the test, I know I won't get over it.

Content Analysis

Content analysis of the FIND interview enabled the elaboration of seven subcategories based on the client's speech: personal characteristics and skills, activities and interests, interpersonal relationships, significant experiences, values, future projects and preparation for change (see Table 1). These categories resulted from a content analysis performed by 2 independent coders with an agreement of 95% and 0,95 Cohen's kappa value.

Table 1

A brief Description of the Identified Resour

Agentic Resources	Examples
a. Client's positive attributes or abilities.	Being sociable, being a fighter, being cheerful, being strong.
b. Functional areas promoting her well-being.	Church, sports, socializing, listening to music, professional occupation
c. Supportive relationships.	Family, friends, colleagues, love relationship
d. Episodes that resulted in important life learnings.	Health problems, childhood experiences with grandparents, and episodes in her work with cancer patients.
e. Client's values.	Respect, humility, truth, friendship
f. Life goals	Being a mother, a housewife
g. Involvement and positive expectations regarding the therapeutic process outcome.	To acquire adaptive strategies to deal with anxiety, involvement, and motivation regarding the process.

CBT Formulation According to 5 P's Model: Informed by the FIND Interview

We will now take a more detailed look at Lilian's case formulation using the 5 P's model (problems, predisposing, precipitating, perpetuating, protective factors), which illustrates both the difficulties and resources of Lilian's case. Besides resources' identification, we will present suggestions on the use of resources in therapeutic process.

Problem

Lilian presented high levels of anxious symptomatology in places from which she anticipated it could be difficult to leave - supermarkets, shopping malls, restaurants, coffee shops. As physical symptoms, she reported pressure in her neck, which caused a feeling of shortness of breath, tachycardia, dizziness, and tremors/lack of energy in the legs, besides the persistent muscle tension in the cervical area. Lilian reported she avoided the places she associated with the anxiety symptoms and when she faced such places, she experienced intense suffering ("going to the

supermarket or standing in a line with a lot of people is very difficult”). Moreover, she couldn’t be alone fearing feeling anxious and not having someone with her who could help her (“To come to the appointment today I told my mother to keep the phone in her hand so she would be available if I needed”). The client also stopped doing volunteer work at an association, participating in social activities, and going out with friends to places which she anticipated being crowded (e.g., restaurants, coffees). She reported feeling sad for “not being the person she was”, for not feeling comfortable going out, and, as such, not being able to go out with her boyfriend. The client was on medical leave, and she was worried about how she could return to work, and how she could be able to make the trips by car to the workplace since she had to do them alone.

Predisposing Factors

The client grew up living with her parents, elder sister, and maternal grandmother. There was a family history of anxiety and depression problems (her mother had depression and her elder sister had an anxiety disorder). Although the family had been described as present and very attentive to instrumental needs, there was a focus on ensuring financial security and little space to express emotions, especially in childhood and adolescence. The client felt she had to face all the difficulties alone so as not to cause additional problems and from an early age she assumed the role of caregiver. During her adolescence, the client took care of her grandmother who had a severe health problem (“I slept with her, in case she needed something”).

Precipitating Factors

Three months after being vaccinated against the flu, Lilian felt a lot of tension in her chest and a tingling sensation in her left arm. After medical evaluation, Lilian made a magnetic resonance. The client was diagnosed with myopericarditis and was hospitalized. In addition to all the discomfort she had felt during the magnetic resonance imaging (“I felt completely claustrophobic”), the client reported that she became even more anxious after the diagnosis and the fact that she had to be hospitalized. After a 5-day hospitalization, she left the hospital and went with her boyfriend to a shopping mall for dinner, where she began to feel dizzy and had a fainting sensation. The client reported that since then she has been living with her parents (she previously lived alone) and when she needed to leave the house (e.g., to go to a mall, to a restaurant, to the hospital, or go out with friends) she became extremely anxious.

Perpetuating Factors

Since the episode on the shopping mall, the client started monitoring her physical sensations and interpreting them as dangerous (catastrophizing) – (“I am going to lose control”). Moreover, she avoided situations in which she anticipated that she could feel anxious (places where the exit was difficult or embarrassing).

Even the social activities that were previously enjoyable for the client (volunteering, going out with friends). It was very difficult for the client to tolerate negative emotions and sensations and to feel vulnerable. When she faced these situations, she used to go with her boyfriend or family to ensure that she would have help available in case she felt anxious. Moreover, she felt high levels of anticipatory anxiety when she had to leave her parents' home, anticipating physical symptoms and fearing losing control. She avoided being alone at home or going on car trips alone and always had the phone close to her. The client desired to suppress her negative emotions and sensations.

Protective Factors

In the FIND interview, Lilian presented a very positive view of herself, with a central focus on the themes "I'm strong and a fighter", identified as positive characteristics and competencies. At the same time, the client pointed out interpersonal relationships as supportive and helpful in her life, particularly in this difficult moment – "my family and my boyfriend are always present". She was able to describe memory episodes from her past in which she overcame and grew with challenging life circumstances. For example, Lilian pointed out her medical hospitalization: "Something negative that happened to me brought me another way of facing problems; it has already happened to me, I have gained more strength to face these kinds of things, if I had to be hospitalized again it would no longer be new and I could face it in another way". Lilian also described several activities and interests that have been important to her and to her well-being. These activities were linked to the community and represent her identity as "social, active and dynamic". She was involved in a social association and religious activities and belonged to a cultural group, before the beginning of the difficulties.

Regarding the psychotherapeutic process, Lilian showed positive expectations - "I want a change because change is not always negative" as well as realistic expectations of the process as being gradual. Becoming a mother in the future and reducing her anxiety were identified as important goals to achieve.

Resource Perspective

Despite being a manualized treatment (UP; Barlow et al., 2011) highly centred on emotion regulation difficulties and acquisition of new skills (e.g., elimination of avoidance behaviours, and cognitive re-structuring) it is possible to take advantage of the information collected through the FIND interview.

The client recognized different positive aspects of herself (e.g., being sociable, being a fighter), even when she was dealing with several difficulties. Keeping in mind all these aspects from the beginning of the process may allow meaning and process exploration. That is, the therapist can use these aspects to understand and make it clear how the client was able to be a fighter and a strong person (even if she only recognizes this as something from the past). This fosters awareness of

useful processes and involves a particular attention to non-activating situations, that means, situations when the client was able to have positive feelings. From earlier studies, we found that IMs centered on process and positive contrasts (also referred as *high-level IMs*) are involved in elaboration and expansion of more flexible and satisfactory narratives and are associated to therapeutic success (e.g., Mendes et al., 2011; Gonçalves & Silva, 2014).

Since this was a case of agoraphobia, exposure was a central intervention strategy (Morissette et al., 2020). Activities and interests can guide exposure conduction respecting the client's preferences. In this context, we are addressing not only reduction of anxiety levels and challenging dysfunctional thoughts but also trying to recover fundamental areas for the client's well-being. As suggested by previous literature (e.g., Howard et al., 1993) it is important to note that psychotherapy is not only a process of symptom reduction but also a process to increase well-being. Moreover, positive emotions can broaden the perspective and facilitate the acquisition of new resources (Fredrickson, 1998).

The different relationships (family, boyfriend, and friends) are an important support for Lilian. They represent some help to face challenging situations, a context to express negative emotions and possibly obtain validation and a context of positive emotions as love and friendship. Interpersonal relationships are one of the most important resources in the lives of clients (Aspinwall & Staudinger, 2003).

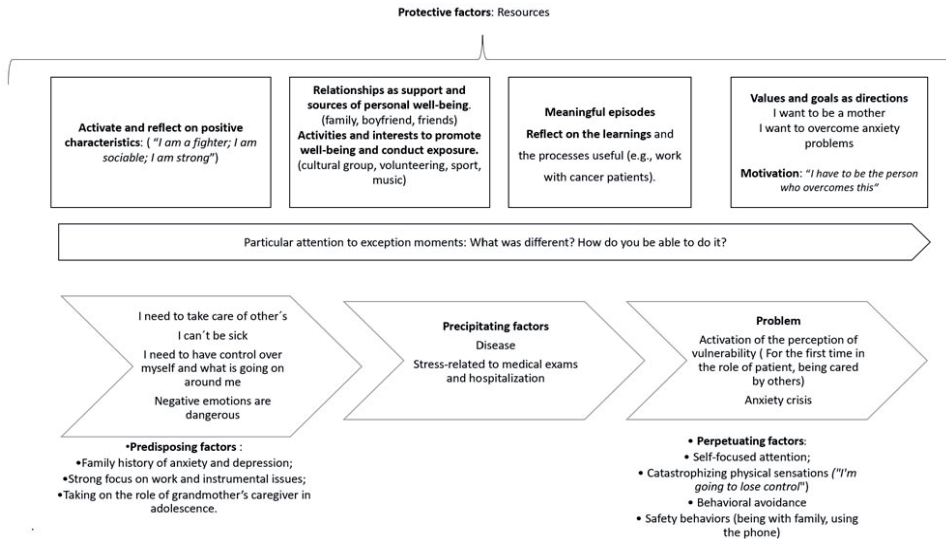
Specific life episodes can be used as learnings for coping with current difficulties. For example, when the client refers to an episode in which she was able to deal with a highly vulnerable situation of one of her cancer patients, the therapist can deepen the skills present at that moment and thereby facilitate how the client deals with her own perceived vulnerability. In this context, autobiographical memory can have a directive function, in which the past experience is used to manage the current situation (Bluck & Alea, 2002). The fact that the client knew what she wanted for her life in a clear way ("I want to be a mother and overcome my anxiety problems"), can be used to direct and target the intervention. More than overcoming anxiety problems, clients try to live a meaningful life according to their goals and values (Eifert & Forsyth, 2005).

Motivational aspects also have a central relevance to facilitate involvement in the therapeutic process (Holtforth & Michalak, 2012) and could be useful to overcome difficult moments in therapy.

To sum up, clear identification of resources at the beginning of therapy can facilitate the working on problematic functioning and promote well-being. Doing this clinical reasoning between the various factors and tailoring the intervention to what the client already possesses, and values may be helpful in making the intervention personalized and successful (see Figure 1).

Figure 1

Case Formulation of Lilian Case According 5P's Model Informed by FIND



Practical Guidelines to Integrate Resources in Case Formulation

Involving Positive Attributes and Characteristics

Besides negative beliefs about the self, frequently identified in case formulation, it is important to indicate competencies and positive characteristics. By noticing them, the therapist can easily explore what these characteristics mean for the client, search situations from past or present in which these facets are/were present and question about the processes involved. This can be useful to overcome current difficulties, whether because it is easily transposed and applicable to deal with the problem, or even because it promotes positive feelings and positive expectations.

Example:

Therapist: "What do you do to be a strong person?"

Lilian: "I set my own goals and no matter how hard it is for me I say to myself that I have to achieve them."

Therapist: "How do you think this can be useful at this moment?"

Lilian: "I know that to get my life back I have to fight against the problem."

Therapist: "Ok.... so you are here and you're working on that.... Listening to you I was wondering Do you think that a strong person can also feel vulnerable?"

Lilian: "I never thought about that.... Yeah... things happen...we think we always must be strong but ... maybe not."

Using Interests and Activities

Activities and interests are frequently related with well-being and dimensions that are meaningful for the client. On the one hand, it is important to address the aspects that the client maintains, despite the difficulties, as something that increases positive emotions. And on the other, it is important to identify the activities that the client would like to recover or explore in the future. In both cases, activities and interests can be used in therapeutic tasks (e.g., behavioural activation in depression; to conduct exposure in anxiety disorders; to develop new resources).

Example:

Lilian: "The mass has always been important in my life... I miss it..."

Therapist: "How did you use to feel when you went to the mass?"

Lilian: "Serenity, peace ... I really liked it."

Therapist: "I imagine it is very difficult for you to be away from that ... What could be a first step to return?"

Lilian: "Maybe I can go back to the church, on a day when no celebrations are taking place."

The Integration of Social Support

Mapping the social support network in case formulation can enhance the involvement of significant relationships across the therapeutic process. Social support can be crucial to deal with current difficulties (e.g., to start to reduce behavioural avoidance at the beginning of the treatment); to help the client to consider different perspectives; to satisfy emotional and relational needs (e.g., obtain validation and normalization of emotional experience) and to reinforce and help to maintain client's change.

Example:

Therapist: "How was it for you to be with your friends again?"

Lilian: "It was very good. I felt good, relaxed."

Therapist: "What was different in that moment?"

Lilian: "I was able to enjoy the dinner... Without constantly monitoring what I was feeling. I participated in the conversations... it was nice."

Using Past Episodes

Considering past episodes (positives or even negatives) can be useful to reflect on the learnings and the processes that the client used previously. In this sense, instead of only assessing how past episodes are involved in clients' problems, therapists can address the learnings from previous experiences, and integrate them in therapeutic tasks.

Example:

Therapist: "You have already worked with cancer patients and it was very gratifying for you. Can you describe this experience a little bit more?"

Lilian: "Yeah... It was enriching... I didn't pity them ... I felt good suppor-

ting them There are situations where no matter how strong you are, it is difficult... There are moments when we feel more fragile.”

Therapist: “In some way, you understand their vulnerability?”

Lilian: “That’s true. I understand what they were facing...”

Therapist: “Do you think this can be useful to you at this moment?”

Values and Dreams

A clear identification of the aspects that are important to the client and gives meaning to client’s life can give direction to the therapeutic process and purpose for the requirement of some therapeutic tasks. In this sense, this may facilitate the client’s involvement in the therapeutic process (e.g., Frank & Frank, 1991)

Example:

Lilian: “I want to be a mother soon. I don’t want to be always anxious and not be able to do my daily tasks.”

Therapist: “Hum Hum.. I understand... You are already doing it. You went to the supermarket, something that you couldn’t even imagine some weeks before. We can plan our next step.”

Motivation and Positive Expectations

Considering the aspects involved in clients’ motivation and expectations can be relevant across whole therapeutic process. Not only to get the client involved, but also to overcome moments of impasse or discouragement.

Example:

Lilian: “It is difficult to me to talk about my difficulties...admitting them out loud... I don’t even seem to recognize myself anymore.”

Therapist: “I understand, Lilian, and I appreciate your effort. You are being very brave. Since the first appointment you are very committed to the process.”

Lilian: “Yeah... it has been difficult, but I know this is the way to get my life back.”

The identification of all these aspects in the case formulation should be shared and discussed with the client. Furthermore, in all therapy sessions, therapist should maintain a resource perspective, that is, to be attentive to the small moments of change (IMs), by noticing them, being curious about them and trying to expand the meanings associate with them (e.g., how were they possible, what do they represent; see also Freedman & Combs, 1996; White, 2007). These are opportunities to challenge the maladaptive pattern, and invitations to the client to elaborate around helpful processes and positive moments.

Final Remarks

A comprehensive analysis of problems and resources since the beginning of therapy may provide a more balanced view of a client’s situation by considering

resources and problems as independent dimensions but which can be addressed simultaneously (Cacioppo et al., 2011; Willutzki, 2008). Lilian's case clearly illustrates the existence of positive aspects in her life, even in a moment of intense suffering. Therefore, it is possible to outline and tailor the formulation considering both dimensions in order to guide the clinical intervention.

Resources identified in FIND are important sources of well-being and adaptative processes of the client's life that may be capitalized to the therapeutic process. Their integration into the case formulation may lead to a higher activation of resources in therapists' interventions and challenge clients to be more aware of their resources.

Moreover, psychotherapy is not only about helping clients to overcome difficulties but also a way to promote positive emotions in the clients' different life domains. A clear identification of what is important to clients can facilitate the increasing of the clients' well-being and involvement in the therapeutic process. Of course, the positive information about the clients' life could emerge in the therapeutic process spontaneously (i.e., without any interview being conducted). However, the systematization that FIND allows at the very beginning of therapy can clearly organize the clinicians' thinking about these aspects, and therefore facilitate their involvement in the case formulation.

By adopting this resource perspective in case formulation, the therapist will perceive the client in a more integrative way and can be more attentive to small movements of change (IMs) and consequently contribute to its expansion. As was empirically found, the increasing development of exception moments (IMs) throughout the change process is associated with good outcomes cases (Mendes et al., 2010; Santos et al., 2009).

To conclude, therapists from different backgrounds and approaches can use this interview to inform case formulation and to balance the emphasis on clients' deficits. This more balanced perspective may favour the effectiveness of psychotherapy, as was previously found in several studies (e.g., Flückiger et al., 2013).

Notes

Promoting resources in psychotherapy: An innovative moments-based protocol:

- <https://archive.org/details/osf-registrations-d28fk-v1>
- <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/D28FK>

References

- Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (Eds.). (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (1st ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10566-000>
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press.

- Bluck, S., & Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn? In J. D. Webster, & B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence work: From theory to application* (1st ed., pp. 61-75). Springer Publishing Company.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*, 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Norris, C. J., & Gollan, J. K. (2011). The evaluative space model. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (1st ed., Vol. 1, pp. 50-72). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.4135/9781446249215>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinsellaigh, E., & O'Dowd, A. (2020). Effectiveness of positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, *16*(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., Lazarus, S. A., & Goldstein, L. A. (2012). The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, *50*(11), 699-706. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.002>
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. Norton.
- Eells, T. D. (2010). The unfolding case formulation: The interplay of description and inference. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, *6*(4), 225-254. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v6i4.1046>
- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation* (1st ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14667-000>
- Eells, T. D. (2022). *Handbook of psychotherapy case formulation* (3rd ed.). Guilford Press.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(4), 579-589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, *55*(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications.
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, *55*(4), 508-519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(1), 45-63. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(03\)00019-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(03)00019-3)
- Flückiger, C., Caspar, F., Holtforth, M. G., & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A micro-process approach. *Psychotherapy Research*, *19*(2), 213-223. <https://doi.org/10.1080/10503300902755300>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Symonds, D., Ackert, M., & Wampold, B. E. (2013). Substance use disorders and racial/ethnic minorities matter: A meta-analytic examination of the relation between alliance and outcome. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(4), 610-616. <https://doi.org/10.1037/a0033161>
- Flückiger, C., & Wüsten, G. (2008). *Ressourcenaktivierung. Ein Manual für die Praxis [Resource activation. A manual for practice]*. Huber.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Rev. ed.). Schocken.
- Frank, J. D., & Frank, J. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Johns Hopkins University Press.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, *2*(3), 300-319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. Norton.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *13*(1), 1-11.
- Gonçalves, M. M., Fernández-Navarro, P., Magalhães, C., Braga, C., Milhazes, A., Batista, J., & Neimeyer, R. A. (2021). FIND: A feedback initiated narrative development protocol to elicit resources in psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, *34*(2), 138-150. <https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1717139>

- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., Braga, C., Batista, J., Fernández-Navarro, P., & Oliveira, J. T. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, 27(3), 270-282. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1247216>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497-509. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.560207>
- Gonçalves, M. M., & Silva, J. R. (2014). Momentos de inovação em psicoterapia: Das narrativas aos processos dialógicos [Moments of innovation in psychotherapy: From narratives to dialogic processes]. *Análise Psicológica*, 32(1), 27-43. <https://doi.org/10.14417/ap.837>
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/10503309712331331843>
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres wirkprinzip der psychotherapie resource activation [Resource activation. A primary principle of psychotherapy resource activation]. *Psychotherapeut*, 44, 63-73. Springer.
- Holtforth, M. G., & Michalak, J. (2012). Motivation in psychotherapy. In R. M. Ryan (Ed.), *The oxford handbook of human motivation* (pp. 441-462). Oxford University Press.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.678>
- Kramer, U. (2019). Introduction. In U. Kramer (Ed.), *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual cliente* (1st ed., pp. XIX-XXXI. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2016-0-04810-6>
- Kuyken, W., Padesky, C. A. y Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. Guilford Press.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Philippe, C., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine*, 10(1), 111. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-111>
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research*, 20(6), 692-701. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.514960>
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research*, 21(3), 304-315. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.565489>
- Morissette, S. B., Lenton-Brym, A. P., & Barlow, D. H. (2020). Panic disorder and agoraphobia. In Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (3rd ed., pp. 138-179). The Guilford Press.
- Munder, T., Flückiger, C., Leichenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C., & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A re-analysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 268-274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach* (1st ed.). Norton.
- Santos, A., Gonçalves, M., Matos, M., & Salvatore, S. (2010). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychotherapy and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(4), 449-466. <https://doi.org/10.1348/147608309X462442>
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *The American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., Hannan S. E., Steinman, S. A., Worden, B., & Hallion, L. S. (2016). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment*, 25(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/1073191116638410>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends* (1st ed.). Norton.
- Willutzki, U. (2008). Ressourcendiagnostik in der klinischen psychologie und psychotherapie [Resource diagnostics in clinical psychology and psychotherapy]. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(2), 126-145.
- Wood, A. M., & Tarrrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>

TERMINACIÓN PREMATURA EN PSICOTERAPIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES: UN ESTUDIO EMPÍRICO

PREMATURE TERMINATION IN PSYCHOTHERAPY AND PATIENT CHARACTERISTICS: AN EMPIRICAL STUDY

Pablo Rafael Santangelo ^{1, 2, 3}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5515-2923>

Karina Conde ^{1, 4, 5}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1913-8328>

Marcos Emanuel Mattiello ¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3683-9388>

1 Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología. Argentina

2 Centro de Asistencia Psicológica Mar del Plata, CAPSi. Argentina

3 Fundación Aiglé. Argentina

4 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina

5 Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Argentina

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Santangelo, P. R., Conde, K. y Mattiello, M. E. (2022). Terminación prematura en psicoterapia y características de los pacientes: Un estudio empírico. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 191-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35623>



Resumen

Considerar la terminación prematura en psicoterapia es esencial cuando hablamos de eficacia y efectividad. El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre las características demográficas de los pacientes y el nivel de severidad al inicio del tratamiento con la terminación prematura en psicoterapia. Se llevó a cabo un estudio longitudinal, con una muestra clínica de $N = 134$ pacientes. Se administraron en el proceso de admisión el PID – 5 y el OQ.45.2 y en la tercera sesión de psicoterapia, octava y última sesión el OQ.45.2. Se realizaron análisis de regresión logística con deserción como variable de resultado, y correlaciones de Spearman para estimar la relación entre las características personales y la cantidad de sesiones en el grupo que abandonó el proceso psicoterapéutico. El malestar al inicio del proceso psicoterapéutico no se relacionó con la terminación prematura. La única faceta de personalidad relacionada con la deserción fue Labilidad Emocional, a menor Labilidad Emocional, hubo una probabilidad 16% menor de deserción. Un mayor nivel socioeconómico y nivel de instrucción redujeron en un 42% y 16% las probabilidades de deserción, respectivamente. Los varones, por su parte, tuvieron 3 veces más probabilidad de abandonar el tratamiento que las mujeres.

Palabras clave: deserción, abandono, terminación prematura, psicoterapia, características de los pacientes

Abstract

Considering the premature termination of psychotherapy is essential when talking about efficacy and effectiveness. The objective of this study was to evaluate the relationship between the demographic characteristics of the patients and the level of severity at the beginning of their treatment with a premature termination of psychotherapy. A longitudinal study was carried out, with a clinical sample of $N = 134$ patients. PID-5 and OQ.45.2 were administered in the admission process and OQ.45.2 was administered in the third, eighth and last psychotherapy session. Logistic regression analyses were performed - with dropout as the outcome variable-, and Spearman's correlations to estimate the relationship between personal characteristics and the number of sessions in the group that abandoned the psychotherapeutic process. It was evident that the discomfort at the beginning of the psychotherapeutic process was not related to dropout. The only personality trait related to dropout was Emotional Lability: the lower the emotional Lability, the lower the probability of dropout (16% lower). A higher socioeconomic level and educational level reduced the probability of dropping out by 42% and 16%, respectively. In addition, gender was another factor taken into account in the study: The statistics showed that men were 3 times more likely to abandon treatment than women.

Keywords: dropout, abandonment, premature termination, psychotherapy, characteristics of the patients

La psicoterapia es un procedimiento eficaz (Barkham y Lambert, 2021), sin embargo, deberíamos incluir, al considerar la eficacia y la efectividad de la misma, la terminación prematura de los tratamientos, es decir, evaluar cuantos pacientes abandonan el tratamiento antes de presentar indicadores de mejoría. Desde hace décadas se están realizando estudios al respecto, contando a la fecha con una gran variedad de revisiones y metaanálisis (Cooper y Conklin, 2015; Fernandez et al., 2015; Gersh et al., 2017; Swift y Greenberg, 2012; Swift et al., 2017). Estos estudios se han centrado en asociar la deserción a distintas variables, como las demográficas y las características psicológicas de los consultantes, de los terapeutas y de los tratamientos (Poster et al., 2021). Si bien, los resultados no son consistentes debido a las distintas maneras de ponderar y definir la terminación prematura (Santangelo, 2020a) se estima que uno de cada cinco pacientes elige terminar el tratamiento antes de la finalización programada (Swift y Greenberg, 2012; Swift et al., 2017). Por lo tanto, comprender la deserción es una tarea esencial (Lutz et al., 2021).

Se evidencia una gran variabilidad en la tasa promedio de abandono entre los distintos estudios. Baekeland y Lundwall (1975) reportaron una variación del 31% y el 79%, Wierzbicki y Pekarik (1993) encontraron una tasa de abandono promedio de 46.86%; Swift y Greenberg (2012) encontraron que la tasa de deserción promedio ponderada era del 19.7%, oscilando entre los estudios de 0 a 74.2%. Saxon et al. (2017a), en una revisión de los resultados clínicos de pacientes que reciben servicios ambulatorios de salud mental en el Reino Unido, encontraron un 34% de deserción y los que asistieron a menos de tres sesiones tuvieron peores resultados en comparación con los que completaron el tratamiento, con una variación del 20 al 60 % (Saxon et al., 2017b). En el ámbito latinoamericano se reportan porcentajes de terminación prematura entre el 38% y el 63 % (De la Parra et al., 2018).

Las primeras revisiones y metaanálisis reportan que una menor educación, un nivel socioeconómico bajo y pertenecer a una minoría étnica estarían asociado a la deserción de la psicoterapia, no encontrando datos concluyentes para las variables edad y género (Baekeland y Lundwall, 1975; Barrett et al., 2008; Garfield, 1994; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Más recientemente, Swift y Greenberg (2012) encontraron que las muestras con personas más jóvenes, con comorbilidad, en las que se utilizaron definiciones de abandono basadas en el criterio del terapeuta y estudios de efectividad (a diferencia de los estudios de eficacia) se asociaron con tasas de deserción significativamente más altas. Hubo tasas de abandono significativamente mayores en los tratamientos que no tenían un límite de tiempo predeterminado, en los tratamientos no manualizados, en las clínicas universitarias, incluidas las clínicas de capacitación de departamentos de psicología y los centros de asesoramiento universitario. Los que abandonaron y completaron los tratamientos diferían en términos de educación, pero no de género, etnia, estado civil o empleo. En un estudio reciente, utilizando algoritmos de aprendizaje automático se encontraron predictores de terminación prematura, entre los que se encuentran: menor nivel de educación, baja impulsividad, menor edad y un estilo de personalidad negativo y

antisocial (Bennemann et al., 2022).

También se han realizado estudios comparando la terminación prematura para distintos modelos de psicoterapia, donde se encontró una deserción del 35 % para la TCC (Fernandez et al., 2015), 16 % para la Terapia de Aceptación y Compromiso (Ong et al., 2018) y 20,6 % para la Terapia Interpersonal (Linardon et al., 2019).

Los estudios que se han realizado asociando trastornos psicológicos específicos con deserción han encontrado que en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria la estimación general de abandono es de 24% (IC 95% = 22–27%) (Linardon et al., 2018). Cooper y Conklin (2015) realizaron un metaanálisis con el objetivo de estimar la tasa promedio de abandono en estudios aleatorizados con psicoterapia individual ambulatoria para la depresión mayor, encontraron una tasa de abandono ponderada promedio del 19.9%. En un metaanálisis sobre deserción de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, la tasa de deserción promedio fue de 16.99% (intervalo de confianza del 95%: 14.42%–19.91%) (Gersh et al., 2017). En tratamientos bien estructurados para personas con trastorno límite de la personalidad, los estudios reportan que la tasa de finalización es de aproximadamente 63% a 75%, lo que significa que uno de cada cuatro pacientes abandona el tratamiento antes del potencial beneficio del mismo (Barnicot et al., 2011; 2012; McMurrin et al., 2010).

En relación al malestar inicial, un metaanálisis reciente informa que los pacientes que abandonan el tratamiento presentan más malestar al inicio, que aquellos que terminan el proceso (Reich y Berman, 2020). Se encontró un solo estudio que relacionó los rasgos de personalidad (evaluados con el PID 5; Krueger et al., 2012) con la terminación prematura. En el mismo se trabajó con una muestra de pacientes con trastornos de la personalidad (clusters C y clusters B leves) donde la mayoría de los pacientes tenían comorbilidad. El principal hallazgo de este estudio fue que las puntuaciones altas en las escalas Desregulación Perceptual, Creencias y Experiencias Inusuales, Suspiciousidad y Perfeccionismo Rígido, y las puntuaciones bajas en Afectividad Restringida se asociaron a la deserción. El porcentaje de abandono fue de 18,4% (Berghuis et al., 2020). También se ha reportado que los pacientes que abandonaron el tratamiento estaban más angustiados en el último contacto, que los que completaron el tratamiento (Reich y Berman, 2020).

Otros trabajos se han enfocado en identificar los factores que influyen en la finalización de los procesos psicoterapéuticos desde la perspectiva de los pacientes (Espinosa-Duque et al., 2020).

Dados estos antecedentes, y que a la fecha no hemos encontrado datos sobre terminación prematura en el contexto local, Mar del Plata Argentina, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre el nivel de severidad al iniciar el tratamiento, las características demográficas (nivel de educación y nivel socioeconómico) y género de los pacientes, con la terminación prematura en las personas atendidas en el Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En este trabajo se utilizará

los conceptos terminación prematura, deserción y abandono como sinónimos.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 134 personas que recibieron atención psicológica en el Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia durante los años 2019 y 2020. El tratamiento que se brindó está basado en evidencia (Santangelo, 2020b), es gratuito y para mayores de 18 años sin cobertura médica. Los criterios de exclusión, además de la edad y la no cobertura médica, fueron no presentar algún trastorno severo, como esquizofrenia, trastorno alimentario o consumo problemático de sustancias psicoactivas. Estos criterios son propios del Programa antes mencionado. Los datos descriptivos se muestran en la Tabla 1. La mayoría de los consultantes tenían nivel universitario en curso 25% o secundario completo 30%. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: desarrollo personal 19%, conflicto interpersonal 18%, ansiedad 16% y depresión 14%. Otros motivos incluyeron ira, celos, violencia interpersonal, conflictos judiciales, uso de sustancias y crisis. Ninguno de los participantes se negó a responder los instrumentos de evaluación utilizados en el presente estudio.

Tabla 1

Datos Descriptivos Pacientes Atendidos en el Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, en el Periodo 2019/20

	n(%)	M(DS)
Género		
Mujeres	53 (59)	
Varones	36 (40)	
No binario	1 (1)	
Edad		30.43(10.91)
Nivel socioeconómico		
Bajo	33(37)	
Medio bajo	15(17)	
Medio	36 (40)	
Medio alto	4 (4)	
Alto	2(2)	
Nivel de instrucción		
Primario incompleto	1(1)	
Primario completo	3(3)	
Secundario incompleto	15(17)	
Secundario completo	23(26)	
Educación superior	48(53)	
Numero de sesiones		15.29(9.45)

Deserción	23(26)	
OQ45 Inicial		71.42(21.64)
PID Inicial		
Afecto Negativo		31.51(12.45)
Desapego		22.88(12.51)
Antagonismo		11.73(8.73)
Desinhibición		26.04(11.16)
Psicoticismo		26.9(19.68)

Los psicoterapeutas, 9 mujeres y 2 varones, no tenían más de 3 años de recibidos, con un promedio de edad de 28 años, 4 contaban con un año de experiencia en el ejercicio de la psicoterapia y 7 sin experiencia alguna. Tuvieron una formación de grado mayoritariamente psicoanalítica (Fierro, 2020), pero muchos tomaron cursos de postgrado con orientación cognitiva y/o sistémica, antes de comenzar a trabajar en el proyecto de investigación. Todos los terapeutas formaban parte del Programa de Formación y Entrenamiento en Psicoterapia en el cual atendieron a personas con derechos vulnerados, participando en paralelo de dos espacios de 90 minutos; uno de supervisión grupal y otro, en el que se alternaban distintas actividades, como ateneos clínicos, presentación de temas seleccionados por los psicoterapeutas y práctica deliberada. Además, los psicoterapeutas asistieron obligatoriamente a cuatro cursos de postgrado. La media de pacientes atendidos por cada terapeuta fue de 8.62 ($DE = 2.32$).

Instrumentos

Cuestionario de Resultados (OQ-45.2; Lambert et al., 1996). El cuestionario OQ-45 fue diseñado específicamente para la evaluación de resultados y el monitoreo del progreso de los pacientes en psicoterapia. Es una prueba autoadministrable, de 45 ítems, con una escala tipo Likert de 5 puntos. Cuenta con tres subescalas: 1) Síntomas: (Symptom Distress, SD), que identifica los desórdenes mentales prevalentes en la población que requiere asistencia psicoterapéutica; 2) Relaciones Interpersonales (Interpersonal Relations, IR), que incluye ítems que evalúa tanto satisfacción como problemas en las relaciones interpersonales; 3) Rol Social (Social Role, SR), que evalúa el grado de insatisfacción, conflictos ligados a las tareas relacionadas con el área laboral y el tiempo libre. Para cada una de estas dimensiones se obtiene un puntaje a modo de subescala y además el cuestionario brinda un puntaje total que evalúa el funcionamiento global del paciente. El nivel de correlación test re-test para la población general es $r = .864$, y la consistencia interna es de $\alpha = .923$. El estudio de validez concurrente indica un elevado nivel de correlación con el SCL-90-R (Derogatis, 1994) y el Inventario de problemas interpersonales (IIP) (Maristany y Fernández-Álvarez, 2010). En este estudio se utilizó la versión validada en Chile por Von Bergen y De la Parra (2002).

PID – 5. Inventario de personalidad del DSM-5, PID-5 Adultos (Krueger

et al., 2012). Se utilizó la versión completa de 220 ítems. Es autoadministrable y evalúa de manera dimensional los rasgos de personalidad en adultos. Está compuesta por 25 facetas de rasgos de personalidad: Anhedonia, Ansiedad, Búsqueda de atención, Insensibilidad, Falsedad, Depresión, Distraibilidad, Excentricidad, Labilidad emocional, Grandiosidad, Hostilidad, Impulsividad, Evitación de la intimidad, Irresponsabilidad, Manipulación, Desregulación perceptiva, Perseveración, Afectividad restringida, Perfeccionismo rígido, Asunción de riesgos, Inseguridad por separación, Sumisión, Suspiciousidad, Creencias y experiencias inusuales, y Retraimiento. Determinados tripletes (grupos de 3) de facetas pueden combinarse para valorar los cinco dominios de rasgos: Afecto negativo, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. Puntuaciones mayores indican mayor “disfunción”, puntuaciones menores de 2 señalan una personalidad adaptiva. El instrumento ha mostrado buenas cualidades de fiabilidad y validez en diversos estudios (Barchi-Ferreira y Osório, 2020; Oliveira et al., 2022). En su validación española, las facetas han mostrado buena consistencia interna ($\alpha = .86$ y $.79$), validez discriminante entre sujetos clínicos y no clínicos. Se ha comprobado que los polos superiores indican patología y los inferiores normalidad, así como la estructura jerárquica del instrumento (Gutiérrez et al., 2015).

Nivel socioeconómico. Se evaluó de manera subjetiva en función de lo que decían los pacientes sobre los ingresos económicos, donde y con quienes vivían y situación laboral.

Deserción. Se categorizó como deserción = sí a aquellas personas que abandonaron la terapia con y sin aviso ($n = 23$), y deserción = no a quienes cumplieron con los objetivos psicoterapéuticos o continuaron el tratamiento ($n = 67$). Fueron excluidos quienes abandonaron el tratamiento por razones ajenas a la psicoterapia ($n = 44$, falta de disponibilidad, mudanzas, aislamiento por COVID-19, motivos económicos o derivación).

Procedimiento

El tratamiento realizado consistió en un proceso de admisión, donde se evaluó al paciente mediante entrevistas abiertas y una entrevista cerrada en la cual se administraron pruebas psicológicas (PID 5 y OQ 45.2) (S1, $n = 134$). Una vez terminado el proceso de admisión, cuando hubo acuerdo de objetivos y medios para lograr los mismos comenzó el tratamiento psicológico propiamente dicho. Además, se realizaron otras tres evaluaciones, de aproximadamente 10 minutos cada una en las que se administró el OQ 45.2: en la tercera sesión de tratamiento (S3, $n = 92$), en la octava sesión (S8, $n = 50$) y en la decimosegunda, sesión final (SF, $n = 33$). La pérdida de la muestra en las sucesivas administraciones corresponde a terminaciones prematuras de tratamiento y deserciones por razones ajenas al mismo, definidas en el apartado anterior, y a finalización de los tratamientos por el cumplimiento de objetivos, evaluados en acuerdo entre paciente y terapeuta. Se les entregó a los pacientes información general sobre el estudio y datos de contacto de

los investigadores y se les solicitó un consentimiento informado por escrito, que no representaba un requisito para acceder al tratamiento. La investigación contó con el aval Ético del Comité de Ética de la Investigación del Programa Temático Interdisciplinario en Bioética (PTIB) dependiente de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Todos los sujetos participaron voluntariamente y no recibieron ningún tipo de compensación. Se resguardó el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

Análisis de Datos

Para estimar el valor predictivo de cada una de las características personales de los/as pacientes respecto del abandono del proceso psicoterapéutico, se realizaron análisis de regresión logística por separado con deserción (si=1, no=2) como variable de resultado. No se utilizó como criterio cantidad de sesiones asistidas para determinar la terminación prematura. Para estimar la relación entre las características personales y la cantidad de sesiones en el grupo que abandonó el proceso psicoterapéutico, se realizaron correlaciones de Spearman para las variables, excepto para la variable género, en la cual se utilizó una prueba t para muestras independientes.

Resultados

El malestar al inicio del proceso (evaluado mediante el OQ45) psicoterapéutico no se relacionó con la deserción (no se muestra en tablas). La única faceta de personalidad relacionada con la deserción fue Labilidad Emocional $p = .007$, OR = .84 (IC95% .733-.952, $R^2 = .143$). A menor Labilidad Emocional, hubo una probabilidad 16% menor de deserción. El nivel socioeconómico ($p = .036$, OR = .585 (IC95% .354-.965, $R^2 = 0.077$), el nivel de instrucción ($p = .31$, OR = .827 (IC95% .696-.983, $R^2 = .078$), y el género ($p = .023$, OR = 3.111 (IC95% 1.166-8.301), $R^2 = .085$), se asociaron con la deserción. Un mayor nivel socioeconómico y nivel de instrucción redujeron en un 42% y 16% las probabilidades de deserción, respectivamente. Los varones, por su parte, tuvieron 3 veces más probabilidad de abandonar el tratamiento que las mujeres. Sin embargo, los intervalos de confianza fueron cercanos a 1 en todos los casos, y la varianza explicada por estas características no superó el 20% en ningún caso.

Dentro del grupo de personas que abandonaron el tratamiento, el número de sesiones a las que asistieron presentó una relación moderada-alta con el nivel socioeconómico ($p = .003$, ρ de Spearman = .60).

Discusión

El objetivo general del trabajo fue analizar la relación entre las características demográficas y el nivel de severidad de los pacientes al inicio del tratamiento con la terminación prematura de los mismos. El malestar al inicio del proceso no se relacionó con la deserción, esto contrasta con estudios que reportan una asociación entre un elevado deterioro inicial, es decir, la severidad y complejidad del diagnós-

tico, con las tasas de abandono (Barret et al., 2008; Binnie y Boden, 2016; Reich y Berman, 2020; Lutz et al., 2018; Zimmermann et al., 2017). Esta discrepancia entre los estudios puede deberse al criterio de exclusión del presente trabajo, donde los pacientes con trastornos severos quedan por fuera del mismo, ya que el dispositivo que se implementa no está diseñado para personas con trastornos severos. Sin embargo, cuando Binnie y Boden (2016) se refieren al nivel de severidad, lo hacen con respecto a los trastornos mentales comunes, que son los mismos que han sido tratados por los terapeutas del presente estudio. Una hipótesis posible de esto es que la terminación prematura haya estado moderada en mayor medida por características de los terapeutas, antes que por la severidad o el malestar de inicio de los pacientes.

Respecto a las características de personalidad, solamente la faceta Labilidad Emocional se relacionó con la terminación prematura, donde a menor Labilidad Emocional, hubo una probabilidad menor de deserción. En la literatura solo se encontró un artículo que asocia deserción a las facetas y dimensiones de personalidad evaluadas por el PID-5 (Berghuis et al., 2020). En el mismo se reporta que las puntuaciones altas en las escalas Desregulación Perceptual, Creencias y Experiencias Inusuales, Susplicacia y Perfeccionismo Rígido, y las puntuaciones bajas en Afectividad Restringida se asocian a la deserción. Esta diferencia en los resultados puede estar explicada, como se mencionó anteriormente, debido a la población con la que se trabajó, ya que la misma posee características diferentes a la del presente estudio. La muestra del trabajo mencionado estaba compuesta por pacientes con trastornos de la personalidad (clusters C y clusters B leves), donde la mayoría de ellos tenían comorbilidad. La faceta Labilidad Emocional pondera la inestabilidad en la experiencia emocional y el estado de ánimo; evalúa aquellas emociones que se despiertan fácilmente y con gran intensidad de manera desproporcionada a los sucesos y circunstancias. Si esto es así, se puede pensar que los terapeutas no ajustaron sus intervenciones a esta característica o que los pacientes con alto cambio en sus emociones actuaran impulsivamente dejando el tratamiento, aunque los terapeutas tuvieran en cuenta la inestabilidad emocional. Otra posible hipótesis es que la labilidad emocional sea un obstáculo para construir la alianza terapéutica y esto los lleve a abandonar el tratamiento.

En el presente trabajo se encontró una asociación entre género y terminación prematura: los hombres tienen más probabilidad de desertar. Si bien en los primeros estudios realizados no encontraron una relación entre estas variables (Baekeland y Lundwall, 1975; Barrett et al., 2008; Garfield, 1994; Wierzbicki y Pekarik, 1993), estudios recientes están en consonancia con los resultados reportados en este trabajo (Swift y Greenberg, 2012; Zimmermann et al., 2017).

Se encontró además que un mayor nivel de educación estaba asociado con menores probabilidades de abandonar el tratamiento; esto estaría en congruencia con lo reportado en otros estudios donde indican que las personas menos instruidas son las que más abandonan o tienen más probabilidades de abandonar (Bennemann

et al., 2022; Zimmermann et al., 2017), pero a la vez entra en contradicción con estudios donde no se encontró asociación entre privación económica, en la cual está incluido el nivel de instrucción, y la deserción en tratamiento para trastornos mentales comunes (Firth et al., 2021). Una hipótesis explicativa de la asociación encontrada puede ser que el bajo nivel de instrucción esté asociado a un bajo conocimiento de lo que es la psicoterapia y a qué es lo que se puede esperar de la misma. Si bien, los terapeutas de este estudio han realizado psicoeducación respecto de los roles del paciente y el terapeuta, puede que la hipótesis sea posible, debido a que otras variables entren en juego como terminología utilizada por los profesionales, nivel de comprensión de los consultantes entre otras.

Las personas con un nivel socioeconómico menor tenían más probabilidad de desertar. La literatura existente sobre la relación entre estas variables no es concluyente. Como se mencionó anteriormente, existen trabajos que reportan una asociación en el sentido encontrada en este estudio (Binnie y Boden, 2016), pero recientemente se ha reportado, en revisión narrativa, la ausencia de una asociación entre privación económica, en la cual está incluido el nivel socioeconómico, y la deserción de tratamiento para trastornos mentales comunes (Firth et al., 2021).

A pesar de la novedad de los resultados, cabe mencionar algunas limitaciones: la definición operacional de la variable nivel socioeconómico, las características y tamaño de la muestra que, al ser pacientes con sus derechos vulnerados, la generalización de los resultados a otras poblaciones requiere de cierta cautela. En este estudio no se les pregunto a los pacientes por que habían abandonado el tratamiento. También se optó por no realizar ajustes por comparaciones múltiples, fundamentando esta decisión en el respaldo teórico de las asociaciones y el tamaño reducido de la muestra. No obstante, se comprobó la robustez de los resultados, dado que las asociaciones, en particular los del nivel socioeconómico, se repitieron en distintos análisis. Además, se debe tener en cuenta que se trata de una muestra de difícil acceso, por sus características y el tipo de estudio realizado.

Este trabajo, que evalúa la deserción en función de las características de los pacientes, es uno de los primeros en realizarse en el contexto argentino y brinda información relevante para clínicos e investigadores. En el ámbito clínico es esencial saber cuáles son las variables asociadas a la terminación prematura, esto permitiría a los psicoterapeutas tener mayor cuidado con pacientes con las características asociadas a la deserción. Por ejemplo, si el nivel de instrucción es una variable que está asociada a la deserción, los clínicos pueden profundizar intervenciones que le permitan a los pacientes con un bajo nivel entender de mejor manera, en qué consiste un tratamiento psicológico. En el ámbito de la investigación, se ofrece información que no ha sido revelada en el contexto argentino, la cual puede ser tenida en cuenta en futuros trabajos. Por último, en el ámbito público, estatal, brinda conocimientos para crear dispositivos que impliquen el trabajo con las variables asociadas a la deserción, para reducir la terminación prematura. La comprensión de los factores asociados a la terminación de la terapia puede redundar en beneficio tanto de los

profesionales y la academia, como de los pacientes, quienes finalmente dan cuenta del sentido y calidad del trabajo terapéutico (Fernández-Álvarez y Castonguay, 2018).

Referencias

- Baekeland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review [Abandono del tratamiento: una revisión crítica]. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738. <https://doi.org/10.1037/h0077132>
- Barkham, M. y Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies [La eficacia y efectividad de las terapias psicológicas]. En M. Barkham, W. Lutz y L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (pp. 135–189). John Wiley. <https://psycnet.apa.org/record/2021-81510-005>
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. y Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review [Factores que predicen el resultado de la psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática]. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 400–412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004>
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. y Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis [Finalización del tratamiento en psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática y metanálisis]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 327–338. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x>
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. y Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice [Abandono temprano del tratamiento de salud mental: Implicaciones para la práctica de la psicoterapia]. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247–267. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.247>
- Barchi-Ferreira, B. A. M. y Osório, F. L. (2020). The personality inventory for DSM-5: Psychometric evidence of validity and reliability-updates [El inventario de personalidad para DSM-5: Evidencia psicométrica de validez y actualizaciones de confiabilidad]. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(4), 225–237. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000261>
- Bennemann, B., Schwartz, B., Giesemann, J. y Lutz, W. (2022). Predicting patients who will drop out of out-patient psychotherapy using machine learning algorithms [Predicción de pacientes que abandonarán la psicoterapia ambulatoria utilizando algoritmos de aprendizaje automático]. *The British Journal of Psychiatry*, 220(4), 192–201. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.17>
- Berghuis, H., Bandell, C. C. y Krueger, R. F. (2021). Predicting dropout using DSM–5 Section II personality disorders, and DSM–5 Section III personality traits, in a (day)clinical sample of personality disorders [Predicción de la deserción utilizando los trastornos de personalidad de la Sección II del DSM-5 y los rasgos de personalidad de la Sección III del DSM-5, en una muestra clínica (día) de trastornos de la personalidad]. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(4), 331–338. <https://doi.org/10.1037/per0000429>
- Binnie, J. y Boden, Z. (2016). Non-attendance at psychological therapy appointments [Falta de asistencia a las citas de terapia psicológica]. *Mental Health Review Journal*, 21(3), 231–248. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-12-2015-0038>
- Cooper, A. A. y Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: a meta-analysis of randomized clinical trials [Abandono de la psicoterapia individual para la depresión mayor: un metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados]. *Clinical Psychology Review*, 40, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- De la Parra, G., Gómez-Barris, E., Zúñiga, A. K., Dagnino, P. y Valdés, C. (2018). Del “diván” al policlínico: Un modelo de psicoterapia para instituciones. Aprendiendo de la experiencia (empírica). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 182–202. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1057>
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, scoring and procedures manual [SCL-90-R. Lista de verificación de síntomas-90-R. Manual de administración, puntuación y procedimientos]*. National Computer System.
- Espinosa-Duque, D., Ibarra, D. A., Ocampo Lopera, D. M., Montoya, L., Hoyos-Pérez, A., Medina, L. F., Tamayo, S. y Zapata Restrepo, J. (2020). Terminación de la psicoterapia desde la perspectiva de los pacientes. *CES Psicología*, 13(3), 201–221. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.12>
- Fernández-Álvarez, H. y Castonguay, L. G. (2018). Investigación orientada por la práctica: Avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. Introducción. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 107–114.

- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K. y Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators [Metanálisis de la deserción de la terapia cognitiva conductual: magnitud, momento y moderadores]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1108-1122. <https://doi.org/10.1037/ccp0000044>
- Fierro, C. (2020). Formación de grado en psicología en Argentina: período 2009-2015 [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de San Luis, Argentina]. http://www.neu.unsl.edu.ar/?page_id=569
- Firth, N., Barkham, M., Delgadillo, J., Allery, K., Woodward, J. y O' Cathain, A. (2021). Socioeconomic deprivation and dropout from contemporary psychological intervention for common mental disorders: A systematic review [Privación socioeconómica y abandono de la intervención psicológica contemporánea para los trastornos mentales comunes: una revisión sistemática]. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49, 490-505. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01178-8>
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy [Investigación sobre las variables del cliente en psicoterapia]. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 190-228). Wiley.
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B. y McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder [Revisión sistemática y metanálisis de las tasas de abandono en psicoterapia individual para el trastorno de ansiedad generalizada]. *Journal of Anxiety Disorders*, 52, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.001>
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J. A., Gárriz, M., Caseras, X., Markon, K. E. y Krueger, R. F. (2017). Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample [Propiedades psicométricas del PID-5 español en una muestra clínica y comunitaria]. *Assessment*, 24(3), 326-336. <https://doi.org/10.1177/1073191115606518>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. y Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5 [Construcción inicial de una mala adaptación del modelo e inventario de rasgos de personalidad para el DSM-5]. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291711002674>
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnenk, O., Kiishi, J. y Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 [Manual de administración y puntuación del OQ-45.2]*. American Professional Credentialing Services.
- Linardon, J., Fitzsimmons-Craft, E. E., Brennan, L., Barillaro, M. y Wilfley, D. E. (2019). Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis [Abandono de la psicoterapia interpersonal para los trastornos de salud mental: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 29(7), 870-881. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497215>
- Linardon, J., Hindle, A. y Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials [Abandono de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos alimentarios: un metanálisis de ensayos controlados aleatorios]. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Lutz W., Jong K. de, Rubel J. A. y Delgadillo J. (2021). Measuring, predicting, and tracking change in psychotherapy [Medición, predicción y seguimiento del cambio en psicoterapia]. En M. Barkham, W. Lutz y L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (pp. 89-134). John Wiley & Sons Inc.
- Lutz, W., Schwartz, B., Hofmann, S. G., Fisher, A. J., Husen, K. y Rubel, J. A. (2018). Using network analysis for the prediction of treatment dropout in patients with mood and anxiety disorders: A methodological proof-of-concept study [Uso del análisis de redes para la predicción del abandono del tratamiento en pacientes con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad: un estudio metodológico de prueba de concepto]. *Scientific Reports*, 8(1), 7819. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-25953-0>
- Maristany, M. y Fernández-Álvarez, H. (2010). Evaluación de resultados en psicoterapia: Estudio de las propiedades psicométricas del OQ-45.2, en Argentina (Artículo no publicado). Fundación Aigle.
- McMurrin, M., Huband, N. y Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions [Incumplimiento de los tratamientos de los trastornos de la personalidad: una revisión sistemática de los correlatos, las consecuencias y las intervenciones]. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>
- Oliveira, S. E. S. D., Bandeira, D. R., Primi, R. y Krueger, R. F. (2022). Psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) in Brazilian samples [Propiedades psicométricas del inventario de personalidad para el DSM-5 (PID-5) en muestras brasileñas]. *Psico-USF*, 26, 109-124. <https://doi.org/10.1590/1413-8271202126nesp11>

- Ong, C. W., Lee, E. B. y Twohig, M. P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy [Un metanálisis de las tasas de abandono en la terapia de aceptación y compromiso]. *Behaviour Research and Therapy*, 104, 14-33. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.004>
- Poster, K., Bennemann, B., Hofmann, S. G. y Lutz, W. (2021). Therapist interventions and skills as predictors of dropout in outpatient psychotherapy [Intervenciones y habilidades del terapeuta como predictores de abandono en psicoterapia ambulatoria]. *Behavior Therapy*, 52(6), 1489-1501. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.05.001>
- Reich, C. M. y Berman, J. S. (2020). Are psychotherapies with more dropouts less effective? [¿Son menos efectivas las psicoterapias con más abandonos?] *Psychotherapy Research*, 30(1), 23-40. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1534018>
- Santangelo, P. R. (2020a). Terminación prematura en psicoterapia: una revisión narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 181-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.316>
- Santangelo, P. R. (2020b). Programa de formación y entrenamiento en psicoterapia: fundamentos teóricos e implementación. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 331-346. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.377>
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. y Parry, G. (2017a). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies [La contribución de los efectos del terapeuta al abandono del paciente y al deterioro de las terapias psicológicas]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 575-588. <https://doi.org/10.1002/cpp.2028>
- Saxon, D., Firth, N. & Barkham, M. (2017b). The relationship between therapist effects and therapy delivery factors: Therapy modality, dosage, and non-completion [La relación entre los efectos del terapeuta y los factores de administración de la terapia: modalidad de terapia, dosis e incumplimiento]. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 705-715. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0750-5>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis [Interrupción prematura en psicoterapia de adultos: un metanálisis]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K. y Greenberg, R. P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes* [Terminación prematura en psicoterapia: estrategias para involucrar a los clientes y mejorar los resultados]. American Psychological Association <https://doi.org/10.1037/14469-000>
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A. y Parkin, S. R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons [Rechazo del tratamiento y terminación prematura en psicoterapia, farmacoterapia y su combinación: un metanálisis de comparaciones directas]. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57. <https://doi.org/10.1037/pst0000104>
- Von Bergen, A. y de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*, 20(2), 161-176. <https://psycnet.apa.org/record/2004-12500-007>
- Wierzbicki, M. y Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout [Un metanálisis del abandono de la psicoterapia]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C. y Lutz, W. (2017). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy [Efectos del terapeuta y predictores del abandono no consensuado en psicoterapia]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 312-321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>

LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y CULTURA INDÍGENA

DOMESTIC VIOLENCE: INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY AND INDIGENOUS CULTURE

Gilda Marianela Moreno Proaño

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5012-1391>

Universidad Tecnológica Indoamérica. Quito, Ecuador

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Moreno Proaño, G. M. (2022). La violencia doméstica: Psicoterapia integrativa y cultura indígena. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 205-216. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.34781>

Resumen

Se realizó un estudio cuasiexperimental con un diseño pretest – posttest de un grupo de 10 mujeres indígenas violentadas en sus hogares, de las comunidades de la ciudad Cotacachi de Ecuador, con el objetivo de analizar los cambios en la sintomatología clínica psicológica a partir de una intervención desde la psicoterapia integrativa según el modelo focalizado en la personalidad. Se realizó en dos fases, cuantitativa y cualitativa, en la primera se aplicaron algunos reactivos, el Inventario de Depresión de Beck BDI-II, el test de respuesta de ansiedad ISRA y un cuestionario de personalidad; en la segunda fase se realizaron entrevistas a profundidad a las pacientes dentro del marco terapéutico. Con la prueba no paramétrica de Wilcoxon se evaluaron las diferencias de la ansiedad y la depresión, utilizando el programa SPSS. Luego de la intervención psicoterapéutica, a través de la aplicación de técnicas sugestivas directas en estado de vigilia, se evidenció un cambio significativo en la sintomatología clínica de las pacientes, tanto en ansiedad y depresión. De igual manera, con los datos cualitativos, se hizo un análisis de contenido basado en códigos a través del programa Atlas Ti. El presente estudio sugiere que la psicoterapia integrativa es una alternativa efectiva para tratar las consecuencias emocionales de la violencia, considerando los factores culturales que influyen para la normalización de esta.

Palabras clave: violencia intrafamiliar, psicoterapia integrativa, mujer, indígena, depresión, ansiedad

Abstract

A quasi-experimental study was carried out with a pretest-posttest design of a group of 10 indigenous women violated in their homes, from the communities of the Cotacachi city of Ecuador, with the aim of analyzing the changes in the clinical psychological symptoms from intervention from integrative psychotherapy according to the model focused on personality. It was carried out in two phases, quantitative and qualitative. In the first, some reagents were applied, the Beck BDI-II Depression Inventory, the ISRA anxiety response test and a personality questionnaire; in the second phase, the interviews were conducted with the patients within the therapeutic framework. With the non-parametric Wilcoxon test, differences in anxiety and depression were evaluated using the SPSS program. After the psychotherapeutic intervention, through the application of direct suggestive techniques in the waking state, a significant change was evidenced in the clinical symptoms of the patients, both in anxiety and depression. Similarly, with the qualitative data, a code-based content analysis was made through the Atlas Ti program. The present study suggests that integrative psychotherapy is an effective alternative to treating the emotional consequences of violence, considering the cultural factors that influence its normalization.

Keywords: domestic violence, integrative psychotherapy, woman, indigenous, depression, anxiety

Fecha de recepción v1: 02/12/2021. Fecha de recepción v2: 22/06/2022. Fecha de aceptación: 08/07/2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: gyldamoreno@uti.edu.ec

© 2022 Revista de Psicoterapia



En el mundo entero, la violencia doméstica deja efectos negativos y, por ser considerada un problema de salud pública y de derechos humanos, es urgente emprender acciones dirigidas a mujeres que día a día son maltratadas dentro de su hogar. Especialmente a indígenas de comunidades lejanas, que traen consigo una carga cultural que normaliza la violencia, con la presencia de mitos, costumbres, tradiciones, donde la cosmovisión indígena muchas veces encubre acciones graves tanto físicas, económicas, psicológicas y sexuales, obstaculizando su acceso a una terapia psicológica.

El Ministerio del Interior (2012) informa los a través de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres que 6 de 10 mujeres son víctimas de violencia en el Ecuador y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2019) muestra que el 62.8 % corresponde al sector rural.

Buitrago et al. (2021) líderes de las comunidades del Cantón Cotacachi aseguran que 6 de cada 10 mujeres en Ecuador han sido violentadas en algún momento de su vida, siendo las indígenas quienes presentan niveles más altos con el 68% que se agravan por la discriminación en el ámbito laboral, profesional y el difícil acceso a los servicios de salud por su etnia, cultura o edad.

Según Benites (2010) la cosmovisión indígena es una forma particular de ver el mundo donde la naturaleza y todo lo que habita en ella, la complementariedad, entre hombres y mujeres, la armonía, como seres humanos, y la naturaleza, como fuente de vida, construyen un mega cuerpo, que se denomina Pachamama, en armonía con la naturaleza conectada con el ser andino. Por lo tanto, la tierra interviene en el modo de pensar y actuar, siendo la base esencial y fundamental para del conocimiento y filosofía de vida.

Tal complementariedad está marcada por la desigualdad, con roles definidos desde la cooperación de la mujer hacia el hombre. Por ejemplo, la crianza de los hijos, la enseñanza de costumbres y tradiciones, la siembra, le corresponde a la mujer. La toma de decisiones, la participación en la comunidad, al hombre. Situaciones que están profundamente interiorizadas en la convivencia en las comunidades normalizan la violencia fuera de la voluntad propia, como parte de su estructura de creencias. Por lo tanto, es parte de la identidad de los pueblos y nacionalidades, transmitida de generación en generación, desde los antepasados, con un ejemplo claro la frase de las abuelas “mate pegue, marido es” (Segura, 2006)

Es importante mencionar que el Cantón Cotacachi es el más extenso de la Provincia de Imbabura, con 23 comunidades indígenas en la Zona Andina; es así como hay una convivencia entre la población urbana y la rural. El Municipio de Cotacachi, junto a Organizaciones de Mujeres a nivel cantonal, han diseñado programas, proyectos de prevención y atención a la violencia contra la mujer. Uno de ellos es la creación del Centro de Atención Psicológica a la Mujer de Cotacachi, que brinda atención comunitaria, psicológica y legal en la búsqueda de alternativas para la erradicación de la violencia. Es así como, en el área psicológica, la atención se realiza desde diferentes enfoques de la Psicología Clínica, entre ellos

la Psicoterapia Integrativa.

La Psicoterapia Integrativa propuesta por Opazo (2017) busca integrar; es decir, construir una totalidad a partir de partes diferentes, encontrar respuestas articuladas a conjuntos, construir a partir de Paradigmas; es así, que el modelo chileno considera aspectos biológicos, cognitivos, afectivos, inconscientes, conductuales y sistémicos.

De igual manera, Balarezo (2015) propone el modelo ecuatoriano integrativo focalizado en la personalidad, a partir de acercamientos y contrastes con los modelos latinoamericanos, principalmente contextualizado a la realidad del paciente ecuatoriano. El principio epistemológico es el constructivismo moderado enmarcado en una filosofía humanista. El eje principal del modelo es la personalidad considerada como un pilar fundamental en la cual se puede apoyar el tratamiento. Es una estructura psíquica dinámica constituida por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que se relacionan entre sí, que permiten una construcción singular en el percibir, pensar, sentir y actuar del sujeto, y cuya manifestación puede ser compartida por todos. La personalidad, en el ejercicio psicoterapéutico, actúa en la aparición de desajustes y facilita la adaptación de las técnicas aplicadas.

Por tal razón, surge el interés de analizar la eficacia de la psicoterapia integrativa en mujeres indígenas que son violentadas en su hogar, tomando en cuenta los factores culturales. Para Beger (2016) el desafío del Psicoterapeuta es llegar a conocer mejor al paciente para generar intervenciones adecuadas, estímulos afectivos correctos y así obtener mejores resultados.

Método

El trabajo se basó en un diseño de investigación mixta en dos fases. Siguiendo a Ortega (2018) se trataría de la recolección, análisis e interpretación de datos cuantitativos y cualitativos que el investigador ha considerado para su estudio, fusionándose para dar respuesta a un problema.

En la primera fase se aplicó un diseño cuasiexperimental al realizar un tratamiento psicoterapéutico basado en el enfoque integrativo, aplicado de manera individual a 10 mujeres.

En la segunda fase se realizó una investigación cualitativa, desde un enfoque construccionista, Según Gergen y Warhus (2001), todo conocimiento es la construcción que está inmersa en la cultura que proporciona significado a las vivencias y que se ve reflejado en las narrativas de los participantes en la terapia como un complemento para ampliar la importancia del tema planteado. También sirve para comprender los factores culturales que acoge la violencia intrafamiliar desde la cosmovisión indígena.

Participantes

El procedimiento inició cuando las mujeres acudieron de manera voluntaria al Centro de Atención Integral a la Mujer en busca de ayuda porque fueron agredidas dentro de su hogar; se integró a 10 mujeres indígenas de las comunidades

de la Zona Andina de Cotacachi, en edades comprendidas entre los 20 y 30 años.

Como criterio de inclusión se consideró la experiencia de violencia como motivo de consulta, ser mujeres indígenas de la Zona Andina de Cotacachi, presentar sintomatología psicológica, y como criterio de exclusión pacientes con un previo diagnóstico de un trastorno mental y estar inmersas en un tratamiento psicológico.

Instrumentos y Técnicas de Recolección de la Información

El primer instrumento aplicado fue el Inventario de Depresión de Beck BDI – II (Beck et al., 1996) que proporciona información sobre la presencia y nivel de gravedad de la depresión en adultos. Se puede aplicar de manera individual y colectiva y se compone de 21 ítems en una escala de 4 puntos. Los evaluados se clasifican en cuatro grupos: 0-13 depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Conde Peñalver, 2021)

El segundo instrumento aplicado fue el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA, que tiene un formato interactivo y mide el nivel general de ansiedad y evalúa las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de la ansiedad. Incluye 22 situaciones y respuestas de ansiedad, clasificadas en una escala de 5 puntos en diferentes categorías (Cano-Vindel et al., 2020)

El tercer instrumento aplicado fue un cuestionario de personalidad, creado y adaptado a los factores culturales influyentes en las pacientes. El cuestionario fue validado por expertos en el tema, que según su experiencia y conocimiento aportaron a la construcción de cada pregunta. Está compuesto por 100 ítems que identifican la personalidad dividida en 4 categorías (Balarezo, 2015).

En la etapa cualitativa se realizaron entrevistas a profundidad en primera instancia en el marco terapéutico, considerando el proceso mismo para llegar al diagnóstico psicológico. Se realizó la entrevista etiopatogénica, la valoración de la violencia y recolección de datos del entorno para identificar el significado de la violencia en un marco de la cosmovisión indígena. Posteriormente se consideró en las entrevistas, la concepción simbólica de la violencia y la cosmovisión indígena asociada a la violencia y a la relación de pareja.

Análisis de Datos

En la fase cuantitativa se realizó el análisis con la prueba no paramétrica de Wilcoxon con muestras emparejadas; se utilizó el programa estadístico SPSS.

En la fase cualitativa se utilizó el análisis de contenido y codificación abierta de la narrativa de las participantes, utilizando el software Atlas TI.

Procedimiento Terapéutico

El tratamiento se basó en la psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, siguiendo el modelo de Balarezo (2015).

La intervención psicoterapéutica se llevó a cabo en 12 sesiones psicológicas, cada una con una duración de 1 hora aproximadamente, con una frecuencia semanal

y en un espacio físico acogedor y privado. Es importante mencionar que, en todo momento de la presente investigación, se cumplió con los estándares éticos para la investigación con seres humanos declarados en Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2015)

A continuación, se describen las etapas del proceso psicoterapéutico:

Primera Etapa

Expectativas, Motivaciones e Inicio del Proceso. Consiste en realizar una evaluación de las condiciones del paciente, del terapeuta, del entorno y su influencia en el primer contacto; así como también el análisis de la demanda.

En su mayoría, las pacientes acudieron a la terapia psicológica acompañadas de sus familiares, compañeros o miembros del cabildo comunitario como una señal de respaldo, de quienes surgieron las expectativas ante la terapia psicológica por ser un proceso fuera de la comunidad y de importancia para lograr la buena convivencia entre ellos. La demanda fue explícita en la mayoría de los casos, relacionada directamente con la identificación de la violencia en sus hogares y la búsqueda de ayuda psicológica.

La expectativa de las pacientes fue alta, por la representación simbólica del Terapeuta.

El establecimiento del rapport fue indispensable al inicio, ya que es una metodología novedosa para las pacientes y la generación de confianza abrió la posibilidad de comunicación con ellas.

Segunda etapa

Investigación Clínica de la Personalidad. Se aplicó el cuestionario de personalidad, diseñado y validado por expertos, el mismo que incluye preguntas dirigidas a la identificación de los rasgos de personalidad de las pacientes, resultados que se pueden evidenciar en la Tabla 1.

Tabla 1
Tipos de Personalidad Pacientes

PACIENTE	PERSONALIDAD
1	ciclotímica
2	evitativa
3	ciclotímica
4	dependiente
5	ciclotímica
6	ciclotímica
7	anancástica
8	ciclotímica
9	evitativa
10	dependiente

Diagnóstico Psicológico. Se realizó todo el proceso previo para llegar a un diagnóstico, el mismo que incluye la observación psicológica, las entrevistas a profundidad, que posteriormente servirá para el análisis cualitativo y luego la identificación de la sintomatología, la evaluación a través de los reactivos psicológicos y la integración diagnóstica.

En esta etapa se aplicaron de manera presencial los reactivos psicológicos mencionados anteriormente.

El diagnóstico que se obtuvo, basado en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales* (4ª ed. TR.; DSM – IV) de la American Psychiatric Association (2002), fue de depresión y ansiedad.

Diagnóstico del Entorno. Se indagó el entorno en el cual se desenvuelve cada una de las pacientes. Cabe mencionar que se contó con la ayuda de una Promotora de Derechos quien, al ser una mujer indígena, entabló el primer diálogo con las mujeres agredidas. También, brindó información sobre la comunidad, creencias y costumbres en las mismas. Ella, junto con tres pacientes, ayudaron con la traducción del español al quichua a tres mujeres no comprendían el idioma.

Se indagó en las creencias, rituales, tradiciones y costumbres desde la cosmovisión indígena que justifica la violencia; de igual manera, medir el tipo y nivel de violencia vivida.

Tercera Etapa

- 3.1 **Planificación del Proceso.** Para la elaboración del plan terapéutico, se tomó en consideración los siguientes aspectos: La formulación dinámica del problema, en la cual se consideró la interrelación entre los síntomas clínicos del trastorno de ansiedad y depresión y los factores desencadenantes, precipitantes, predisponentes y mantenedores. Entre ellos los factores culturales que presionan a las mujeres indígenas a permanecer en el círculo de violencia. Uno de los principales factores desencadenantes es el consumo de alcohol del agresor en las actividades comunitarias como mingas, fiestas, rituales, etc.
- 3.2 La formulación dinámica de la personalidad, relacionada con los antecedentes históricos, de formación, de organización y los esquemas cognitivos, afectivos y comportamentales.
- 3.3 El señalamiento de objetivos terapéuticos, enfocados en la disminución de la sintomatología psicológica presentada en las mujeres indígenas violentadas dentro de su familia.
- 3.4 El señalamiento de técnicas terapéuticas de intervención. En este apartado se escogió las técnicas sugestivas directas en estado de vigilia, tomando en cuenta los factores culturales, creencias, objetivos planteados, rasgos de personalidad y sintomatología clínica presentada.

Cuarta Etapa

Ejecución y Aplicación Técnica. Para cumplir con el objetivo planteado de disminuir la sintomatología clínica psicológica presentada en las mujeres indígenas violentadas, se escogió las técnicas sugestivas directas en estado de vigilia, desde el enfoque de la psicoterapia integrativa, tomando en cuenta el nivel de sugestibilidad de las pacientes al considerar al terapeuta como un símbolo de respeto y guía.

Según Ordi (2005) las sugerencias incrementan y favorecen las actitudes positivas para el afrontamiento y superación de los problemas; así como también el éxito de un determinado procedimiento terapéutico. Implementan la imaginación, provocan respuestas de relajación y la motivación para el tratamiento y obtener buenos resultados.

Chertok (1999) considera que la sugestión es la influencia provocada por una idea sugerida y aceptada por el cerebro, con un componente afectivo y sin un fundamento lógico suficiente; teniendo en cuenta la sugestión directa y la indirecta.

Balarezo (2017) manifiesta que el éxito de la sugestión depende de las frases sugestivas verbales que se formulen y sugiere tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Comunicación imperativa
- Palabras sencillas y fáciles de comprender
- La comunicación debe responder al nivel cultural del paciente
- La frase sugestiva debe contener un contenido emocional
- Tono de voz y acentuación adecuada
- El éxito depende del grado de autoridad y prestigio del Psicólogo
- Tonalidad afectiva

Quinta Etapa

Evaluación del Diagnóstico y los Resultados. Con el fin de monitorear el proceso psicoterapéutico, se tomó en consideración las expectativas del paciente, las exigencias de los acompañantes, los factores favorecedores y obstaculizantes de la personalidad, aspectos cognitivos y no cognitivos, nivel de empatía, etc. También, las herramientas psicológicas de evaluación como la observación, entrevista y la aplicación de los mismos reactivos psicológicos luego de la terapia.

Resultados

Fase Cuantitativa

Con la finalidad de establecer comparaciones entre las evaluaciones pre, post tratamiento y seguimiento psicoterapéutico, y tomando en cuenta la muestra, se aplicó la prueba no paramétrica Wilcoxon para muestras relacionadas, con el fin de conocer los cambios presentados en las pacientes y se puede afirmar que existen diferencias significativas (Gómez-et al., 2003).

Ansiedad: La medida de ansiedad pasa de una media de 37.70 a 23.30 lo que muestra una mejoría significativa ($Z = -2,803, p = 0.005$).

Depresión: La medida de depresión pasa de una media de 35.20 a 21.70 lo que muestra una mejoría significativa ($Z = -2.087$, $p = 0.005$) (Tabla 2).

Tabla 2

Grado de Cambio Pretest y Postest Observado Después de la Intervención Psicoterapéutica (Prueba Wilcoxon)

Variable	Pre		Post		Z	p
	Media	DT	Media	DT		
Ansiedad	37,70	14,58	22,30	12,52	-2,803	0,005
Depresión	35,20	8,44	21,70	5,73	-2,807	0,005

Dados los datos anteriores, se muestra una influencia significativa en las pacientes que recibieron un tratamiento psicoterapéutico; así como también las técnicas escogidas dentro del enfoque de la Psicoterapia Integrativa.

Fase Cualitativa

A continuación, se presentan las categorías encontradas en la interacción con las mujeres mediante entrevistas en profundidad en el contexto terapéutico y las narraciones textuales de algunas de ellas.

Los Factores que Normalizan la Violencia

La dependencia económica es uno de los factores que conllevan a la mujer indígena a permanecer junto a su agresor. Desde la infancia, los niños son quienes tienen mayor oportunidad de ingresar a la escuela para estudiar, a diferencia de las niñas que tienen que ayudar a sus madres a cuidar las chacras (el terreno sembrado). Por lo tanto, en el futuro, dependen económicamente de su esposo.

El matrimonio arreglado por los padres en las comunidades indígenas aún existe. Las mujeres de corta edad deben respetar su decisión y unirse a un desconocido a quien deben servir y respetar aún cuando exista violencia hacia ella, ya que es mejor soportar la violencia que ser una mujer soltera o divorciada en la comunidad. Así lo expresa Carmen:

Yo me casé a los 14 años porque tenía un amigo y mi papá me obligó a casarme con él, pero yo acepté porque una mujer soltera no puede salir sola en la comunidad porque todos los hombres creen que es su mujer y la molestan. También la mujer divorciada no pudo aguantar con su marido y él tiene que estar con otras, entonces la divorciada también es mal vista en la comunidad.

La violencia sexual. El cuerpo de la mujer pertenece al hombre, y él es quién decide cuántos hijos tener. Dentro de la cultura indígena consideran que 12 es un buen número, de una mujer fértil. Las mujeres no pueden oponerse a tener relaciones sexuales con un hombre porque es motivo de ira y enojo. Por lo tanto, si ocurre una violación en la comunidad, la mujer es a quien juzgan por salir de su casa en la noche, por no pedir permiso a su esposo para salir, por asistir a fiestas

de la comunidad, ella provocó. Por contrario, el hombre puede tener relaciones con algunas mujeres de la comunidad. Tal como lo comenta Inés:

La mujer que salió sola provocó al hombre para que la viole. Si se hubiera quedado en la casa con sus hijos, no hubiera pasado nada. (...) La mujer prefiere estar embarazada y tener muchos hijos para que así, un poco, le respete el marido cuando no quiera tener relaciones sexuales porque el cuerpo de la mujer le pertenece al marido, aunque nunca ha visto desnuda a la esposa, eso es una falta de respeto.

Buena o Mala Mujer y la Pachamama

En lo que se refiere a la cosmovisión indígena, como parte de su cultura, las mujeres indígenas manifestaron la dualidad en la que conciben la Pachamama (Tierra) en el lenguaje quichua significa “madre generosa”, entre el sol y la luna, el agua y el fuego, el hombre y la mujer, en la que uno de ellos tiene poder. Para el mundo indígena, la tierra significa la unión íntegra de la muerte y la vida, del mundo visible e invisible y la conexión entre los dioses y la comunidad ancestral. Hombres y mujeres tienen sus roles definidos en la Pachamama. Sin embargo, inequitativos como, por ejemplo, en la agricultura corresponde al hombre la preparación del terreno, el trabajo fuerte, y la siembra a la mujer. Si es una buena cosecha la que obtienen, se relaciona con una buena mujer y si, por alguna circunstancia, obtienen una mala cosecha, la mujer es mala porque la mujer es infértil. Así lo asegura María:

Las mujeres tenemos que hacer producir la tierra, poner las semillas en la tierra y cargar la cosecha para demostrar respeto al hombre porque él es el jefe de la casa y luego él tiene que salir a vender, porque a él le pertenece la cosecha, es lo que le regala la tierra

El Terapeuta es Respetado al Igual que los Padrinos

Los padrinos son aquellas personas representativas en la comunidad que la pareja elige en el momento del matrimonio, y serán su guía y consejeros a partir de tal evento. Existe una serie de rituales en los que participan los padrinos, por ejemplo, un día antes les lavan la cara a los novios mientras reciben un consejo, en frente de toda la familia, como un símbolo de purificación y fidelidad entre la pareja. De la misma manera, cuando la pareja enfrenta algún conflicto, es la primera instancia a la que acuden, a recibir un consejo de los padrinos.

De tal manera, el Psicólogo tiene la misma valoración que un padrino, por cuanto es quien tiene el conocimiento y puede guiar a la pareja para encontrar una solución. Como menciona Rosita:

Los padrinos de matrimonio tienen el derecho de castigar con ortiga en el cuerpo si mi marido es infiel, y a mí también porque yo también tengo la culpa por no atender bien a mi marido, y tiene que ser ese castigo en la plaza para que todos los compañeros de la comunidad aprendan.

Si mi marido me pega, tengo que buscar al psicólogo porque él me va a decir

qué hacer. Tenemos que ir a conversar, luego de ir donde mis padrinos, él nos va a ayudar, para que nos haga entender que estamos mal.

La Pareja es Autoridad

Para las mujeres indígenas en las comunidades, la palabra “amigo” no existe dentro de su lenguaje como una relación de amistad, de compartir un momento agradable; sino que amigo es aquel con quién se mantiene una relación sentimental y es un paso para llegar al matrimonio. El observar a una mujer conversando con un “amigo” implica estar faltando el respeto a la comunidad y es una vergüenza para la familia. Por consiguiente, una relación de pareja, en algunas ocasiones nace con esta confusión de no existir un conocimiento previo, sino un sentimiento impuesto que coloca al hombre en una posición de superioridad y de poder. Esto genera acciones violentas en la pareja. Tal como lo indica Carmelina:

Es mi marido, por lo tanto, tiene el plato más grande en la mesa, no importa si yo no como, le debo peinar todos los días, tengo que caminar atrás de él (...). Él siempre va adelante. Él tiene la razón porque él manda en la casa, él decide en la comunidad y también mi cuerpo le pertenece. Él me da la plata para la comida de mis hijos y una mujer divorciada no vale nada en la comunidad.

Los Pensamientos Distorsionados y la Violencia

Si bien es cierto que los pensamientos que surgen en las mujeres indígenas están directamente relacionados con la cultura. Sin embargo, la condición de violencia también desencadena pensamientos erróneos en cuanto a su concepción como mujer, en cuanto a la violencia que viven, al entorno, a la vida de pareja, de familia. Así mencionan algunas pacientes:

- “Nunca me voy a separar de él porque sola no puedo hacer nada”
- “Algún rato se ha de dar cuenta que yo no le engaño con otro hombre”
- “Si me hubiera quedado callada, mi marido no me hubiera pegado, es mi culpa por responderle”
- “Si yo cambio y soy una buena mujer, entonces él también va a cambiar”
- “Yo no entré a la escuela, no puedo hacer nada, en cambio él es estudiado y él me ayuda”
- “Todas las mujeres maltratadas son masoquistas y locas, provocan y disfrutan del maltrato”
- “Los niños no se dan cuenta de que su madre es golpeada, por lo cual no son afectados”
- “El embarazo para la violencia”
- “Hombres y mujeres han peleado siempre, es natural”
- “La mujer tiene la culpa de la violencia, su propia madre le culpa”
- “Si te casas, tienes que aguantar lo que venga”
- “La violencia psicológica no es tan grave como la física”

Discusión

El presente artículo conformado por dos fases, cuantitativa y cualitativa, cuyo objetivo fue analizar la eficacia de la psicoterapia integrativa en mujeres indígenas violentadas, tomando en cuenta los factores culturales.

Al realizar la intervención psicológica desde el enfoque integrativo focalizado en la personalidad, los resultados obtenidos afirman que existió una disminución significativa de los síntomas clínicos presentados de ansiedad y depresión. Esto concuerda con el estudio realizado por Rodríguez-Alejo et al. (2018) especialmente a generar en las pacientes bienestar y satisfacción, conducir las a la confrontación de su realidad desde otra perspectiva.

En base a la información obtenida en la fase cualitativa, las mujeres manifiestan sus vivencias de violencia enmarcadas por sus creencias culturales. Éstas llevan a naturalizar las acciones diarias en la relación inequitativa entre hombres y mujeres como parte de sus costumbres, rituales y tradiciones. Por este motivo se decidió aplicar técnicas sugestivas directas que fueron de gran utilidad y contribuyeron a la permanencia de las pacientes en el tratamiento psicológico junto con una notable mejoría. Las técnicas sugestivas, empleadas mediante la utilización de frases, sentimientos, actitudes o pensamientos procedentes del terapeuta hacia el paciente, fueron efectivas cuando éste se caracteriza por limitaciones intelectivas, experiencias vitales reducidas y conocimientos prácticos escasos. Además, el éxito de la sugestión depende en gran medida de la sugestibilidad del sujeto. Ésta constituye una de las actividades funcionales superiores del sistema nervioso y puede ser considerada como la propiedad a través de la cual las células corticales pasan fácilmente a un estado de inhibición, expresándose en el sometimiento más o menos estricto de la conducta del sujeto a la influencia verbal de otro. De esta forma, se relacionan directamente con lo mencionado por las pacientes sobre la influencia de la cosmovisión indígena en la representación simbólica del terapeuta frente a ellas, en una comparación con personas representativas dentro de la comunidad. Se construyó una relación considerando las diferencias culturales en el establecimiento de una alianza (Andrade, 2005), ayudando al cumplimiento del objetivo planteado.

Al mismo tiempo, la intervención psicoterapéutica, se adaptó a las pacientes considerando el entorno y su condición. Así como refiere Romero (2010) en su estudio de violencia de género, el tomar en cuenta la particularidad de cada mujer para diseñar intervenciones psicológicas adaptadas al momento del proceso, al entorno y plantear elementos comunes y mínimos que se debería plantear en la intervención psicológica en mujeres violentadas.

Finalmente, es importante dar la apertura a nuevas investigaciones e intervenciones psicoterapéuticas que sin importar el enfoque escogido, se ajusten a proporcionar el bienestar psicológico de las mujeres que viven la violencia como parte de su vida.

Referencias

- Andrade, N. (2005). *La alianza terapéutica*. Clínica y Salud.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., TR). Masson.
- Balarezo, L. (2015). Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. *Revista PUCE*, 100, 173-188. <http://pucespace.puce.edu.ec/handle/23000/707>
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck depression inventory second edition. Manual [BDI-II. Inventario de depresión de Beck, segunda edición]*. The Psychological Corporation.
- Beger, M. (2016). Desafíos para la psicoterapia integrativa. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 8, 8-27. https://icpsi.cl/wp-content/uploads/2017/01/AcPI_2016.pdf#page=8
- Benites, T. (2010, julio). Perú: Interculturalidad y cosmovisión indígena. *Servindi. Comunicación Intercultural para un mundo más humano y diverso*. <http://www.servindi.org/actualidad/29186>
- Buitrago, D., Contreras, M., Levano, L. Felicio, M. y Morán, C. (9 de diciembre 2021). Trabajar para reducir la violencia de género en comunidades indígenas de Ecuador. <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/trabajar-para-reducir-la-violencia-de-genero-en-comunidades-indigenas-en-ecuador?c>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moretti, L. S. y Medrano, L. A. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.07.004>
- Chertok, L. (1999). *Hipnosis y sugestión*. Lito Arte.
- Del Peral, J. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones* 13(1), 31-38. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/580>
- Gergen, K. y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17(1), 11-27
- Gómez-Gómez, M., Danglot, C. y Vega, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuando usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(2), 91-99. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8084>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019). Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
- Ministerio del Interior. (2012). Informe de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género Contra las Mujeres. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/sitio_violencia/cronica.pdf
- Asociación Médica Mundial (2015). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Opazo, R. (2017). *Psicoterapia integrativa EIS*. Dibam.
- Ordi, H. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*, 2, 117-130. <https://core.ac.uk/download/pdf/38820157.pdf>
- Rodríguez-Alejo, D., Cisneros, M. y Robles, L. (2018). Psicoterapia integrativa en un caso de trastorno depresivo persistente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 355-385. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num1/Vol21No1Art19.pdf>
- Romero, I. (2010). Intervención en Violencia de Género. Consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 191-199. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000200010&script=sci_arttext&tlng=pt
- Segura, M. (2006). ¿Resolución o silencio? La violencia contra las mujeres kichwas de Sucumbios, Ecuador [Tesis de máster, FLACSO, Ecuador]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/109>

APROPIACIÓN DE SÍ: UNA EXPERIENCIA HERMENÉUTICA

SELF APPROPRIATION: A HERMENEUTIC EXPERIENCE

Danilo Andrés Rodríguez Lizana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4673-3109>

Profesor asistente, Universidad de Chile. Chile

A. Javiera Duarte Soto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7569-0048>

Centro de estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS-UDP); Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Chile

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez Lizana, D. A. y Duarte Soto, A. J. (2022). Apropiación de Sí: Una experiencia hermenéutica. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 217-233. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35624>

Resumen

Que el sujeto consultante desarrolle –a lo largo de su tratamiento– una comprensión de los fundamentos subjetivos de su padecimiento, es considerado como una variable relevante por la investigación en proceso psicoterapéutico, y una cualidad transversal en modelos psicoterapéuticos influenciados por el paradigma Constructivista. Desde el método psicoterapéutico Posracionalista Fenomenológico Hermenéutico, a este fenómeno se le denomina: Apropiación de sí. Al ser un fenómeno que ocurre en la esfera privada de la experiencia, se estima relevante su estudio desde una metodología que acceda a éste, desde la primera persona que lo experimenta. De esta manera, se realizó un estudio cualitativo, de alcance descriptivo, utilizando la metodología de Entrevista Micro-fenomenológica. Se recolectó y analizó, bajo esta metodología, los resultados de diez entrevistas a sujetos que hayan cursado una psicoterapia influenciada por principios constructivistas. Los resultados obtenidos permiten comprender la apropiación de sí, como un fenómeno transversal en los sujetos entrevistados, caracterizándose como una transformación en el modo de acceder comprensiblemente a su propio padecer. Esta inteligibilidad permite una posición en propiedad respecto a sus circunstancias, que orienta a la acción renovadora, abriendo posibilidades a través de la transformación personal.

Palabras claves: *apropiación de sí, proceso psicoterapéutico, micro-fenomenología, fenomenología hermenéutica*

Abstract

The understanding of the subjective foundations of a patient's suffering and illness throughout the therapeutic process, is a relevant and transversal variable for psychotherapeutic models influenced by a Constructivist paradigm. From the Hermeneutic Phenomenological Post-Rationalist psychotherapeutic method, this phenomenon is called Self Appropriation. Because this phenomenon occurs in the private sphere of experience, the methodology used for studying it must allow its access from a first person perspective, this is, from the person who experiences it. This qualitative study was carried out, with a descriptive scope, using the Micro-phenomenological Interview methodology. Using this methodology, the results of ten interviews with patients who had undergone a principles based constructivist therapy were collected and analyzed. The results obtained allowed us to understand the appropriation of oneself as a transversal phenomenon characterized as a transformation in the way of understanding and accessing their suffering. This new form of intelligibility allows the patient to position himself in a place of ownership regarding his circumstances, and guides renewing action and opens possibilities for personal transformation.

Keywords: *self-appropriation, psychotherapeutic process, micro-phenomenology, hermeneutic phenomenology*

Fecha de recepción v1: 29/06/2022. Fecha de recepción v2: 21/09/2022. Fecha de aceptación: 05/10/2022.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Danilo Andrés Rodríguez Lizana. danilo.rodriguez.darl@gmail

© 2022 Revista de Psicoterapia



La indagación en el paciente, en su historia y su sufrimiento, mediante la utilización del lenguaje, se identifica como una característica transversal al ejercicio de la psicoterapia (Arciero et al., 2018; Guidano, 1994; Neimeyer y Mahoney, 1998). El lenguaje permite comprender y compartir ideas, experiencias, deseos, necesidades, emociones y, consecuentemente, el dolor. Diversos modelos explicativos del cambio psicoterapéutico coinciden en que, en el proceso de cura o alivio del dolor subjetivo, uno de los factores relevantes a considerar es el alcanzar un reconocimiento de un aspecto subjetivo de la experiencia, que antes de la intervención no se tenía. Este reconocimiento puede tomar la forma de una emoción no expresada, una explicación personal o una comprensión del cómo se produce el propio sufrimiento particular. De esta manera, se lograría una transformación de la experiencia subjetiva, traducida en un mayor grado de flexibilidad para la resolución de problemas, regulación emocional y un cambio en la manera de significar, sentir y actuar frente al problema en cuestión (Elliot, 2010; Gonçalves et al., 2009; Greenberg, 2015; Krause, 2005; Timulak, 2010).

¿Cómo la capacidad de comprenderse llega a curar el dolor subjetivo? Los modelos psicoterapéuticos en diálogo e influenciados por el constructivismo, como el Constructivismo Cognitivo y el Posracionalismo Procesal Sistémico, esbozan una respuesta a esta interrogante al entender al sujeto como un sistema de identidad autoorganizado, constructor de sentido, que tiende hacia los objetivos de preservación de sí mismo, en un estado de coherencia y estabilidad, y de adaptación funcional al medio (Guidano, 1994; Neimeyer y Mahoney, 1998). Para lograr estos objetivos, el sistema es autoreferencial, es decir, busca siempre transformar su organización de manera flexible, coherente y adaptativa al medio, a través del aprendizaje logrado en las experiencias perturbadoras que desafían su estabilidad personal (Guidano, 1994). Estos modelos psicoterapéuticos, que comparten la visión de un sujeto activo y constructor de sentido y significado, se basan en la capacidad del sujeto de poder autoorganizarse semánticamente. De esta manera, en la medida en que el sujeto desarrolle teorías y explicaciones más abarcadoras y flexibles, de sí mismo y el mundo, podrá garantizar su adaptación al medio y preservar su estabilidad personal (Greenberg, 2015; Guidano, 1994).

En esta misma línea, desde la psicoterapia Posracionalista Fenomenológica Hermenéutica (PFH), la pregunta por la experiencia personal y su comprensión es un objetivo primordial para la cura del sufrimiento del paciente (Arciero, 2009; Arciero et al., 2018). De esta manera, a pesar de las diferencias existentes entre los modelos anteriormente señalados, el PFH puede encontrar afinidad con los principios constructivistas; puesto que ambos comparten una comprensión de un sujeto agente, que es capaz de tomarse a sí mismo comprensivamente, en su cualidad singular experiencial, y de esta manera volverse responsable de su propia cura (Arciero, 2009; Guidano, 1994).

Desde la psicoterapia PFH, el transcurrir cotidiano de la vida es entendido como el desenvolvimiento de un proyecto de sentido, que se pone en juego momento a

momento, en cada instante de acción y decisión. Una característica fundamental es su naturaleza pre-reflexiva, es decir, que no se requiere de un ejercicio de volición o de conciencia temática para su existencia (Arciero, 2009; Arciero et al., 2018). El padecer psicopatológico emerge como una obstrucción en las posibilidades de seguir siendo ese proyecto arrojado hacia el futuro. Aparece como una pérdida de libertad para el sujeto, y una restricción en su capacidad de actuar en propiedad frente a la vida –que se realiza en cada instante y acción– limitando el movimiento natural tendiente hacia el futuro. De esta manera, la psicoterapia PFH propone la posibilidad de entregar propiedad y dominio sobre el padecer, a través de la comprensión de las experiencias que llevaron a la imposibilidad de ser del proyecto de vida, sobre el que se desplegaba la cotidianeidad del sujeto. Este fenómeno será denominado apropiación de sí (Arciero et al., 2018; Ricoeur, 1990; 2006).

La apropiación de sí se caracteriza por ser una comprensión del modo histórico y circunstancial –fáctico y temporal– en que el proyecto sobre el cual se desplegaba la vida del sujeto encontró su imposibilidad (Arciero et al., 2018). El medio por el cual, el sujeto alcanza esta relación reflexiva de entendimiento consigo mismo, es a través del lenguaje narrativo. Solo en el entramado narrativo el sujeto puede reflejarse a sí mismo –reflexión–, comprendiéndose y apropiándose de sus circunstancias vitales (Ricoeur, 1990; 2006). La apropiación de sí, en la medida en que es una comprensión afectiva de las experiencias de sentido puestas en juego, en las circunstancias históricas y factuales que gestaron el padecer, entrega la posición de dominio, determinación y resolución. El comprender la forma en que el proyecto de vida encontró su imposibilidad, desde la historia personal y la responsabilidad sobre las decisiones que se tomaron para su formación, devuelve la libertad al sujeto y abre nuevas posibilidades de acción (Ricoeur, 2006).

Este estado de apropiación es una nueva relación que establece el sujeto consigo mismo y sus circunstancias de padecimiento. Se caracteriza por una posición existencial renovada, sustentada en la posibilidad de acción y el poder hacer una vida diferente. La comprensión de sí transforma la vida del sujeto. Es un paso desde una posición psicopatológica, en la que se cierran todas las posibilidades de actuar, con relación a un sentido que se proyecta hacia el futuro, hacia una apertura de posibilidades basada en la responsabilidad personal (Ricoeur, 2006). La apropiación de sí es un fenómeno experiencial y existencial, que no puede ser entendido como un proceso de ordenamiento semántico solipsista. De ser así, ocurriría en el interior del sujeto, desprendido del fenómeno de hacer la vida momento a momento, fuera de las circunstancias que componen la existencia (Arciero et al., 2018).

La psicoterapia es un fenómeno complejo, no lineal, y progresivo, compuesto por un número indeterminado de fenómenos emergentes, que en su conjunto apuntan hacia la transformación psicoterapéutica y al alivio subjetivo (Duarte, 2017; Krause, 2005). Desvelar la naturaleza del cambio no ha sido tarea fácil y numerosas investigaciones han contribuido con valiosos aportes para acercarnos en esta dirección (Elliot, 2010; Gonçalves et al., 2009; Greenberg, 2015; Krause, 2005;

Timulak, 2010). Sin embargo, esta tarea ha sido preferentemente abordada desde la identificación y cuantificación de indicadores observables en tercera persona, que señalan la existencia de un cambio. Esto no considera que los fenómenos asociados a la psicoterapia son primordialmente experienciales y existenciales; es decir ocurren en el espacio privado del sentir en primera persona, en directa relación a la vida cotidiana (Arciero et al., 2018; Guidano, 1994).

Hasta el momento, el postulado sobre que la apropiación de sí es un fenómeno narrativo experiencial de comprensión y transformación de sí mismo, ha sido principalmente argumentado desde el dialogo con la filosofía, provenientes desde la fenomenología y la hermenéutica (Arciero et al., 2018). Por ello, se hace necesaria su investigación empírica desde una metodología que respete la naturaleza del fenómeno en cuestión, es decir, desde su condición experiencial en primera persona (Petitmengin et al., 2018)

En base a lo anteriormente expuesto, el objetivo de este trabajo es describir las principales condiciones y características del fenómeno de apropiación de sí, que tiene lugar en el paciente durante una psicoterapia influenciada por principios constructivista, a partir de su experiencia en primera persona.

Metodología

A fin de dar cuenta del objeto de estudio (apropiación de sí), respetando su cualidad de ser una experiencia subjetiva, se escogió una metodología que permitiese ser fiel a su naturaleza fundamental. Para alcanzar esta coherencia entre objeto de estudio y metodología, fue utilizada la entrevista Micro-fenomenológica, como método de recolección de datos y análisis. La entrevista Micro-fenomenológica surge como una herramienta de explicitación de actos mentales y físicos (Vermerch, 1994/2017), que posteriormente es llevada al campo de la ciencia cognitiva (Petitmengin et al., 2018). Por medio de la evocación (enacción) de la experiencia estudiada y su descripción detallada posterior, esta metodología busca resolver los problemas del dualismo mente/cuerpo por medio de la experiencia, como bisagra entre el acceso en primera y tercera persona a los fenómenos de la consciencia (Petitmengin et al., 2018).

Muestra

La muestra utilizada fue escogida por medio de una estrategia intencionada –no probabilística– y de carácter homogéneo. La muestra total fue de diez participantes, con edades comprendidas entre los 31 y 60 años, donde seis pertenecían al género femenino y cuatro al masculino, alcanzado la saturación de datos en la octava entrevista. Como criterio de inclusión, se escogieron participantes que hayan deseado ser entrevistados de manera voluntaria y que al menos hayan cursado seis sesiones de un proceso psicoterapéutico, con psicólogos que se definieran trabajar desde un modelo terapéutico con influencia constructivista. (Constructivismo Cognitivo; Posracionalismo Procesal Sistémico; Posracionalismo Fenomenológico

Hermenéutico)¹.

Los sujetos entrevistados solo debieron presentar sintomatología de carácter leve a moderado, recibiendo diagnósticos que estuviesen dentro del espectro ansioso-depresivo, siendo las dificultades vitales adaptativas el principal motivo de consulta y tratamiento terapéutico. De esta manera, se consideró como criterio de exclusión, participantes que hayan sido diagnosticados con algún cuadro psicopatológico de mayor complejidad.

El proceso terapéutico más corto fue de tres meses, lo que se traduce aproximadamente en doce sesiones. Y el más largo de veinticuatro meses, lo que se traduce en aproximadamente 96 sesiones, considerando en promedio una sesión semanal. Todos los entrevistados fueron atendidos por psicoterapeutas que declarasen trabajar desde un modelo terapéutico con influencia constructivista. Estos fueron: Constructivismo Cognitivo, Posracionalismo Procesal Sistémico y Posracionalismo Fenomenológico Hermenéutico. Tres de las entrevistas realizadas fueron a sujetos que al momento de ésta se encontraban cursando su proceso terapéutico. Las otras siete entrevistas fueron realizadas a sujetos que ya habían finalizado su tratamiento.

Procedimiento

La recolección de datos fue realizada de manera estandarizada por el método de entrevista micro-fenomenología (Petitmengin et al., 2018). Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos. Se condujo a los sujetos a la evocación de un momento en psicoterapia, que les haya sido relevantes en términos de comprensión personal y transformación psicoterapéutica. La consigna utilizada para iniciar la entrevista fue:

Si estás de acuerdo, me gustaría pedirte que te tomes tu tiempo y que escojas algún momento en que, junto a (nombre de su terapeuta), hayas experimentado el descubrir algo de ti o tu forma de ser, que antes no sabías y que consideres haya sido relevante para tu proceso terapéutico. Una vez que ya lo tengas presente, te pido que me lo compartas.

Las entrevistas fueron conducidas con el objetivo de que los sujetos pudiesen entrar en contacto con estos momentos significativos de su proceso psicoterapéutico, intentando dejar de lado juicios y cualquier aproximación teórica y explicativa, de su experiencia. La exploración de la experiencia se realizó en torno a dos ejes primordiales. Eje diacrónico: que buscaba dar cuenta de la evolución y despliegue temporal de la experiencia evocada. Y eje sincrónico: que se centró en la descripción pormenorizada de las cualidades que la componen (Petitmengin et al., 2018).

Análisis de Datos

El análisis de los datos recolectado fue realizado según lo estandarizado por la metodología en cuestión (Petitmengi et al., 2018). Cada entrevista fue transcrita y analizada por separado; identificando una estructura temporal de desenvolvimiento de la experiencia (Eje diacrónico) y la sistematización

categorial de sus cualidades descriptivas (Eje sincrónico). Finalmente, por medio de un proceso de síntesis, de las entrevistas realizadas, se desarrolló una Estructura Genérica de la Experiencia estudiada, reuniendo las cualidades del desenvolvimiento temporal (diacronía) y las características esenciales de cada momento de evolución (sincronía) (Petitmengin et al., 2018).

Consideraciones Éticas

La realización de esta investigación se adhirió en su totalidad a los requerimientos estipulados por el Comité de Ética de la Investigación (CEI), de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Se respetó la total y absoluta confidencialidad de los participantes, así como su voluntariedad y libertad en la participación. Se les otorgó toda la información necesaria respecto a los objetivos de la investigación, el método de recolección de datos y su posterior análisis. Todos los sujetos aceptaron participar de ésta, por medio de la firma de un consentimiento informado.

Resultados

Los resultados obtenidos se exponen en coherencia con lo estandarizado por la metodología utilizada, entrevista micro-fenomenológica, presentándolos en torno a los ejes diacrónicos de evolución de la experiencia (estructura diacrónica genérica) y sus cualidades sincrónicas esenciales (estructuras sincrónicas genéricas) (Petitmengin et al., 2018).

Estructura Diacrónica Genérica de la Experiencia de Apropiación de Sí

La estructura diacrónica genérica (Figura 1) que se obtuvo de la experiencia de apropiación de sí está compuesta por tres etapas o momentos de su desarrollo: a) quiebre de la trayectoria de vida, b) comprensión y c) ejercicio de transformación. Los resultados obtenidos muestran al fenómeno de la apropiación de sí como un proceso de transformación de la relación del sujeto consigo mismo, el cual se basa y traduce en el acceso inteligible a su propia experiencia y la posición, en términos de acción, que adopta frente a su propia circunstancia vital.

Figura 1

Estructura Diacrónica Genérica de la Experiencia de Apropiación de Sí



Grosso modo, y de manera preliminar, en el “quiebre de la trayectoria de vida” se hace referencia al modo en que los participantes señalaron que sus vidas se desenvolvían de manera habitual y familiar, sin mayor necesidad de ser pensada

o revisada. Esto se representa con una línea continua longitudinal en la Figura 1. Esta familiar naturalidad se rompe con un momento experimentado como quiebre, asociado a una fractura del modo en que la vida se venía proyectando, lo que se representa con las paralelas oblicuas. A partir de este momento, la vida cambia, algo ocurre, generando la sensación en los entrevistados de que ya nada puede volver a ser lo que era antes, lo que se ilustra con la línea fragmentada. La imposibilidad de volver al estado inicial generó en los entrevistados una sensación de malestar, padecimiento subjetivo e incluso la clara presencia de sintomatología, o un cuadro psicopatológico en algunos casos. Todos los recursos se concentran en el malestar, dejando ocultas las circunstancias vitales que dieron lugar al quiebre de la vida que se venía proyectando. El padecer toma la forma de una desapropiación de la propia experiencia y pérdida de dominio sobre la propia vida, que conduce a la desesperanza.

La dificultad de encontrar alivio o una salida al malestar es, para los participantes, lo que les conduce a la búsqueda de ayuda a través de la psicoterapia. A medida que esta progresa, los sujetos entrevistados relatan que se encuentran con una “comprensión” de su malestar, que los apropia de los sentidos históricos y circunstanciales puestos en juego en el momento de quiebre de la trayectoria de vida. Esta apropiación comprensiva se trata del reconocimiento, del modo más propio, en que el sujeto se relaciona con el mundo, desde un sentido afectivamente constituido. Esto puede ser entendido como un fenómeno de intimidad consigo mismo, que se representa en la Figura 1, con el semicírculo de flechas. Para los entrevistados es una experiencia de reconocimiento que los confronta desde una posición de responsabilidad y dominio sobre su propia condición de vida y que los orienta hacia la acción y transformación de su propia existencia. El bienestar asociado a esta etapa deviene en la forma de amplitud de posibilidades tendentes a la resolución del malestar. Representado con las flechas que se proyectan hacia el futuro a partir del momento de “comprensión”.

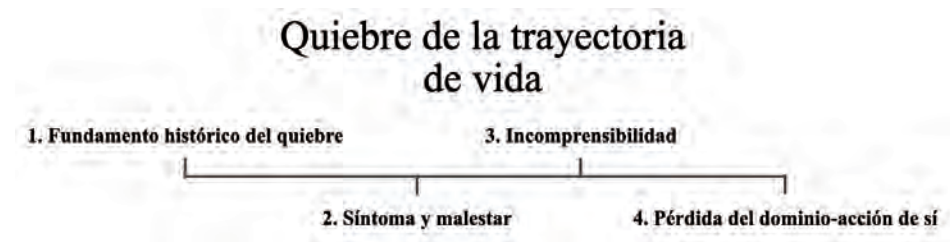
De esta manera, a partir de la “comprensión”, la apropiación de sí se completa con un “ejercicio de transformación”. Es decir, luego de recobrar el dominio y propiedad sobre la experiencia de fractura de las trayectorias vitales de sentido, se inicia una etapa en donde el cambio terapéutico descansa en acciones de esfuerzo sistemático y concertado, por comenzar a llevar la vida adelante de una nueva manera. Los entrevistados reconocieron, como el trabajo terapéutico se transforma y comienza a ir dirigido en la forma de un acompañamiento, que propicia el cambio y las instancias de comprensión y apropiación del proceso de transformación. La continuidad de instancias de comprensión que propician la apropiación de sí durante el proceso de transformación se representa con los siguientes semicírculos con flechas concéntricas.

Estructura Sincrónica Genérica: Quiebre de la Trayectoria de Vida

Si se entiende el fenómeno de la apropiación como una transformación en el modo de relacionarse del sujeto consigo mismo, su malestar y su propia circunstancia vital, es fundamental incorporar una comprensión del génesis del padecer. El ejercicio de volver sobre sí mismo solo tiene sentido en función de lo ocurrido en este primer momento de fractura y quiebre. Este momento se compone de cuatro aspectos relevantes (Figura 2).

Figura 2

Estructura Sincrónica Genérica: Quiebre de la Trayectoria de Vida



Fundamento Histórico del Quiebre

Todos los entrevistados, por medio de su tratamiento terapéutico, pudieron identificar que los fundamentos de su malestar estaban directamente vinculados con los modos de ser, de relacionarse con otros, consigo mismos y con el mundo, que tenía una clara raíz y trayectoria histórica.

El padecimiento se da de igual manera, en un segundo sentido histórico, en el del quiebre de un proyecto o trayectoria de vida tendiente hacia el futuro. El momento de fractura obstruye esta proyección hacia el futuro, haciendo que la cotidianidad ya no pueda ser la misma, perdiendo familiaridad e intimidad con la propia experiencia.

Síntoma y Malestar

El síntoma aparece como una experiencia afectiva de padecimiento –automatismo que escapa al dominio de la voluntad del sujeto–, acompañada de elementos tanto cognitivos como conductuales, que irrumpen y limitan la posibilidad de llevar adelante la vida de manera habitual. Todos los recursos del sujeto se destinan al intento de comprender y resolver el malestar, sin conseguir resultados que puedan liberarlo completamente del padecer. La expresión sintomática concentra toda la atención del sujeto, dejando oscuras las circunstancias históricas que dieron origen al malestar y los sentidos personales puestos en juego.

Incomprensibilidad

La experiencia asociada a este estado, según relataron los entrevistados, se caracterizaba por un sentimiento de desorientación, alienación, incomprensibilidad

e incongruencia. Un distanciamiento del propio sentir y el modo de encontrar propiedad, intimidad y comprensión de sí mismos. Los sujetos entrevistados dan cuenta que, durante su padecimiento intentaban desarrollar comprensiones de su malestar, modos de aproximación y abordaje de sus circunstancias, que les permitiese abrir alternativas de resolución. Pero el resultado final era la imposibilidad de salir de su estado de padecer. Este mismo hecho fue el que los movilizó en busca de ayuda.

Pérdida del Dominio-Acción de Sí

Los sujetos entrevistados dieron cuenta que, inmersos en el padecer, perdieron radicalmente el impulso y la experiencia de poder actuar y realizar sus propias vidas como agentes. La imposibilidad de acción, no solo la vivieron en relación con no poder desenvolver sus vidas de la manera habitual y familiar, sino que tampoco podían actuar o llevar a la acción una solución o resolución de su padecer. De esta manera, se vieron repitiendo, una y otra vez, las mismas acciones que los llevaban al padecimiento. La experiencia resultante fue de estancamiento y cierre de las posibilidades de acción y resolución, tendientes al futuro.

Las cuatro cualidades sincrónicas del momento de quiebre de la trayectoria de vida, mencionadas hasta aquí, son ejemplificadas por medio de la siguiente cita textual extraída de una de las entrevistas:

Antes yo sentía que justamente... que se me había caído lo que yo había hecho para atrás. Y se me cayó lo que venía para adelante. Y estaba ahí sin nada. (...) Me sentía como que había cometido errores en mi carrera, entonces me iba quedar trabajando en el mismo lugar para siempre. (...) Entonces básicamente que había arruinado mi carrera para siempre. Y que me iba a quedar para siempre en este lugar que no me gusta. Eso me repetía antes de dormir. Y que no le veía salida. (...) Y de que no tenía forma de salir de ahí. (Entrevista IX)

Estructura Sincrónica Genérica: Comprensión

El momento de comprensión para los entrevistados es alcanzado en el espacio psicoterapéutico, como un ejercicio de reconocimiento realizado en conjunto con el terapeuta. Es descrito por los entrevistados, como una instancia de detención, para tomar posición frente a los sentidos que han encontrado su imposibilidad de seguir proyectándose de manera familiar. Al igual que en el eje anterior, el fenómeno de comprensión presenta cuatro características principales descritos por los participantes (Figura 3).

Figura 3*Estructura Sincrónica Genérica: Comprensión****Experiencia de Comprensión***

Todos los entrevistados señalaron que este momento posibilita una intimidad y encuentro consigo mismo, transformando lo ajeno y extraño en algo propio. Los resultados arrojan que la comprensión de sí mismo es una experiencia en un doble sentido. En primera instancia, es el reconocimiento y apropiación de un modo de ser en términos afectivos, e históricamente proyectado. En segunda instancia, la comprensión es una experiencia por tratarse de una interpelación. El sujeto que se comprende se reconoce a sí mismo desde una historia de sentido, que son los fundamentos de su modo de ser, y también de su padecer, posicionando al sujeto frente a sus propias circunstancias vitales, movilizándolo a la acción.

Comprensión Fáctico-Histórica del Malestar

La comprensión alcanzada, tuvo la singular cualidad de estar fundamentada en una lectura del modo más propio de ser, por medio de un rodeo de la trayectoria histórica de sí mismo. Es una aproximación a la intimidad por medio de la historia trazada, los sentidos puestos en juego en cada circunstancia y las acciones que se proyectan hacia el futuro. La comprensión de sí mismo alcanzada por los sujetos no se logró en un acceso u observación directa de la propia experiencia, fue necesario el recorrido por su historia y los sentidos que la fundamentaba. Los sujetos refirieron reconocerse a sí mismos en la historia que los gestó.

Amplitud de la Vida

Tal como hubo una historia de decisiones y acciones tomadas con mayor o menor propiedad, el momento de comprensión permite construir una nueva historia y así alcanzar una transformación personal. Los sujetos reportaron como la comprensión y apropiación de sí mismo transformó su propia posición desde la responsabilidad personal, abriendo camino a nuevas posibilidades de ser por medio del hacer. La experiencia de apertura, e incluso libertad, está directamente vinculada con la experiencia de poder hacer; y la comprensión de la historia trazada es fundamental para poder guiar este poder. Transformarse implica ejercer la libertad de ser de una manera distinta, que rompa con el modo habitual que condujo al padecer.

Bienestar

Finalmente, la experiencia de bienestar es relatada como el resultado de alcanzar una comprensión que apropia al sujeto, le devuelve la posibilidad de recobrar la intimidad con su propio sentir y posicionarse de una manera responsable ante sus circunstancias vitales. Ser dueño de su propia historia y de su futuro, por medio de la capacidad de actuar y transformar su vida en base a acciones, es la antítesis del estado psicopatológico: la resignación ante el dolor, la imposibilidad y la alienación del propio sentir.

Las cuatro cualidades sincrónicas del momento de comprensión, mencionadas hasta aquí, son ejemplificadas por medio de la siguiente cita textual extraída de una de las entrevistas:

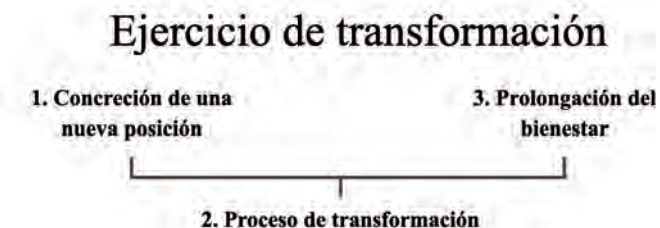
Sí, así fue. Textual. Y haciéndome cargo yo y estando yo en el centro. Yo soy la primera protagonista del cuento; yo soy la protagonista; el director y el que ilumina; solo yo. (...) Y todo esto por medio de hacerte responsable de ti misma. De mí, de yo y eso sí que... es... es como, es como duro, [Se emociona] es como bonito. (...) Entonces cuando a mí me dicen: “Hazte cargo, ve como lo haces” Uno dice: “¡Oh, qué tremenda responsabilidad!” (...) Pero es una responsabilidad que sólo puedes tomar tú, nadie más que tú. Si te equivocaste no le puedes echar la culpa a nadie. (Entrevista IV)

Estructura Sincrónica Genérica: Ejercicio de Transformación

Este último momento en la evolución de la experiencia es el espacio temporal que permite la proyección hacia el futuro que emerge a partir de la comprensión y que termina por completar la experiencia de apropiación de sí. La comprensión permite el posicionamiento del sujeto sobre su condición vital, que lo impulsa hacia el movimiento y le proporciona el poder de transformarse. Por lo que, la propiedad de sí mismo se completa en el llevar a cabo el conjunto de acciones necesarias que permitirán la transformación terapéutica (Figura 4).

Figura 4

Estructura Sincrónica Genérica: Comprensión



Concreción de una Nueva Posición

La propiedad y dominio sobre las circunstancias vitales, que se inaugura con la comprensión, no queda como una mera idea restringida a la privacidad del su-

jeto, sino que se traduce en una actitud general, que se prolonga en el tiempo y se plasma en un proyecto de acciones que buscan la transformación de sí. El futuro se abre como un espacio de cambio que de ellos depende, por medio sus acciones y la responsabilidad de llevarlas adelante. La historia pasada se comprende desde el presente, el presente se entiende desde el pasado y así se genera una experiencia de integración, que sustenta una posición de propiedad y determinación personal que se proyecta al futuro.

Proceso de Transformación

Como se ha mencionado, la comprensión, no basta para la transformación personal, es parte de la cura, pero no suficiente para ésta. Los sujetos entrevistados refirieron su proceso de transformación como un adentrarse en un ejercicio constante de transformación. Un conjunto de acciones concertadas, que se sostienen en el tiempo, en busca de este cambio. Es la sedimentación, que proporciona la recurrencia de una acción, la que terminará en una transformación personal. Simultáneamente, llevar a cabo estas acciones confronta a los sujetos con su modo habitual de ser. De esta manera, transformarse por medio de las acciones que le entregarán alivio al dolor, al mismo tiempo es enfrentarse a sí mismos.

Prolongación del Bienestar

Finalmente, la experiencia de bienestar es alcanzada por los sujetos entrevistados, no solo por medio de la comprensión, que les permitió salir del estado de alienación en relación a su propio padecer, sino que por una posición de determinación, propiedad y responsabilidad ante sus propias circunstancias vitales. En este sentido, es posible pensar que la cura psicoterapéutica es más que la extinción del malestar, se trata de recuperar una posición de apropiación ante la tarea de llevar a cabo una vida. Es la suma entre la comprensión que orienta y la acción que transforma.

Las tres cualidades sincrónicas del momento de ejercicio de transformación, mencionadas hasta aquí, son ejemplificadas por medio de la siguiente cita textual extraída de una de las entrevistas:

El dolor se hace menos intenso porque ya no siento que tengo que cumplir con roles específicos para cada ocasión. Ya no tengo que seguir este manual para vivir que yo mismo escribí. Y que es muy estricto, muy severo... entonces ese manual lo rompí, se fue a la mierda, lo tiré, lo quemé. [Risas] (...) Me digo que probablemente sienta angustia, dolor, pena, en distintas situaciones. Pero que eso no me va a matar, no me va a destruir. Y cada vez me duele menos. (...) Me da tranquilidad el poder ver con tanta claridad a futuro que no tengo que actuar del modo en que yo siento que esa persona espera que actúe. (Entrevista VI)

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue describir las principales condiciones y características del fenómeno de apropiación de sí, que tiene lugar en los pacientes durante una psicoterapia influenciada por principios constructivista, a partir de su experiencia en primera persona. Además, el estudio permitió revelar cualidades igualmente fundamentales de la experiencia de padecimiento y sufrimiento subjetivo, necesarias para comprender a cabalidad la experiencia de apropiación, y su participación en el proceso de cura y transformación personal. De acuerdo con los resultados obtenidos y en coherencia a lo planteado desde el modelo Posracionalista Fenomenológico Hermenéutico (PFH), el padecimiento y origen del sufrimiento está directamente vinculado a la obstrucción de un proyecto de sentido. Si el habitual desenvolvimiento de la vida cotidiana transcurre descansando en un proyecto de sentido pre-reflexivo –encarnado en un sujeto ya comprendido, en la relación al mundo que emerge junto a él–, el padecer pareciera estar asociado a la imposibilidad de darle continuidad a este proyecto de sentido. De esta manera, la apropiación de sí sería la instancia reflexiva de cuidado (reconocimiento en el reflejo de sí) (Ricoeur, 1995; 2006), en donde el sujeto podría recuperar el movimiento habitual de su vida, por medio de la comprensión del quiebre y el llamado a la acción del ejercicio de transformación personal, requerido para recuperar dicho movimiento.

Cada momento de la experiencia de apropiación entrega luces para llegar a una comprensión de un sujeto hermenéutico, y muestra las implicancias de comprender la apropiación de sí como una experiencia hermenéutica. El momento de quiebre de la trayectoria de vida, hace alusión a la experiencia en que la vida cotidiana se fractura por un acontecimiento que hace imposible la continuidad de su habitual familiaridad. Ante la imposibilidad de continuidad del proyecto de sentido, el sujeto no logra transformarse a sí mismo, cayendo en el padecer y la repetición psicopatológica. Lo que se pierde en este momento es la movilidad del proyecto, que anima y sostiene la habitualidad y familiaridad de la cotidianidad.

Comprender de esta manera el origen del padecer y la psicopatología, abre un escenario en donde la cura y transformación psicoterapéutica, estaría directamente vinculada con un ejercicio que propicie la apropiación de los proyectos de sentido que encontraron su imposibilidad, y saque al sujeto de la alienación propia del padecer. Si el padecer es la obstrucción de las posibilidades de ser –la pérdida del movimiento vital–, la cura estaría vinculada a la apropiación de sí que permite la apertura de posibilidades y el ejercicio en libertad de la transformación personal –la recuperación del movimiento–. Esta comprensión hermenéutica del padecer, desde la rúbrica del movimiento vital y el sentido que anima la existencia, entrega una comprensión de la psicopatología que va más allá de la presencia de un conjunto de síntomas, o de un aparato psíquico estático que se enferma desconectado de su propio mundo vital.

La comprensión, como segundo momento de la evolución diacrónica de la experiencia, hace referencia al ejercicio de reflexión alcanzado en el espacio psi-

coterapéutico. Un ejercicio reflexivo –verse y reconocerse en el reflejo– debe ser entendido como un volver sobre sí mismo, tomándose como objeto en coordenadas fácticas y temporales, es decir históricas de sentido. El acceso a sí mismo que propicia el estado de propiedad, se realiza por medio de la comprensión de la propia historia trazada, como el reflejo y testimonio de un modo de ser que se proyecta en un sentido. Lo comprendido es el sentido que ha movilizó la historia recorrida, que abre una expectativa de futuro, y que en el momento de quiebre encontró su imposibilidad. En otros términos, es la apropiación del modo en que la vida ya se realiza pre-comprendida.

El comprenderse, el entrar en intimidad y propiedad con los sentidos históricos puestos en juego en el padecer, está lejos de ser un fenómeno de ordenamiento semántico; como si el origen del padecer estuviese dentro del sujeto, y no vinculado a su vida por hacerse y en espera de realización efectiva. Los resultados demostraron que el comprenderse es principalmente, una experiencia de sentido, ante un posicionarse frente a la vida en propiedad, sus implicancias y la responsabilidad a la que nos conmina. La comprensión de sí, es un fenómeno experiencial de naturaleza hermenéutica y afectiva, al menos en dos sentidos: a) Es la hermenéutica de un modo de ser ya interpretado pre-reflexivo (experiencia de ser sí mismo). Lo que se comprende y apropia es el modo en que la vida se despliega como un sentido afectivo previo a toda reflexión. b) Comprender permite recobrar la posición ante la vida fracturada en su proyección. Proporciona la experiencia de apertura y responsabilidad de hacerla de una manera distinta. Tanto el contenido apropiado y a lo que me conmina éste, es vivido como una experiencia hermenéutica de sentido.

El estado de comprensión y la experiencia de apropiación consecuente, no es un estado absoluto de transparencia hacia sí mismo, es el establecimiento de una relación de suficiente intimidad que empodera al sujeto y lo orienta respecto al camino a seguir hacia su cura. Es una implicación fundamental para el ejercicio psicoterapéutico destacar que lo comprendido no es relevante en tanto contenido oculto que es develado, sino como posicionamiento en propiedad frente a las circunstancias vitales que llevaron al padecer. La comprensión y el reconocimiento de sí mismo en el dolor, no es una acumulación de conocimiento personal, es una posición de apropiación que me interpela ante la responsabilidad mi existencia. De esta manera, es que la comprensión de sí mismo lleva, al último momento, el “ejercicio de transformación”.

Quién se es, no es el resultado de una decisión absolutamente sostenida en la volición. La historia recorrida sedimenta un carácter, y éste mismo abre un horizonte de posibilidades a seguir. La comprensión, permite sostener la voluntad de comenzar a ejercer la libertad de hacerse en las acciones, de una manera distinta. Y, solo así, comenzar a sedimentar una nueva manera de ser que transforme el carácter, y abrir un nuevo horizonte de posibilidades y trayectorias de sentido futuro. De esta manera, los resultados abren una noción de psicoterapia que cumple un papel fundamental en este proceso ya que es la instancia que resguarda y propicia un

estado de intimidad y comprensión, de las dificultades y resistencia a transformarse por medio de las nuevas acciones.

Es en esta última etapa de la experiencia, que se realiza en su plenitud el sentido de la apropiación de sí. La comprensión fáctica e histórica de cómo las trayectorias de sentido encontraron su imposibilidad circunstancial, es solo el primer paso necesario para comenzar a movilizar una transformación de sí mismo por medio de la acción. Apropiarse de sí mismo, es comprenderse y posicionarse, desde un lugar de poder y libertad ante la propia vida, que se realiza a sí misma en las acciones decididas, que llevan a la transformación y la cura personal. De esta manera se abre una comprensión de la transformación terapéutica, en la cual la acción es una pieza fundamental para recuperar el movimiento o sentido que abre la vida. Se hace explícito que el cambio terapéutico no ocurre “dentro del sujeto” como si se tratara de un solipsismo; como si se tratara de un mecanismo o cosa que debe ser reparado. Las acciones y experiencias en el tiempo dejan huellas en el carácter, y es en el mismo tiempo que se debe comenzar a recorrer un nuevo camino que transforme, por medio de sedimentar una nueva manera de ser en la acción.

Es importante no caer en una apología de la reflexión, como si esta fuese el fundamento de una vida buena, que garantice la salud mental. La apropiación de sí es la posibilidad de que un sujeto entre en una relación de inteligibilidad consigo mismo, fundada en la capacidad de reflexividad; de tomarse a sí mismo por medio del reflejarse en la comprensión narrada de su propia historia (Ricoeur, 2006). Es una posibilidad, ya que no es necesaria, ni indispensable, para el habitual desenvolvimiento de la cotidianidad o de la vida significativa. El mundo aparece en una red de significados, proyectada en una relación de sentido vital, sin necesidad de la reflexión (Arciero et al., 2018). Es por esto por lo que el ejercicio de apropiarse no debe ser considerado como un estado necesario para el desenvolvimiento de la vida, ni un estado ideal relativo a una mayor salud mental. El apropiarse es un ejercicio que se vuelve necesario solo cuando la trayectoria de sentido, sobre la cual descansa el desenvolvimiento habitual de la vida, encuentra un espacio circunstancial de imposibilidad. La psicoterapia es un espacio de cuidado y el intento concertado, entre consultante y terapeuta, de devolver las posibilidades de movimiento a la vida restringida en el padecer.

La entrevista micro-fenomenológica, como metodología de recolección y análisis de datos, permitió dar cuenta del proceso de transformación psicoterapéutica en primera persona. Esto quiere decir, que no se accedió al fenómeno en cuestión por medio de un conjunto de criterios definidos previamente e impersonales. La comprensión de la experiencia de transformación tomó forma utilizando las categorías vivenciales propias de la persona entrevistada, sin interpretarlas desde categorías ajenas a su experiencia. Esta metodología, también permitió levantar una comprensión del proceso de transformación personal a la luz de las circunstancias concretas de la vida de cada sujeto entrevistado. El cómo es que se produce la transformación, y las circunstancias personales concretas en que ocurre, fue el foco y no la mera

identificación de indicadores, logros o metas, observables desde la posición en tercera persona del investigador.

Alcances y Limitaciones

Si bien, la metodología permitió una profundidad rica en detalles experienciales, esta misma profundidad y riqueza impidió poder extenderse en un número mayor de sujetos entrevistados, lo cual se considera como una limitación de la investigación. Ampliar el tamaño de la muestra en futuras investigaciones permitiría poder comprender diferencias específicas en la manifestación de este fenómeno, según cualidades psicopatológicas, gravedad de los síntomas, estilos de personalidad, duración del tratamiento, características personales, entre otras.

La presente investigación tuvo por objetivo aportar luz al complejo fenómeno psicoterapéutico, por medio de la descripción de uno de sus factores fundamentales: la comprensión o apropiación de sí. Entendiendo que el proceso de transformación terapéutica no puede ser reducido solo al fenómeno aquí estudiado, se considera relevante en futuras investigaciones cruzar el análisis del fenómeno de la apropiación de sí, con otros factores participantes del cambio.

Notas

1. A pesar de las diferencias y el debate existente entre estos modelos psicoterapéuticos, se considera que al compartir una comprensión de sujeto constructor de sentido, que es activo en su proceso de cura por medio de su propia comprensión, esta heterogeneidad no se considera como un obstáculo para observar el fenómeno estudiado.

Referencias

- Arciero, G. (2009). *Tras las huellas de sí mismo*. Amorrortu.
- Arciero, G., Bondolfi, G. y Mazzola, V. (2018). *The foundations of phenomenological psychotherapy [Los fundamentos de la psicoterapia fenomenológica]*. Springer.
- Duarte, J. (2017). *Episodes of meeting as relevant episodes for the study of change in psychotherapy [Episodios de encuentro como episodios relevantes para el estudio del cambio en psicoterapia]* [Tesis Doctoral, Universidad de Santiago, Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180384>
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise [Investigación del proceso de cambio en psicoterapia: realización de la promesa]. *Psychotherapy Research*, 20(2), 12-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Gonçalves, M., Matos, M. y Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change [La terapia narrativa y la naturaleza de los “momentos innovadores” en la construcción del cambio]. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), 1-23. <https://doi.org/10.1080/10720530802500748>
- Greenberg, L. (2015). *Emotion-focused therapy [Terapia centrada en la emoción]*. American Psychological Association.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. Paidós.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Universidad Católica.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Paidós.

- Petitmengin C., Remillieux A. y Valenzuela-Moguillansky C. (2018). Discovering the structures of lived experience: Towards a micro-phenomenological analysis method [Descubriendo las estructuras de la experiencia vivida: Hacia un método de análisis micro-fenomenológico]. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17(5), 691–730. <https://doi.org/10.1007/s11097-018-9597-4>
- Ricoeur, P. (1990). *Sí mismo como otro*. SXXI.
- Ricoeur, P. (2006). *Caminos del reconocimiento*. Fondo de Cultura Económica.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings [Eventos significativos en psicoterapia: una actualización de los resultados de la investigación]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 421–447. <https://doi.org/10.1348/147608310X499404>
- Vermersch, P. (2017). *L'entretien d'explicitation* [Entrevista explicativa]. ESF. (Trabajo original publicado en 1994)

EL PROCESO DE ACEPTACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA BISEXUALIDAD A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON ENFOQUE AFIRMATIVO: ESTUDIO DE CASO ÚNICO

THE PROCESS OF ACCEPTANCE AND ADJUSTMENT TO BISEXUALITY THROUGH COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY WITH AN AFFIRMATIVE APPROACH: CASE STUDY

Lorenzo Rodríguez Riesco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7560-4031>
Psicólogo Sanitario, Universidad de Cádiz. España

Sebastián Vivas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0985-7057>
Técnico de I+D+i, Universidad de Córdoba. España

Ana M. Ruiz-Duet

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0612-0690>
Psicóloga, Universidad de Cádiz. España

Cristina Pérez-Calvo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2022-1233>
Psicóloga, Universidad de Sevilla. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez Riesco, L., Vivas, S., Ruiz-Duet, A. M. y Pérez-Calvo, C. (2022). El proceso de aceptación y adaptación a la bisexualidad a través de la terapia cognitivo-conductual con enfoque afirmativo: Estudio de caso único. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 235-250. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.1140>

Nota de autor: Los autores declaran la no existencia de un conflicto de interés.



Resumen

Las personas del colectivo LGBTQ+ vivencian en su día a día diversas situaciones de estigmatización social, repercutiendo en su bienestar emocional y su salud mental. Estas actitudes negativas pueden moderar los sentimientos y percepciones de aquellas que pasan a formar parte del colectivo, como ocurre con la bisexualidad. En este estudio se presenta un acercamiento cognitivo-conductual con enfoque afirmativo en un caso de adaptación y aceptación de una usuaria que recientemente “redescubre” su orientación bisexual. A lo largo de 12 sesiones, a través de la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en asertividad y la exposición; se consigue reducir en la usuaria las diferentes problemáticas detectadas. Se consigue reducir los sentimientos de tristeza y ansiedad, se reduce el estrés percibido en situaciones problemáticas y se optimizan sus recursos en gestión emocional, obteniendo mejores resultados cuantitativos en la Escala de Evaluación de Resultados. Se concluye que este tipo de abordajes psicoterapéuticos son efectivos.

Palabras clave: LGBTQ+, bisexualidad, enfoque afirmativo, terapia cognitivo-conductual, estudio de caso único

Abstract

LGBTQ+ people experience various situations of social stigmatization in their daily lives, affecting their emotional well-being and mental health. These negative attitudes can moderate the feelings and perceptions of those who become part of the group, as is the case with bisexuality. This study presents a cognitive-behavioral approach with an affirmative approach in a case of adaptation and acceptance of a client who recently “rediscovered” her bisexual orientation. During 12 sessions, through psychoeducation, cognitive restructuring, assertiveness training and exposure, the different problems detected were reduced in the client. Feelings of sadness and anxiety are reduced, perceived stress in problematic situations is reduced and her emotional management resources are optimized, obtaining better quantitative results in the Outcome Rating Scale. It is concluded that these psychotherapeutic approaches are effective.

Keywords: LGBTQ+, bisexuality, affirmative approach, cognitive-behavioral therapy, single case study

En este trabajo se presenta el caso de una usuaria que manifiesta ciertas dificultades a la hora de adaptarse y reconocer ser bisexual. En países como España, la diversidad sexual y de género son cada vez más aceptados por la sociedad, aunque ello no implica que hayan dejado de acontecer episodios violentos sobre el colectivo LGBTIQ+ (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association [ILGA], 2020; Moya y Moya-Garófano, 2020; Worthen et al., 2017). En relación a las personas bisexuales, estas son objeto de actitudes negativas (binegatividad) por parte del resto de la población heteronormativa, e incluso por parte de otras personas del colectivo (de Bruin y Arndt, 2010; Dodge et al., 2016; Herek, 2002; Mulick y Wright, 2002; Yost y Thomas, 2012). Tales actitudes suelen estar sustentadas en una serie de prejuicios de diversa índole. A continuación, se exponen algunos de estos (Dodge et al., 2016; Dyar et al., 2015; Worthen, 2013):

- Son personas confundidas con su orientación sexual, y/o probablemente se encuentren en una fase de transición, algo temporal hacia su “verdadera” orientación sexual, invalidándola (Alarie y Gaudet, 2013). Es común que los hombres bisexuales sean vistos como hombres homosexuales encubiertos, mientras que las mujeres son percibidas mayoritariamente como heterosexuales (Yost y Thomas, 2012).
- En el caso de los hombres bisexuales, son considerados potenciales transmisores de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH, sirviendo como “puente” para la propagación del virus en la población heterosexual.
- Se asocia la bisexualidad a la promiscuidad y la obsesión con el sexo.
- Incapacidad para mantener relaciones monógamas.

Son varios los factores que pueden configurar el comportamiento del resto de personas, por ejemplo, el género. Es probable que las mujeres bisexuales perciban más experiencias negativas relacionadas con su sexualidad que los hombres bisexuales (Katz-Wise et al., 2017). En el estudio de Dyar et al. (2019), en el que se valida una herramienta para evaluar este tipo de situaciones, estas se categorizan en estereotipos de inestabilidad, estereotipos de irresponsabilidad sexual y hostilidad; siendo solo el primer índice significativamente más común en las mujeres. Otros estudios indican que la prevalencia de actitudes negativas en hombre bisexuales es mayor que en mujeres bisexuales, siendo estas vistas de una forma más “aceptable” por su erotización, entre otros motivos (Ross et al., 2010; Worthen, 2013). Otros factores pueden ser el número de exparejas o la edad en la que surge el “redescubrimiento” de la orientación sexual. Todos estos prejuicios y las actitudes consecuentes provocan en las personas bisexuales un sentimiento de negatividad hacia su propia orientación sexual. A este proceso derivado de la estigmatización social se le denomina binegatividad interiorizada, y puede limitar los comportamientos de las personas bisexuales, o suponer una disminución de su bienestar (Dyar et al., 2017; Israel et al., 2019; Paul et al., 2014).

Es vital contextualizar socialmente la situación de las personas bisexuales,

ayudarles a comprender los motivos de su posible malestar y guiarlos en el proceso de aceptación de su identidad. Siguiendo el marco teórico propuesto por Meyer (2003), en consonancia con lo expuesto, las personas bisexuales conviven con diversos estresores provenientes del entorno social y de su propia binegatividad interiorizada, estando expuestas a los prejuicios y la discriminación a causa de su bisexualidad. Esto repercute en su bienestar y su salud mental (Feinstein y Dyar, 2017; Katz-Wise et al., 2017; Meyer, 2003; Paul et al., 2014; Ross et al., 2010, 2018).

Para intervenir psicoterapéuticamente con personas del colectivo, siguiendo las pautas establecidas por la APA para la práctica con personas LGB (American Psychological Association, 2011), tener en cuenta la perspectiva de la Terapia afirmativa es necesario. O'Shaughnessy y Speir (2018), en base a Singh y Dickey (2016, p. 83, traducido por los autores), definen la Terapia afirmativa como:

(...) terapia que es culturalmente relevante y sensible a los clientes LGBTQ y sus múltiples identidades sociales y comunidades; aborda la influencia de las desigualdades sociales, afrontamiento, y construcción de la comunidad; aboga por reducir las barreras sistémicas a la mental, psíquica, relacional, y el florecimiento sexual; y aprovecha las fortalezas del cliente LGBTQ.

Los acercamientos cognitivos-conductuales y afirmativos para el tratamiento del malestar presente en personas bisexuales parecen tener buenos resultados en cuanto al desarrollo de su bienestar, identidad y entendimiento de los prejuicios estructurales existentes en la sociedad (Choi e Israel, 2019; Craig et al., 2019; O'Shaughnessy y Speir, 2018).

Conociendo este contexto y siguiendo estos principios, se presenta el caso de una usuaria aquejada por su reciente redescubrimiento de su orientación bisexual.

Conceptualización del Caso

Se presenta el caso de H., una mujer de 29 años que, al inicio de la intervención, comparte domicilio con su ex-pareja, con la que está finalizando su proceso de convivencia. Sus padres, que viven en el mismo municipio, residen juntos y la relación que H. mantiene con ambos es adecuada. En el momento de la intervención H. se encuentra trabajando como monitora en una asociación local y finalizando sus estudios universitarios.

Acude a consulta por motivación propia. Solicita ser atendida demandando bajo estado de ánimo y períodos de ansiedad. H. sitúa el origen del motivo de consulta durante la etapa final de su relación con su actual ex-pareja. Se muestra preocupada porque parte de su círculo cercano parece no entender por qué ha tomado esa decisión. Además, durante los últimos meses ha comenzado a mantener una relación afectiva con una chica. Ella siempre había mantenido relaciones sentimentales heterosexuales, presentándose este giro en su vida afectiva como algo inesperado para ella. Pese a ello, a nivel individual expresa no sentir preocupación por sus nuevos sentimientos y su re-descubierta orientación sexual, sino por las consecuencias que esto pueda tener en su círculo social y familiar. Presenta dos

preocupaciones principales. La primera giraría en torno a la ruptura y finalización de su relación anterior, donde manifiesta sentimientos de culpabilidad. La segunda, se refiere al hecho de sentirse sobrepasada por la situación que está viviendo (convivencia con su ex-pareja, culpabilidad por la finalización de su relación anterior, la nueva relación y el descubrimiento de su bisexualidad, así como la preocupación por cómo esto puede sentar en su entorno más cercano). H. demanda atención para mejorar la gestión de sus emociones y ser capaz de tener una adaptación adecuada a la situación que está viviendo. En esta situación, destaca que se encuentra en el momento de iniciar la intervención en un período donde predomina el bajo estado de ánimo (tristeza) y las reacciones de ansiedad. La ansiedad se manifiesta principalmente a través de preocupaciones, que se relacionan con un malestar emocional intenso y persistente en el tiempo. Aunque también se presentan manifestaciones fisiológicas, no destacan por encima de las cognitivas.

Es la segunda vez que acude a terapia psicológica, aunque la primera vez acudió por motivos diferentes y esta intervención tuvo que ser interrumpida debido a motivos económicos. Además, nunca ha tomado ningún tratamiento psicofarmacológico. Sobre antecedentes familiares, su madre hace varios años tuvo un episodio depresivo mayor. En cuanto consumo de sustancias, aunque expresa que bebe alcohol y fuma ocasionalmente (1-2 veces a la semana), no presenta conductas de riesgo.

Se emprende, por tanto, una evaluación y asesoramiento psicológico destinado a dotar a la usuaria del servicio de recursos y herramientas para gestionar su malestar presente y futuro, trabajar la auto-aceptación de sus sentimientos y orientación sexual, así como su adaptación al entorno con el que se relaciona.

Objetivos de la Intervención

Objetivo General

Dotar de herramientas para una correcta gestión de sus sentimientos y acompañar en el proceso de aceptación y adaptación a sus nuevos hábitos de vida.

Objetivos Específicos

- Fomentar la aceptación de su orientación sexual.
- Dotar de herramientas para mejorar su adaptación emocional y contextual.
- Aumentar su autoconcepto y autoestima.
- Trabajar pautas para la toma de decisiones.
- Fomentar una filosofía de vida más centrada en mi propio bienestar.

Metodología

La intervención se desarrolla durante un total de 12 sesiones, incluyéndose aquí sesiones de evaluación, tratamiento psicológico y seguimiento. Se trata de una intervención psicológica realizada de manera telemática. Se intervino a través de una perspectiva cognitivo-conductual y siguiendo los principios de la psicología afirma-

tiva LGBTIQ+. Durante las primeras 10 sesiones, se estableció una temporalidad bimensual (una sesión cada dos semanas). En el período final de la intervención, se llevaron a cabo dos sesiones mensuales, que tuvieron como objetivo realizar un seguimiento de la estabilización del aprendizaje adquirido durante la intervención y una prevención de recaídas. Por otro lado, entre sesión y sesión, se realizaba una pequeña consulta de 15-20 minutos donde la usuaria podía resolver dudas sobre las tareas para casa y otras herramientas terapéuticas. Se trata de una intervención exclusivamente psicológica, sin farmacoterapia.

Procedimiento Ético

Se ha contado con el consentimiento de la paciente para la publicación del artículo.

Selección de la Intervención

Tras revisar los datos cualitativos obtenidos y consensuar los objetivos de la intervención con la usuaria, se decide que la intervención sería aplicar técnicas cognitivo-conductuales desde una perspectiva afirmativa. Para ello, se adaptaron distintas técnicas cognitivo-conductuales a la perspectiva de la psicología afirmativa.

Selección y Aplicación de las Técnicas de Evaluación

En el proceso de evaluación se utiliza una entrevista semiestructurada derivada de la entrevista conductual (Fernández-Ballesteros y Carrobes, 1987). En esta entrevista, se obtienen datos cualitativos de interés para el desarrollo del análisis funcional del comportamiento y para la posterior propuesta de intervención.

Por otro lado, como herramienta para monitorizar el cambio entre sesiones, se utiliza la *Escala de Evaluación de Resultados (Outcome Rating Scales* en inglés, ORS; Miller et al., 2003, adaptado al español por Harris, 2010, validado en población española por Moggia et al., 2018), que valora el malestar experimentado por el usuario/a en varias áreas de su vida: bienestar individual, bienestar social, bienestar laboral o educativo y bienestar general.

Por último, para evaluar su gestión ante los problemas que se van generando en su día a día, se emplea el Autorregistro A-B-C, donde se registran las situaciones (A) en las que se genera el problema, los pensamientos derivados de esta y la valoración que se hace sobre ella (B) y las reacciones emocionales y conductuales que se dan (C).

Los principales resultados obtenidos tras la aplicación de estas tres herramientas de evaluación son:

- Preocupación por su situación actual. Su estado de ánimo gira en torno a la situación que vive actualmente. En este sentido se destacan dos tipos de preocupaciones:
 1. Preocupaciones en torno a su forma de vivir una relación: la usuaria expresa estar preocupada por su forma de vivir las relaciones. Se

considera una persona que en una relación necesita el mantenimiento del deseo y la afectividad. En el proceso de evaluación se manifiesta una clara reacción emocional de culpa porque, al compararse con su entorno cercano, se siente “extraña” y “diferente”. Se manifiesta mediante las siguientes verbalizaciones: “no sé si he tomado la decisión correcta”, “tengo casi 30 años, debería tener mis sentimientos claros”, “otras personas de mi entorno están en proceso de formar una familia y yo estoy así”, “quizás no vuelva a encontrar a nadie así”, etc. En estas preocupaciones se observa unas creencias tradicionales que, si bien verbaliza que no comparte o no se siente a gusto con ellas, influyen en su estado de ánimo.

2. Preocupaciones en torno a su recién descubierta relación sexual: manifiesta que nunca ha tenido problemas ni actitudes de rechazo hacia las personas del colectivo LGBTI, pero se encuentra sorprendida debido a que era una situación que no esperaba vivir. Expresa estar preocupada por qué no sabe cómo se tomará esta decisión en su entorno más cercano. Estas preocupaciones están muy influenciadas, por un lado, por la ruptura con su ex-pareja, y por el miedo al rechazo. Se manifiesta mediante las siguientes verbalizaciones: “siempre he pensado que era heterosexual”, “no sé cómo expresar este cambio en mi círculo”, etc. Tras preguntarlo explícitamente, expresa que no teme una agresión por su orientación sexual, pero sí se ve preocupada porque sus relaciones sociales cambien de manera brusca
- Déficit de conocimiento sobre identificación y gestión emocional: expresa no conocer sus emociones con claridad ni saber cómo gestionarlas.
- Toma de decisiones influenciada excesivamente por los demás: expresa que es una persona que se suele preocupar por el qué dirán. Normalmente, a la hora de tomar decisiones, le cuesta hacerlo de manera autónoma. Se muestra preocupada por lo que puedan pensar los vecinos de su pueblo de las dos situaciones anteriormente mencionadas.
- Baja autoestima: se manifiesta a través de la inseguridad a la hora de tomar decisiones y un ejercicio de autoconcepto realizado durante las primeras sesiones.

Aplicación de la Intervención

La intervención se llevó a cabo durante un total de 12 sesiones. Se combinaron distintas técnicas y procedimientos de la terapia cognitivo-conductual, entre los que se incluyen: psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, reestructuración cognitiva y exposición. A continuación, se presenta un resumen de cada una de las sesiones y su trabajo en ella:

Sesión 1: Entrevista Inicial. Sesión de Evaluación

En la primera sesión, se realiza una entrevista conductual donde se expone el motivo de consulta y se recogen datos sociodemográficos, historia de aprendizaje, antecedentes personales y familiares e información sobre hábitos, rutinas y valores. A partir de esta entrevista, se analizan los datos cualitativos obtenidos para plantear el resto de la intervención. No se recogen datos mediante cuestionarios porque no se valora como necesario para este caso, siendo considerada suficiente la información obtenida a través de la entrevista y el autorregistro.

Sesión 2: Psicoeducación (Bisexualidad y Emociones)

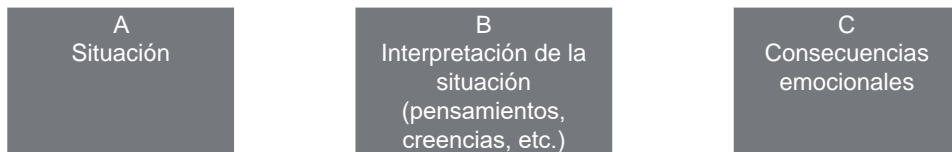
La psicoeducación se dividió en dos fases. Para el primero de los objetivos se enfocó el trabajo en los aspectos funcionales de las emociones de ansiedad y tristeza, explicando el valor adaptativo que cada una de estas emociones tiene. En segundo lugar, se trabaja su orientación sexual haciendo hincapié en que este nuevo hecho en su vida no tenía que suponer un cambio en su orientación sexual, sino un redescubrimiento de esta, visibilizando así la posibilidad y existencia de la bisexualidad.

Sesión 3: Introducción a la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

H. presenta a lo largo de la intervención pensamientos negativos sobre ella misma, su relación con el entorno y sus vivencias más actuales. Con el objetivo de que aprenda a gestionar sus pensamientos y, por lo tanto, fomentar una reacción emocional adecuada ante situaciones que no suponen un peligro real y/o donde anticipamos consecuencias negativas, se decide emplear la reestructuración cognitiva desde la terapia racional emotiva (Ellis et al., 1990). Para ello, en primer lugar, se explica mediante el uso de herramientas virtuales el ABC de la TREC, empleando como ejemplos las situaciones plasmadas en el autorregistro (Figura 1).

Figura 1

Modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual



Sesión 4-6: Reestructuración Cognitiva (TREC)

Una vez introducida la TREC, se trabaja en la adquisición de una nueva filosofía de vida. Para ello, se parte con el objetivo de modificar las creencias irracionales y preocupaciones relacionadas con el motivo de consulta. Para ello, se introduce en primer lugar la variable “D” (debate cognitivo), mediante la que se insta a la usuaria a debatir sus creencias irracionales y preocupaciones sobre las situaciones que está

viviendo (Figura 2). Se emplea el método socrático, en primer lugar, guiado por el terapeuta y, en segundo lugar, fomentando este estilo de debate en ella.

Figura 2

Modelo ABC+D de la Terapia Racional Emotiva Conductual



Finalizada la explicación y aplicación del debate cognitivo, se instruye en la concienciación de una nueva filosofía de vida, basada en los objetivos y metas de la persona usuaria, a través de la propuesta de valores realizada por la TREC, donde se trabajan especialmente los valores de auto-aceptación y auto-dirección, fomentando una filosofía de vida basada en la aceptación de una misma y la vida auto-dirigida hacia el cumplimiento de nuestros objetivos y metas vitales. Especial importancia tuvo en esta fase de la intervención la diferenciación y reestructuración de los objetivos impuestos o influenciados por su entorno (por ejemplo, relación heterosexual, independencia, matrimonio, tipo de familia, etc.) y los objetivos deseados por ella misma en ese momento (continuar con su nueva relación con una mujer, mantener relaciones basada en la sinceridad y el afecto, no imponerse objetivos tradicionales, etc.) para el desarrollo de su bienestar emocional. Así, se trabajó mediante la TREC, trabajando en el análisis y modificación de sus creencias, la aceptación de su sexualidad y su forma de entender las relaciones amorosas (auto-aceptación) y la toma de dirección propia en nuestra propia vida, buscando el cumplir de nuestros objetivos vitales tal y como lo sentimos y deseamos (auto-dirección).

Sesión 7: Entrenamiento en Asertividad (Parte I)

Una de las preocupaciones principales presente era la de expresar sus nuevos sentimientos ante amistades, familiares y personas conocidas. Sus preocupaciones principales giraban en torno al miedo a ser juzgada o evaluada negativamente por sus seres queridos, generando en sí misma inseguridad respecto a su forma de ver las relaciones afectivas y su sexualidad, y no ser capaz de expresar de manera sincera sus sentimientos.

Para fomentar una expresión adecuada y sincera de sus sentimientos, se trabajan los tres estilos de respuestas, haciendo especial hincapié en el estilo de respuesta asertivo a la hora de expresar sus sentimientos antes las personas de su círculo social. Además, se introducen los derechos asertivos, aunque se trabajarían en mayor profundidad en otra sesión, para que la usuaria comprenda aquellos derechos que tiene y que debe defender para su bienestar psicológico (Anexo I).

Sesión 8-9: Exposición de su Situación Personal

Una vez comprendidos los tres estilos de respuesta, y asimilado las respuestas que caracterizan a la conducta asertiva, se plantea una exposición en vivo donde se trabajará la expresión de mi sentimientos y situación personal a distintas personas de su entorno. Para ello, se insta a la persona usuaria a reflexionar sobre su entorno cercano y que vaya exponiéndose de manera paulatina y gradual (desde aquellas personas que anticipa que serán más comprensivas hasta aquellas que “no lo serán”). Tras la vivencia de esas exposiciones, se reflexiona sobre cada una de ellas y se compara con las expectativas previas que la persona usuaria tenía. En general, se comprueba que las expectativas eran excesivamente negativas respecto a la expresión de sus sentimientos y vivencias actuales antes las personas más cercanas a ella (no hubo juicios negativos ni rechazo ante esta nueva situación sentimental). Previo a esta sesión, se exploró las relacionados que H. tenía para sopesar pros y contras de dicha exposición, y ser conscientes sobre la posible aparecieron de actitudes binegatividad, sin caer en la catastrofización pero tampoco en la aceptación total de las demás personas en los primeros momentos de la revelación.

Sesión 10: Entrenamiento en Asertividad (Parte II)

Se finaliza el entrenamiento en asertividad trabajando en profundidad los derechos asertivos. Para ello, se explica cada uno de ellos, se ejemplifican situaciones de su vida donde no los haya cumplido y se reflexiona sobre cómo se podría haber hecho. Se enfoca especialmente hacia aquellas situaciones relacionadas con el motivo de consulta.

Sesión 11: Seguimiento Mensual

Tras finalizar con el desarrollo de las técnicas y herramientas para gestionar y fomentar su bienestar psicológico, se amplió el espacio entre sesiones, agendando las últimas dos citas mensualmente con el objetivo de fomentar la autonomía e independencia de la usuaria para aplicar lo aprendido durante las sesiones de intervención.

En esta penúltima sesión, se realiza un seguimiento del último mes, conociendo la aplicación de las herramientas trabajadas a la vida diaria de la consultante. Se resuelven dudas y problemas surgido durante el último mes.

Sesión 12: Finalización de la Intervención, Seguimiento y Prevención de Recaídas

Para finalizar, en la última sesión, se realiza un seguimiento de su desarrollo y mantenimiento durante el último mes. Se repasan los contenidos aprendidos y adquiridos en sesión y, además, se presenta un cuadernillo donde se resumen todos los contenidos trabajados y aprendidos durante sesión, generando así una guía de gestión psicológica ante posibles recaídas.

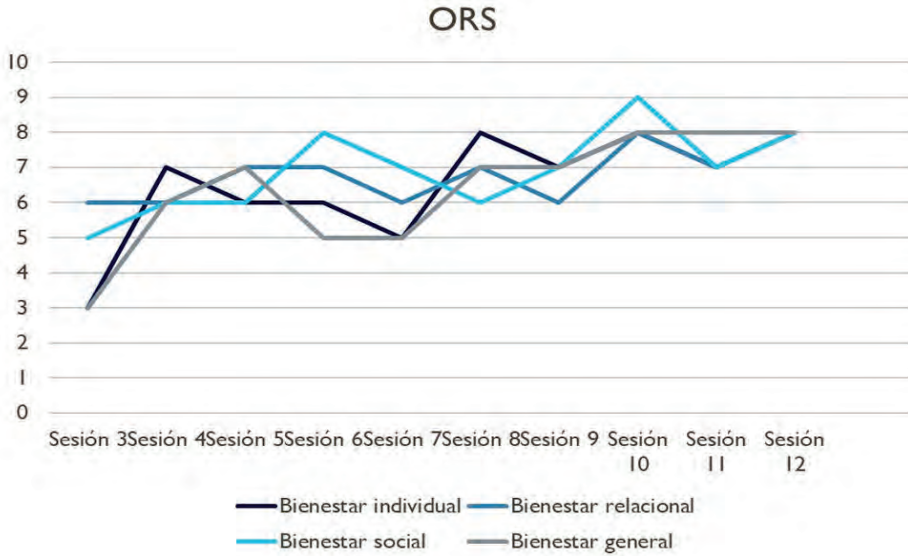
Resultados

Tras 12 sesiones de intervención, se obtienen resultados positivos que se manifiestan en los siguientes datos cualitativos:

- Disminución de los problemas detectados en la entrevista inicial: se manifiesta una reducción notable en la expresión de sentimientos de tristeza y ansiedad y, además, se observa una mejor gestión de aquellas situaciones que pueden llegar a generar estas reacciones emocionales.
- Disminución de las situaciones problemáticas registradas en el autorregistro y mejora de la gestión de dichas situaciones: otro parámetro de cambio considerable fue la disminución de la frecuencia de registro de situaciones de malestar emocional en el autorregistro. Al inicio de la intervención era frecuente que hubiera que dedicar al menos 20-30 minutos de la sesión al análisis y debate del autorregistro. Poco a poco, en consonancia con el avance de la intervención, se fue reduciendo el tiempo dedicado a esta herramienta en cada sesión y, por tanto, de las situaciones que habían supuesto un problema importante para la consultante.
- Aumento de las técnicas y herramientas disponibles para la gestión emocional de situaciones estresantes y/o complicadas: desde el comienzo de intervención donde se inicia con una consultante con pocos o escasos recursos para la identificación y gestión de las emociones se finaliza la intervención con conocimiento sobre debate cognitivo, identificación y gestiones de emociones, comunicación asertiva y planteamiento de objetivos.
- Mejora de los resultados expresados en la Escala de Evaluación de Resultados (ORS). Para valorar el cambio producido entre sesiones y a lo largo de toda la intervención se empleó la ORS (Figura 3).

Figura 3

Gráfica de los Resultados Obtenidos en la Escala de Evaluación de Resultados (ORS)



Conclusión

Las intervenciones cognitivo-conductuales con un enfoque afirmativo, denominadas también como Terapia Afirmativa Cognitiva-Conductual (A-CBT; Craig et al., 2019), se presentan como un acercamiento terapéutico efectivo para la casuística tratada en este trabajo. Una de las dificultades latentes a la hora de aplicar este tipo de intervenciones es la falta de inversión en educación sobre diversidad sexual y de género, acompañado de una estructura hegemónica de poder y mediática que no visibiliza y estigmatiza al colectivo, dando lugar a toda una serie de factores de riesgo sociales, interpersonales e intrapersonales (e.g., binegatividad interiorizada) que pueden conllevar a un deterioro psicológico y social en las personas bisexuales (Feinstein y Dyar, 2017; Ross et al., 2010, 2018).

Nuestro abordaje psicoterapéutico obtuvo buenos resultados tanto en el tratamiento de las problemáticas salientes por su orientación como en la gestión emocional en otros ámbitos de su vida. Con nuestra exposición de caso único, esperamos poder ampliar la proliferación de investigaciones vinculadas con la intervención en personas bisexuales siguiendo la estela de otros y otras autoras. Por ejemplo, se ha desarrollado recientemente una intervención *online* para la reducción de la binegatividad interiorizada (Israel et al., 2019). O'Shaughnessy y Speir (2018), utilizando una metodología mixta de síntesis sistemática, recopilan diversos elementos relacionados con la efectividad de las prácticas psicológicas con personas LGBTQ. Recientemente se ha editado un manual sobre prácticas en Salud Mental con

minorías LGBTIQ+ (Pachankis y Safren, 2019), son diversas las guías existentes de intervención (e.g., Singh y Dickey, 2016) y varias instituciones profesionales dedican parte de sus esfuerzos en abogar por el entendimiento de las problemáticas presentes en el colectivo (American Psychological Association, 2011). Sin embargo, se recalca la necesidad de, desde las prácticas basadas en la evidencia, desarrollar intervenciones con enfoque afirmativo que abarquen estas problemáticas y recabar datos sobre eficacia y validez a través de RCT's, metaanálisis y otras metodologías de mayor evidencia (Feinstein y Dyar, 2017; O'Shaughnessy y Speir, 2018; Ross et al., 2018). Por último, es necesario que los y las profesionales de la psicología estén formados en temáticas LGBTIQ+ para poder comprender y contextualizar las experiencias vividas por las personas del colectivo (American Psychological Association, 2011; Katz-Wise et al., 2017; O'Shaughnessy y Speir, 2018).

Referencias

- Alarie, M. y Gaudet, S. (2013). "I don't know if she is bisexual or if she just wants to get attention": Analyzing the various mechanisms through which emerging adults invisibilize bisexuality [«No sé si es bisexual o si solo quiere llamar la atención»: Analizando los diversos mecanismos a través de los cuales los adultos emergentes invisibilizan la bisexualidad]. *Journal of Bisexuality*, 13(2), 191–214. <https://doi.org/10.1080/015299716.2013.780004>
- American Psychological Association (APA). (2011). *Practice guidelines for LGB clients [Pautas de práctica para clientes LGB]*. <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines>
- Choi, A. Y. y Israel, T. (2019). Affirmative mental health practice with bisexual clients: Evidence-based strategies [Práctica afirmativa de salud mental con clientes bisexuales: Estrategias basadas en evidencia]. En J. E. Pachankis y S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (pp. 149–171). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190669300.003.0007>
- Craig, S. L., Austin, A. y Alessi, E. J. (2019). Cognitive-behavioral therapy for sexual and gender minority youth mental health [Terapia cognitivo-conductual para la salud mental de jóvenes de minorías sexuales y de género]. En J. E. Pachankis y S. A. Safren (Eds.), *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* (pp. 25–50). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190669300.003.0002>
- de Bruin, K. y Arndt, M. (2010). Attitudes toward bisexual men and women in a university context: Relations with race, gender, knowing a bisexual man or woman and sexual orientation [Actitudes hacia hombres y mujeres bisexuales en un contexto universitario: Relaciones con raza, género, conocer a un hombre o mujer bisexual y orientación sexual]. *Journal of Bisexuality*, 10(3), 233–252. <https://doi.org/10.1080/15299716.2010.500955>
- Dodge, B., Herbenick, D., Friedman, M. R., Schick, V., Fu, T. J., Bostwick, W., Bartlet, E., Muñoz-Laboy, M., Pletta, D., Reece, M. y Sandfort, T. G. (2016). Attitudes toward bisexual men and women among a nationally representative probability sample of adults in the United States [Actitudes hacia hombres y mujeres bisexuales entre una muestra de probabilidad representativa a nivel nacional de adultos en los Estados Unidos]. *PLoS ONE*, 11(10), e0164430. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164430>
- Dyar, C., Feinstein, B. A. y Davila, J. (2019). Development and validation of a brief version of the Anti-Bisexual Experiences Scale [Desarrollo y validación de una versión breve de la Escala de Experiencias Anti-Bisexuales]. *Archives of Sexual Behavior*, 48(1), 175–189. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1157-z>
- Dyar, C., Feinstein, B. A., Schick, V. y Davila, J. (2017). Minority stress, sexual identity uncertainty, and partner gender decision making among nonmonosexual individuals [Estrés de las minorías, incertidumbre sobre la identidad sexual y toma de decisiones sobre el género de la pareja entre personas no monosexuales]. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 87–104. <https://doi.org/10.1037/sgd0000213>

- Dyar, C., Lytle, A., London, B. y Levy, S. R. (2015). Application of bisexuality research to the development of a set of guidelines for intervention efforts to reduce binegativity [Aplicación de la investigación sobre bisexualidad al desarrollo de un conjunto de pautas para los esfuerzos de intervención para reducir la binegatividad]. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(4), 352–362. <https://doi.org/10.1037/tps0000045>
- Ellis, A., Grieger, R. y Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Desclée de Brouwer.
- Feinstein, B. A. y Dyar, C. (2017). Bisexuality, minority stress, and health [Bisexualidad, estrés de las minorías y salud]. *Current Sexual Health Reports*, 9(1), 42–49. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0096-3>
- Harris, R. S. Jr., (2010). *Encuesta de Resultado*. <https://betteroutcomesnow.com/wp-content/uploads/2018/01/spanish.docx>
- Herek, G. M. (2002). Heterosexuals' attitudes toward bisexual men and women in the United States [Las actitudes de los heterosexuales hacia los hombres y mujeres bisexuales en los Estados Unidos]. *Journal of Sex Research*, 39(4), 264–274. <https://doi.org/10.1080/00224490209552150>
- International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. (2019). *Annual review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe and Central Asia 2020* [Informe anual de la situación de los Derechos Humanos de las Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersexuales en Europa y Asia Central 2020]. ILGA Europe.
- Israel, T., Choi, A. Y., Goodman, J. A., Matsuno, E., Lin, Y.-J., Kary, K. G. y Merrill, C. R. S. (2019). Reducing internalized binegativity: Development and efficacy of an online intervention [Reducción de la binegatividad internalizada: desarrollo y eficacia de una intervención en línea]. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(2), 149–159. <https://doi.org/10.1037/sgd0000314>
- Katz-Wise, S. L., Mereish, E. H. y Woulfe, J. (2017). Associations of bisexual-specific minority stress and health among cisgender and transgender adults with bisexual orientation [Asociaciones de estrés y salud de minorías bisexuales específicas entre adultos cisgénero y transgénero con orientación bisexual]. *Journal of Sex Research*, 54(7), 899–910. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1236181>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence [Prejuicio, estrés social y salud mental en poblaciones de lesbianas, gays y bisexuales: problemas conceptuales y evidencia de investigación]. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure [La escala de calificación de resultado: un estudio preliminar de la confiabilidad, validez y viabilidad de una breve medida analógica visual]. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91–100.
- Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D. y Feixas, G. (2018). Psychometric properties of the outcome rating scale (ORS) in a Spanish clinical sample [Propiedades psicométricas de la escala de calificación de resultado (ORS) en una muestra clínica Española]. *The Spanish Journal of Psychology*, 21(30). <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.32>
- Moya, M., y Moya-Garófano, A. (2020). Discrimination, work stress, and psychological well-being in LGBTI workers in Spain [Discriminación, estrés laboral y bienestar psicológico en trabajadores LGBTI en España]. *Psychosocial Intervention*, 29(2), 93–101. <https://doi.org/10.5093/pi2020a5>
- Mulick, P. S. y Wright, L. W. (2002). Examining the existence of biphobia in the heterosexual and homosexual populations [Examinando la existencia de bifobia en la población heterosexual y homosexual]. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 45–64. https://doi.org/10.1300/J159v02n04_03
- O'Shaughnessy, T. y Speir, Z. (2018). The state of LGBQ affirmative therapy clinical research: A mixed-methods systematic synthesis [El estado de la investigación clínica de la terapia afirmativa LGBQ: una síntesis sistemática de métodos mixtos]. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 82–98. <https://doi.org/10.1037/sgd0000259>
- Pachankis, J. E. y Safren, S. A. (Eds.) (2019). *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities* [Manual de práctica de salud mental basada en evidencia con minorías sexuales y de género]. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190669300.001.0001>
- Paul, R., Smith, N. G., Mohr, J. J. y Ross, L. E. (2014). Measuring dimensions of bisexual identity: Initial development of the Bisexual Identity Inventory [Medición de las dimensiones de la identidad bisexual: desarrollo inicial del Inventario de Identidad Bisexual]. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 452–460. <https://doi.org/10.1037/sgd0000069>
- Ross, L. E., Dobinson, C. y Eady, A. (2010). Perceived determinants of mental health for bisexual people: a qualitative examination [Determinantes percibidos de la salud mental para personas bisexuales: un examen cualitativo]. *American Journal of Public Health*, 100(3), 496–502. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156307>

- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W. y Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis [Prevalencia de la depresión y la ansiedad entre las personas bisexuales en comparación con las personas homosexuales, lesbianas y heterosexuales: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Journal of Sex Research*, 55(4-5), 435-456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- Fernández-Ballesteros, R. y Carrobes, J. A. I. (Eds.) (1987). *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Singh, A. A. y Dickey, L. M. ((2016). *Affirmative counseling and psychological practice with transgender and gender non-conforming clients [Terapia afirmativa y práctica psicológica con clientes transgénero y no conformes con el género]*. American Psychological Association.
- Worthen, M. G. F. (2013). An argument for separate analyses of attitudes toward lesbian, gay, bisexual men, bisexual women, MtF and FtM transgender individuals [Un argumento para análisis separados de las actitudes hacia lesbianas, gays, hombres bisexuales, mujeres bisexuales, personas transgénero MtF y FtM]. *Sex Roles*, 68(11-12), 703-723. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0155-1>
- Worthen, M. G. F., Lingardi, V. y Caristo, C. (2017). The roles of politics, feminism, and religion in attitudes toward LGBT individuals: A cross-cultural study of college students in the USA, Italy, and Spain [Los roles de la política, el feminismo y la religión en las actitudes hacia las personas LGBT: un estudio transcultural de estudiantes universitarios en los EE. UU., Italia y España]. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(3), 241-258. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0244-y>
- Yost, M. R. y Thomas, G. D. (2012). Gender and binegativity: men's and women's attitudes toward male and female bisexuals [Género y binegatividad: actitudes de hombres y mujeres hacia los bisexuales masculinos y femeninos]. *Archives of Sexual Behavior*, 41(3), 691-702. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9767-8>

Anexo I

DERECHOS ASERTIVOS

1. Tengo derecho a ser el primero.
2. Tengo derecho a cometer errores.
3. Tengo derecho a ser el juez último de mis sentimientos y aceptarlos como válidos.
 4. Tengo derecho a tener mis propias opiniones y creencias.
 5. Tengo derecho a cambiar de idea, opinión o actuación.
6. Tengo derecho a expresar una crítica y a protestar por un trato injusto.
 7. Tengo derecho a pedir una aclaración.
8. Tengo derecho a intentar cambiar lo que no me satisface.
 9. Tengo derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
 10. Tengo derecho a sentir y expresar dolor.
11. Tengo derecho a ignorar los consejos de los demás.
12. Tengo derecho a recibir reconocimiento por el trabajo bien hecho.
 13. Tengo derecho a negarme a una petición o a decir que no.
14. Tengo derecho a estar solo, aun cuando los demás deseen mi compañía.
 15. Tengo derecho a justificarme ante los demás.
16. Tengo derecho a no responsabilizarme de los problemas de los demás.
17. Tengo derecho a no anticiparme a los deseos y necesidades de los demás y a no tener que intuirlos.
 18. Tengo derecho a responder o no hacerlo.
19. Tengo derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
20. Tengo derecho a tener mis propias necesidades y que sean tan importantes como la de los demás.

INDICE GENERAL AÑO 2022

Nº 121 TRANSITANDO LO GRUPAL: LA POTENCIA TRANSFORMADORA DEL ENCUENTRO

Moving through the group: The transformative power of the encounter

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

TRANSITANDO LO GRUPAL: LA POTENCIA TRANSFORMADORA DEL ENCUENTRO A TRAVÉS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Transiting the group: The transformative power of the encounter through group psychotherapy

Mónica Rodríguez-Zafra, Laura García Galeán y Margarita Izquierdo Martín

HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO: ANTECEDENTES, INICIO Y DESARROLLO

History of group psychotherapy: Background, startup and development

Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra

PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA Y PSICOTERAPIA DE GRUPO: CONCEPTOS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Psychodynamic psychotherapy and group psychotherapy: Therapeutic concepts and interventions

Mónica Rodríguez-Zafra y Guillermo Gil Escudero

ACCIÓN Y CUERPO EN EL GRUPO: UNA VISIÓN PSICODRAMÁTICA

Body and action in a group: A psychodramatic vision

Teresa Andrés Mascuñana y María Andrés Mascuñana

CUIDAR EL PROCESO DE UN GRUPO: COORDENADAS PSICODRAMÁTICAS PARA SU COMPRENSIÓN

Take care for the process of a group: Psychodramatic coordinates for its understanding

Natacha Navarro Roldán

LA PSICOTERAPIA DE GRUPO DESDE LA PERSPECTIVA RELACIONAL DEL PSICOANÁLISIS

Group psychotherapy from the perspective of relational psychoanalysis

Alejandro Ávila Espada

LA COHESIÓN GRUPAL: FACTOR TERAPÉUTICO Y REQUISITO PARA LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TERAPIA

Group cohesion: Therapeutic factor and requirement for therapy group creation

Mónica Rodríguez-Zafra y Laura García Galeán

LA ÉTICA DEL ENCUENTRO: REFLEXIONES ÉTICAS PARA EL SIGLO XXI EN EL CONTEXTO DE GRUPOS

The ethics of the encounter: Ethical reflections for the 21st century in the context of groups

Laura García Galeán y Mónica González Díaz de la Campa

LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO. EL NECESARIO CAMBIO DE LOS PROGRAMAS ASISTENCIALES Y DE FORMACIÓN

Training in group psychotherapy. The need for change in care and training programmes

Rosa Gómez Esteban

Artículos del monográfico de Libre Acceso

APLICACIONES DE LA GESTALT AL TRABAJO EN GRUPO

Gestalt applications to group work

Jude Austin y Julius A. Austin

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Review of the evidence on effectiveness of group psychotherapy

Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra

LOS GRUPOS DE CRECIMIENTO PERSONAL: ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS

Personal development groups: Origin and characteristics

Guillermo Gil Escudero y Mónica Rodríguez-Zafra

VARIAZIONE DEL SETTING NELLA PSICOTERAPIA DI GRUPPO DOVUTE ALLA PANDEMIA DA COVID19

Change in setting in group psychotherapy due to the covid19 pandemic

Leonardo Montecchi

UNA EXPERIENCIA DE FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO EN EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA APLICADA DE LA UNED

A training experience in group psychotherapy at the Applied Psychology Service of the UNED

Paloma Salamanca Iniesta, Clara Alonso Sánchez, Carlos Otero Ortega, M^a del Rosario Málaga Castilla, Nazaret Sánchez Rivera y Mónica Rodríguez-Zafra

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

VALORACIONES ÉTICAS EN PSICOTERAPIA: ESTUDIO CON PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

Ethical evaluations in psychotherapy: Study with mental health professionals in Spain

Joaquín Pastor Morales y Carmen del Río Sánchez

ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA EN PSICÓLOGOS QUE TRABAJAN EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Therapist's personal style of psychologists in intellectual disability work

Leandro Martín Casari, María Florencia Rivas Ganem y Federico Richard

EL DESENCANTO MODERNO DE LA PSICOTERAPIA. RENDIMIENTOS HEIDEGGERIANOS PARA UNA NUEVA FUNDAMENTACIÓN

The modern breakdown of psychotherapy. Yields of heideggerian ontology for a new foundation

Julián Gómez Peñalver

EFFECTIVIDAD DEL FEEDBACK FORMAL EN SALUD MENTAL COMUNITARIA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

Effectiveness of formal feedback in mental health community in Spain: A randomized clinical study

Pau Sánchez-Rotger, Gonzalo Martínez-Alés, Jesús Martí-Esquitino y María Fe Bravo-Ortiz

RESILIENCIA, BIENESTAR Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN POBLACIÓN ESPAÑOLA ANTE EL CONFINAMIENTO Y PANDEMIA DEL COVID-19

Resilience, well-being and post-traumatic stress in the lockdown and pandemic of COVID-19

Oscar Sánchez-Hernández, Ana Canales y Nathalie Everaert

Recensión de libros

TERAPIA DE GRUPO: DISTINTOS FORMATOS PARA DISTINTOS CONTEXTOS

Group therapy: Different formats for different contexts

Nazaret Sánchez Rivera

TERAPIA DE GRUPO O TERAPIA EN GRUPO

Group therapy or therapy in group

Laura García Galeán

Nº 122: LA TERAPIA CONTEXTUAL: TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

40 Years of a Journal

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

MONOGRÁFICO SOBRE LA TERAPIA CONTEXTUAL: TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Monograph on Contextual Therapy: Therapy of Acceptance and Commitment (ACT)

Adrián Barbero-Rubio

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

The therapeutic alliance in acceptance and commitment therapy

Robyn D. Walser y Manuela O'Connell

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UN NIÑO CON CELOS Y RUMIA DISFUNCIONALES

Acceptance and commitment therapy (ACT) in a child with dysfunctional jealousy and rumination

Ángel Alonso-Sanz, Adrián Barbero-Rubio, Francisco J. Ruiz y Bárbara Gil-Luciano

UNA EVALUACIÓN DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CENTRADA EN PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO EN TRASTORNO POR PÁNICO

A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in panic disorder

Derly J. Toquica-Orjuela, Ángela M. Henao, Miguel A. Segura-Vargas y Francisco J. Ruiz

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CENTRADA EN EL PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO PARA EL DUELO POR RUPTURA COMPLICADA: UNA EVALUACIÓN ALEATORIA DE LÍNEAS DE BASE MÚLTIPLES

Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for complicated breakup grief: A randomized multiple-baseline evaluation

Diana P. Medina-Reina y Francisco J. Ruiz

EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO CENTRADA EN PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO EN FIBROMIALGIA: UN DISEÑO DE LÍNEA BASE MÚLTIPLE ALEATORIZADO

Efficacy of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking in Fibromyalgia: A randomized multiple-baseline design

Leidy Estefany López-Palomo, Juan C. Vargas-Nieto y Francisco J. Ruiz

UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BREVE DE TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A brief acceptance and commitment therapy group intervention on Systemic Lupus Erythematosus

David Arjol y Adrián Barbero-Rubio

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

IMPORTANCIA DE LA DESPEDIDA EN EL PROCESO DE DUELO

Marisa Magaña Loarte, José Carlos Bermejo, Valentín Rodil y Marta Villacieros

Importance of farewell in the grieving process

SALUD ESPIRITUAL, CLIMA ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Spiritual health, organizational climate and family functioning

Carlos Marcelo, Lucio Abdiel Olmedo Espinosa, Víctor Andrés Korniejczuk, Moisés Manzano González, Nadia Elizabeth Blanco Angulo y Elmi Yasmín Morales Vázquez

CO-CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN MUJERES JÓVENES CON INTENTO SUICIDA. ANÁLISIS DISCURSIVO DEL DIÁLOGO TERAPÉUTICO: ESTUDIO DE CASO

Co-construction of the therapeutic alliance in suicidal young women. Discourse analysis of the therapeutic dialogue: A case study

Bernardo Enrique Roque Tovar, Edgar Antonio Tena-Suck y Antonio Sánchez Antillón

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE EN LÍNEA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

Efficacy of an online brief psychological intervention during lockdown on COVID-19

Marcela Paz González-Brignardello, Teresa Olea Tejero, Miguel Ángel Carrasco, Luis Ángel Saúl y Purificación Sierra-García

Recensión de libros

ATAJANDO LA DIVISIÓN ENTRE CLÍNICA E INVESTIGACIÓN: OUTCOME MEASURES AND EVALUATION IN COUNSELLING AND PSYCHOTHERAPY

Tackling the divide between research and clinical practice: Outcome measures and evaluation in counselling and psychotherapy

Pablo Sabucedo Serrano

Nº 123: FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO: PERSPECTIVAS

Clinical case formulation: Perspectives

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA: "LA COSA SE MUEVE"

Case Formulation in Psychotherapy: A Lot of Movement

Ciro Caro y Álvaro Quiñones

FORMULACIÓN DE CASO: DISOLVIENDO TEMÁTICAS DISFUNCIONALES MEDIANTE REGULACIÓN DE DOMINIOS DE CONOCIMIENTO INTERSUBJETIVO

Case formulation: Dissolving dysfunctional themes through regulation of intersubjective knowledge domains

Álvaro Quiñones y Carla Ugarte

FORMULACIÓN DE FOCOS Y ARTICULACIÓN DE PROYECTOS TERAPÉUTICOS EN TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: UNA APROXIMACIÓN BASADA EN EL ANÁLISIS DE TAREAS

Foci formulation and therapeutic projects articulation in emotion-focused therapy: A task-analytic approach

Ciro Caro

FORMULACIÓN DE CASO MEDIANTE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS: BASES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS Y EJEMPLO DE CASO

Case formulation using Fuzzy Cognitive Maps: Conceptual and methodological basis and case example

Luis Botella García del Cid, Estefanía Barrado Mariscal, Alejandro Sanfeliciano y Luis Angel Saúl

LA FORMULACIÓN DEL CASO DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA MENTE GOBERNADA POR OBJETIVOS Y CREENCIAS

Case formulation in CBT according to a finalistic model of mind

Angelo Maria Saliani, Benedetto Astiaso Garcia, Claudia Perdighe, Barbara Barcaccia y Francesco Mancini

LA FORMULACIÓN FUNCIONAL DE CASO DEL MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DEL APEGO Y EL ROL DE LA ENTREVISTA DE APEGO ADULTO DENTRO DE LA MISMA

The dynamic maturational model of attachment functional case formulation and the role of the adult attachment interview within it

Silvana Milozzi

Artículos del monográfico de Libre Acceso

DATA-INFORMED CASE FORMULATION WITH THE TRIER TREATMENT NAVIGATOR

Formulación de casos basada en datos con el Navegador de Tratamiento de Tréveris

Daniilo Moggia, Jana Schaffrath, Jana Bommer, Birgit Weinmann-Lutz & Wolfgang Lutz

INNOVATIVE MOMENTS AND CASE FORMULATION: FINDING RESOURCES AT THE ONSET OF THE THERAPY

Momentos innovadores y formulación de casos: Encontrando recursos al inicio de la terapia

Carina Magalhães, Patrícia Pinheiro, Jéssica Silva, and Miguel M. Gonçalves

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

TERMINACIÓN PREMATURA EN PSICOTERAPIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES: UN ESTUDIO EMPÍRICO

Premature termination in psychotherapy and patient characteristics: An empirical study

Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde y Marcos Emanuel Mattiello

LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y CULTURA INDÍGENA

Domestic violence: Integrative psychotherapy and indigenous culture

Gilda Marianela Moreno Proaño

APROPIACIÓN DE SÍ: UNA EXPERIENCIA HERMENÉUTICA

Self appropriation: A hermeneutic experience

Daniilo Andrés Rodríguez Lizana y A. Javiera Duarte Soto

EL PROCESO DE ACEPTACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA BISEXUALIDAD A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON ENFOQUE AFIRMATIVO: ESTUDIO DE CASO ÚNICO

The process of acceptance and adjustment to bisexuality through cognitive-behavioral therapy with an affirmative approach: Case study

Lorenzo Rodríguez Riesco, Sebastián Vivas, Ana M. Ruiz-Duet y Cristina Pérez-Calvo

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 33, Number 123, November, 2022 – 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* (7th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<https://revistas.uned.es/index.php/rdp/about/submissions>

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

FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO: PERSPECTIVAS

Clinical case formulation: Perspectives

Ciro Caro y Álvaro Quiñones
(Coordinadores)

EDITORIAL

FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA: "LA COSA SE MUEVE"

Ciro Caro y Álvaro Quiñones

FORMULACIÓN DE CASO: DISOLVIENDO TEMÁTICAS DISFUNCIONALES MEDIANTE REGULACIÓN DE DOMINIOS DE CONOCIMIENTO INTERSUBJETIVO

Álvaro Quiñones y Carla Ugarte

FORMULACIÓN DE FOCOS Y ARTICULACIÓN DE PROYECTOS TERAPÉUTICOS EN TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN: UNA APROXIMACIÓN BASADA EN EL ANÁLISIS DE TAREAS

Ciro Caro

FORMULACIÓN DE CASO MEDIANTE MAPAS COGNITIVOS BORROSOS: BASES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS Y EJEMPLO DE CASO

Luis Botella García del Cid, Estefanía Barrado Mariscal, Alejandro Sanfeliciano y Luis Angel Saúl

LA FORMULACIÓN DEL CASO DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA MENTE GOBERNADA POR OBJETIVOS Y CREENCIAS

Angelo Maria Saliani, Benedetto Astiaso Garcia, Claudja Perdighe, Barbara Barcaccia y Francesco Mancini

LA FORMULACIÓN FUNCIONAL DE CASO DEL MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DEL APEGO Y EL ROL DE LA ENTREVISTA DE APEGO ADULTO DENTRO DE LA MISMA

Silvana Milozzi

—Artículos del monográfico de Libre Acceso—

FORMULACIÓN DE CASOS BASADA EN DATOS CON EL NAVEGADOR DE TRATAMIENTO DE TRÉVERIS

Danilo Moggia, Jana Schaffrath, Jana Bommer, Birgit Weinmann-Lutz y Wolfgang Lutz

MOMENTOS INNOVADORES Y FORMULACIÓN DE CASOS:

ENCONTRANDO RECURSOS AL INICIO DE LA TERAPIA

Carina Magalhães, Patrícia Pinheiro, Miguel Gonçalves y Jéssica Silva

—Artículos de Libre Acceso—

TERMINACIÓN PREMATURA EN PSICOTERAPIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES: UN ESTUDIO EMPÍRICO

Pablo Rafael Santangelo, Karina Conde y Marcos Emanuel Mattiello

LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y CULTURA INDÍGENA

Gilda Marianela Moreno Proaño

APROPIACIÓN DE SÍ: UNA EXPERIENCIA HERMENÉUTICA

Danilo Andrés Rodríguez Lizana y

A. Javiera Duarte Soto

EL PROCESO DE ACEPTACIÓN Y ADAPTACIÓN A LA BISEXUALIDAD A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON ENFOQUE AFIRMATIVO: ESTUDIO DE CASO ÚNICO

Lorenzo Rodríguez Riesco, Sebastián Vivas, Ana M. Ruiz-Duet y Cristina Pérez-Calvo

