

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen 27 - julio 2016

ΨΨΨΨΨΨ€

104

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 27, Número 104, Julio, 2016 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

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

Directores anteriores:
Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado 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

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, 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 Gabalda, 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 Gurroa 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 Ortíz, 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 Angeles López González, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

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

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

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

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

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

José Luis Lledó Sandoval, Presidente 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 Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España
M^a 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: PubPsych, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

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

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

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

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

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

Deposito 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: <http://revistadepsicoterapia.com>. 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 sexta edición de la APA (2009) 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 y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis 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 sexta edición de la APA (2009).

TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). 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 se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial). En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información. Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

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

Proceso de evaluación y selección de originales:

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

Copyright:

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

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

CONTENIDO**Monográfico: Formulación de Caso en Psicoterapia**
Adrián Montesano y Ciro Caro

Editorial: <i>Formulación de Caso en Psicoterapia</i>	1
Adrián Montesano y Ciro Caro	
Una mirada a la formulación de caso en psicoterapia: Introducción conceptual y perspectiva de futuro	5
Ciro Caro y Adrián Montesano	
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	23
Rohnda N. Goldman, Leslie S. Greenberg y Ciro Caro	
¿Qué es una Formulación de Caso Basada en la Evidencia? ...	47
Tracy D. Eells	
El Diagrama Circular en Terapia de Pareja: Un mapa relacional para guiar el proceso terapéutico	59
Adrián Montesano	
Cómo Lidar con la Ambivalencia en Psicoterapia: Un Modelo Conceptual para la Formulación de Caso	83
João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga y António P. Ribeiro	
La Formulación de Caso en Supervisión Clínica: Proceso Colaborativo Apoyado por Mapas Conceptuales	101
Marcela Paz González-Brignardello	
——Artículos de Libre Acceso——	
(disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com)	
How to Deal with Ambivalence in Psychotherapy: A Conceptual Model for Case Formulation	119
João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga, António P. Ribeiro	
What is an evidence-based case formulation?	139
Tracy D. Eells	

Aportaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso al Trabajo con Madres y Padres de Niñas y Niños Atendidos en Salud Mental: Experiencias de la Intervención Grupal.....	149
Mónica Díaz de Neira Hernando, Carmen Vidal Mariño, Susana González Rueda y Pedro Gutiérrez Recacha	
Duelos Familiares o Colectivos. Diseño de una Escala de Actitudes hacia los Niños en Procesos de Duelo	167
Marta Villacieros Durbán, José Carlos Bermejo Higuera y Marisa Magaña Loarte	
Integración del Asesoramiento Genético y Reproductivo con la Psicoterapia: Reflexiones a través de un caso	181
Eugènia Monrós y Assumpta Junyent	
Desafíos Éticos en Psicoterapia. Perspectiva de Terapeutas y Pacientes	203
M. Luz Bascuñán	
Problem Solving Brief Therapy: A Case Conducted by John Weakland	217
Eduard Carratalà, Anna Vilaregut, Karin Schlanger y Cristina Günther	
La alianza terapeutica en la danza movimiento terapia con pacientes con discapacidad intelectual. Estudio de caso	233
Silvia Barnet-Lopez, Meritxell Pacheco, Heidrun Panhofer, Peter Zelaskowski, Susana Pérez-Testor y Myriam Guerra-Balic	

CONTENTS

Monographic: Case Formulation in Psychotherapy Adrián Montesano, & Ciro Caro

From the Editor: Case Formulation in Psychotherapy	1
Adrián Montesano, & Ciro Caro	
A look at psychotherapy case formulation: Conceptual introduction and future perspectives	5
Ciro Caro, & Adrián Montesano	
Case formulation in Emotion-Focused Therapy: From markers work and process facilitation to the co-creation of a therapeutic focus	23
Rohnda N. Goldman, Leslie S. Greenberg, & Ciro Caro	
What is an evidence-based case formulation?	47
Tracy D. Eells	
The Circular Diagram in Couple Therapy: A relational map for guiding the therapeutic process	59
Adrián Montesano	
How to Deal with Ambivalence in Psychotherapy: A Conceptual Model for Case Formulation	83
João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga, & António P. Ribeiro	
Case Formulation in Clinical Supervision: Collaborative Process Supported by Concept Mapping	101
Marcela Paz González-Brignardello	
———Artículos de Libre Acceso———	
(disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com)	
How to Deal with Ambivalence in Psychotherapy: A Conceptual Model for Case Formulation	119
João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga, & António P. Ribeiro	
What is an evidence-based case formulation?	139
Tracy D. Eells	

Contributions of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Work with the Parents of Children in Mental Health Services: Experiences from Group Interventions	149
Mónica Díaz de Neira Hernando, Carmen Vidal Mariño, Susana González Rueda, & Pedro Gutiérrez Recacha	
Family or Collective Grief. Design of a Scale of Attitudes toward Children in Mourning Process	167
Marta Villacieros Durbán, José Carlos Bermejo Higuera, & Marisa Magaña Loarte	
Integration of Genetic and Reproductive Counseling with Psychotherapy: Considerations through a case	181
Eugènia Monrós, & Assumpta Junyent	
Ethical challenges in psychotherapy. Therapists and patient's perspectives	203
M. Luz Bascuñán	
Problem Solving Brief Therapy: A Case Conducted by John Weakland	217
Eduard Carratalà, Anna Vilaregut, Karin Schlanger, & Cristina Günther	
Therapeutic alliance in dance/movement therapy with patients with intellectual disability. Case study	233
Silvia Barnet-Lopez, Meritxell Pacheco, Heidrun Panhofer, Peter Zelaskowski, Susana Pérez-Testor, & Myriam Guerra-Balic	

EDITORIAL: FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA

FROM THE EDITOR: CASE FORMULATION IN PSYCHOTHERAPY

Adrián Montesano y Ciro Caro

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Montesano, A. y Caro, C. (2016). Editorial: Formulación de caso en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 1-3.

Parece mentira que la Revista de Psicoterapia en sus más de 100 números y 25 años de historia no haya dedicado una monografía a un tema tan central para la psicología clínica y la psicoterapia como es la formulación de caso. Ello quizás pueda deberse a que, a pesar de ser un tema tan antiguo como la psicoterapia misma, nunca ha gozado de los privilegios de ser *mainstream*. Otra de las causas de esta omisión puede radicar en el hecho de que, en el panorama nacional, no ha habido nadie que abanderase este tema de forma firme y sostenida. Una de las consecuencias más notorias de estos dos factores es que los textos de referencia en castellano sobre formulación de caso brillan por su ausencia.

Esta carencia editorial en la revista y en la bibliografía en castellano sobre psicoterapia en general nos resulta gravemente alarmante, sobre todo porque la formulación es una competencia central en nuestra actividad profesional de la que no podemos prescindir. Y es que todos los psicoterapeutas realizamos formulaciones, aunque sea de forma parcial e inconsciente. Así pues, nos parece que con la formulación de caso ocurre algo parecido a lo que sucede con la sexualidad: casi todo el mundo la practica de alguna forma, pero muy pocos hablan de ella. A pesar de sus obvias grandes diferencias, en ambos casos un diálogo abierto supone una oportunidad para mejorar. Pero es que en el caso de la formulación el silencio puede tener graves consecuencias. La primera es la ausencia de referentes y la consecuente falta de desarrollo del conocimiento. La segunda, y más importante, radica en el hecho de que las formulaciones que realizamos como psicoterapeutas son el vehículo a través del cual construimos realidades con nuestros clientes. Esto implica una gran responsabilidad, que no puede relegarse al ámbito de lo implícito, lo privado, o lo improvisado.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: adrianmontesano@gmail.com

© 2016 Revista de Psicoterapia



Con esta inquietud en mente nos dispusimos a pensar cómo podíamos resolver este estado carencial con algún tipo de contribución, la cual finalmente ha tomado forma en este monográfico. En efecto, hemos compilado en este número especial una selección de seis artículos en castellano, con contribuciones nacionales e internacionales, que configuran un primer acercamiento al tema de la formulación de caso. Decimos un primer acercamiento puesto que se trata de un tema sumamente amplio que abarca no sólo el conjunto de los modelos existentes (hasta 16 modelos estructurados de formulación en la actualidad), sino también, y de forma destacada, el ámbito del entrenamiento clínico y el de la investigación. Abarcarlo todo en un solo número resulta una tarea imposible. Aun así, creemos que el repertorio de textos incluidos en el monográfico conforma un abanico lo suficientemente amplio para ofrecer a nuestros lectores una visión global.

El monográfico abre con un primer texto que trata de ubicar al lector en un marco general, ofreciendo una mirada panorámica acerca de qué significa exactamente la formulación de caso y de cuáles son los principales modelos y autores existentes en el ámbito internacional. No obstante, el texto no se limita sólo a realizar una introducción conceptual, sino que intenta analizar el rol de la formulación en el contexto político y social de la psicología clínica y la salud mental en la actualidad, así como delinear cuáles son las perspectivas de futuro de la formulación de caso.

El segundo texto es la introducción al público de habla hispana del modelo de formulación de caso de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), en una factura mixta con sus autores originales. El modo de presentarlo, representa la forma actual de introducir la TFE a quienes se inician en su aprendizaje, pues articula operativamente la ecuación entre formulación e intervención que es característica del modelo. Además, aporta una serie de elementos conceptuales y prácticos, que no se hayan presentes en la literatura sobre TFE en español, entre los que resalta la estructura conceptual que sirve a cliente y terapeuta para formular un foco de trabajo.

En tercer lugar, contamos con una colaboración internacional que responde a la pregunta acerca de ‘¿Qué es una formulación de caso basada en la evidencia?’ Este trabajo viene a “poner orden” en el tema, y aporta con gran claridad y concreción, criterios clave que cualquier terapeuta puede tener en cuenta a la hora de valorar desde esta perspectiva un modelo de formulación de caso concreto, o al tomar en consideración su propia práctica.

El cuarto artículo ‘El diagrama circular en terapia de pareja: Un mapa relacional para guiar el proceso terapéutico’, realiza dos contribuciones principales. Por un lado, ofrece una aproximación a la formulación sistémica haciendo especial hincapié en los patrones de construcción interpersonal. Por otro, desarrolla de forma pormenorizada una innovación técnica, el diagrama circular, aportando una herramienta clínica de gran valor para una de las modalidades más difíciles de la psicoterapia, la terapia de pareja, para la cual apenas existen modelos específicos

de formulación.

Otra de las aportaciones internacionales viene de la mano del equipo de investigación en psicoterapia de la universidad de Minho, Portugal. Este equipo, que cuenta con una gran trayectoria en el estudio del cambio en psicoterapia desde el punto de vista narrativo, ha generado específicamente para este monográfico un modelo operativo para conceptualizar la ambivalencia en psicoterapia. Puesto que la ambivalencia es un fenómeno común en psicoterapia, con gran impacto en los resultados de la misma, creemos que el texto puede resultar de gran interés clínico para terapeutas de distintas orientaciones y sensibilidades.

La última de las aportaciones examina la utilidad de los mapas conceptuales como herramienta de formulación en el contexto de la supervisión clínica. La autora propone que los mapas conceptuales, como herramientas gráficas para organizar y representar el conocimiento, promueven la generación y negociación de significados entre terapeuta y supervisor, facilitando el desarrollo del conocimiento experto.

Celebramos la aparición de este monográfico con gran entusiasmo y esperanza e invitamos a nuestros lectores a adentrarse en su contenido y disfrutarlo. Esperamos que este conjunto selecto de artículos consiga despertar su curiosidad y contribuya a la mejora de su práctica clínica. Por otra parte, creemos que las seis contribuciones incluidas en este monográfico ayudarán a paliar la escasez de textos de referencia en castellano sobre la formulación de caso. Esperamos también que sirvan de acicate para posteriores contribuciones editoriales sobre este tema que, sin duda alguna, tiene una gran proyección de futuro en el mundo de la psicología, la salud mental y la intervención psicosocial.

POSTGRADO EN MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA

NOVIEMBRE 2016 - MODALIDAD PRESENCIAL

RESERVA DE PLAZA Y MATRICULACIÓN

Puedes formalizar tu reserva de plaza:

Por internet

Desde la Web del IL3 puedes acceder a la ficha de información del curso donde se te indicarán los detalles del proceso de matrícula.

www.il3.ub.edu/offers/5644

Por teléfono

Llamando a la Secretaría de Información y Matriculación:

93 309 36 54

SÍGUENOS EN:



**IL3-UB, Instituto de Formación Continua
Universitat de Barcelona**

Distrito 22@
C/ Ciutat de Granada, 131.
08018 Barcelona

TRES RAZONES PARA ESCOGERLO

TE ESPECIALIZA PARA EL USO DEL MINDFULNESS EN TU PRÁCTICA PROFESIONAL CLÍNICA, HACIENDO ÉNFASIS EN LOS TRASTORNOS DONDE HA DEMOSTRADO SU EFECTIVIDAD.

INCLUYE SESIONES CLÍNICAS Y PRÁCTICA DE HABILIDADES Y TÉCNICAS DE MINDFULNESS.

INCLUYE 25 HORAS DE PRÁCTICAS CURRICULARES EN ENTIDADES DEL ÁMBITO SANITARIO Y SOCIAL Y EN ONG'S, CALENDARIZADAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL ALUMNO Y LA ENTIDAD.

Entidades de prácticas:



Descubre el potencial terapéutico del Mindfulness

Coorganizado con:



Descúbrelo y amplía
toda la información en:
www.il3.ub.edu



UNA MIRADA A LA FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA: INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL Y PERSPECTIVA DE FUTURO

A LOOK AT PSYCHOTHERAPY CASE FORMULATION: CONCEPTUAL INTRODUCTION AND FUTURE PERSPECTIVES

Ciro Caro¹ y Adrián Montesano^{2,3}

¹Departamento de Psicología y Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI)
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

²Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología.
Universitat de Barcelona.

³ Centro de Investigación en Psicología, Unidad de Investigación en Psicoterapia y Psicopatología,
Escuela de Psicología, Universidade do Minho.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

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), 5-22.

Resumen

La formulación de caso es una de las competencias profesionales más complejas e importantes para el ejercicio de la psicoterapia. A pesar de que esta metodología de trabajo ha estado presente desde los inicios de la psicoterapia y la psicología clínica, todavía falta mucho por desarrollar tanto en el nivel formativo, como de la práctica cotidiana y de la investigación. Por ello, en este texto revisamos algunas de las cuestiones más importantes sobre el papel de la formulación de caso en la actualidad de la psicoterapia. Concretamente, abordamos estos tres puntos: (a) Las principales aproximaciones conceptuales existentes acerca de la formulación de caso, (b) la potencialidad de la formulación como alternativa al diagnóstico psiquiátrico, y (c) su rol en el contexto de la práctica basada en la evidencia y la evidencia basada en la práctica. Asimismo, se señalan los beneficios terapéuticos de la formulación como metodología colaborativa y sensible a los significados personales del cliente, así como su capacidad para incrementar la efectividad de la práctica clínica.

Palabras clave: *Formulación de caso, Psicoterapia, Salud mental, habilidades clínicas, Diagnóstico clínico, práctica basada en de la evidencia*

Abstract

Case formulation is one of the most important and complex professional competences for the psychotherapy endeavour. Despite this methodology has been present since the beginnings of clinical psychology and psychotherapy, there is still a long way of development in training, clinical, and research contexts alike. Therefore, in this paper some of the main questions about the role of case formulation for current psychotherapy are reviewed. Specifically, we address these three core points: (a) Key conceptual approaches about case formulation, (b) the potentiality of formulation as an alternative to psychiatric diagnosis, and (c) its role in the context of evidence-based practice and practice-based evidence. Additionally, the therapeutic benefits of case formulation as a collaborative practice sensitive to client's personal meanings are highlighted, as well as its capacity to improve the effectiveness of clinical practice.

Keywords: *Case Formulation, Psychotherapy, Mental Health, Clinical skills, clinical diagnosis, Evidence-base practice*

Fecha de recepción: 26 mayo 2016. Fecha de aceptación: 19 junio, 2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cirocaro@comillas.edu

Dirección postal: Ciro Caro. Departamento de Psicología y Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI). Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Calle Mateo Inurria, 37, 28036 Madrid, España.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Si uno pregunta a un grupo de recién graduados en Psicología, elegidos al azar, ¿qué entienden por *formulación de caso*?, lo más probable es que obtenga una respuesta dubitativa, que, en el mejor de los casos, termine por concretarse del siguiente modo: “Es una manera de presentar un caso de terapia.” Y, con gran probabilidad, lo mismo sucedería si la pregunta fuera dirigida a un egresado de cualquier programa universitario de postgrado, si bien en estos grupos sería más probable obtener un matiz más en la respuesta, referido a la hipótesis que el clínico ha elaborado acerca del malestar de la persona que acude a terapia. Aún así, este matiz no parece un gran avance respecto al conocimiento mostrado por el recién graduado, máxime cuando el encuestado difícilmente es capaz de referir un modelo específico de formulación, respecto al cual pueda juzgarse a sí mismo como clínicamente competente.

Este panorama –que quizás no cambiaría excesivamente si lanzásemos la pregunta a los profesionales de la psicoterapia y de la intervención psicológica ya establecidos–, tiene fácil explicación y a su vez justifica sobradamente la dedicación de un número monográfico al tema de la Formulación de Caso (FC). Dicha explicación pivota esencialmente sobre tres problemas:

1. La práctica inexistencia de textos de referencia en español. Por lo que nosotros conocemos, apenas existen tres textos de referencia –vinculados al modelo conductual– y algunos capítulos traducidos de manuales generados en otros contextos culturales.
2. La ausencia casi completa de este tópico en la mayor parte de los programas formativos –al menos con la entidad suficiente– tanto en los programas de grado como de postgrado.
3. El relativo poco uso o el irregular empleo de este tipo de procedimientos por parte de los psicoterapeutas en la práctica clínica cotidiana.

En efecto, pareciera que en la práctica rutinaria de la psicoterapia en España, la confianza en la propia pericia y la adscripción a “modelos eclécticos” se conjugan con un trabajo relativamente aislado y poco transparente –en el sentido de accesible a alguna forma de auditoría– en el caso de la práctica privada, y con los efectos de la elevada presión asistencial y falta de coordinación en gran parte de los servicios públicos de atención psicológica. En ambos casos, el uso de la FC aparece como algo prácticamente anecdótico.

No queremos decir con esto que no se practique en el contexto privado o en el público ningún tipo de formulación o de conceptualización de caso, sino que las prácticas que la constituyen son sumamente variadas, posiblemente erráticas, y presumiblemente más vinculadas a la etapa de transición a la vida profesional que a una práctica explícita y sistemática de FC. Por lo general, las experiencias sobre FC se circunscriben a esta etapa de transición dado que, por una parte, la supervisión requiere la estructuración del material clínico de acuerdo con algún tipo de plantilla, y, por otra, la bisoñez del terapeuta novel le urge a tratar de organizar la información sobre su cliente de una forma sistemática, que le ofrezca una guía para decidir qué

hacer frente a la incertidumbre de lo desconocido.

Otra de las fuentes de experiencia habitual sobre la FC proviene de la propia formación de grado. En ese sentido, sería injusto omitir que los modelos cognitivo-conductuales vienen haciendo de la conceptualización de los casos el marco óptimo para encuadrar los análisis funcionales eficaces, es decir, que contengan la información relevante y que permitan el adecuado compromiso de los clientes. Dado que el modelo cognitivo-conductual constituye la formación dominante en los programas de Psicología, este tipo de formulación sí se encuentra presente en el acervo de la mayor parte de quienes se inician en el mundo de la terapia psicológica, aunque no siempre se refieran a ella usando el término FC. Igualmente, el entrenamiento en los modelos de terapia cognitivos clásicos (i.e., Beck o Ellis) también equipa a los terapeutas con plantillas o procedimientos de evaluación que son en sí mismos herramientas de formulación. Estos pueden ser utilizados sistemáticamente por los estudiantes, de modo que les permitan interponer una estructura de comprensión y de reducción de datos entre el cliente y sus problemas así como desarrollar una intervención teóricamente congruente.

Más recientemente, la irrupción en el mercado de las terapias de modelos manualizados bajo el epígrafe de *tratamientos de tercera generación* o contextuales, ha contribuido a la especificación de estrategias de formulación. Sin duda, ello resulta también una invitación para los terapeutas a la profundización en modelos concretos de FC. Tal es el caso, por ejemplo, de los protocolos utilizados en EMDR (i.e., Leeds, 2013), o de los procedimientos de conceptualización en Terapia de Aceptación y Compromiso (i.e., Páez-Blarrina y Gutiérrez-Martínez, (2012), de las formulaciones de las distintas dificultades que ofrece el tratamiento basado en Mindfulness (i.e., Didonna, 2011), o de los pasos de formulación en Terapia Centrada en la Compasión (Gilbert, 2015). Igualmente, otras formas manualizadas de tratamiento emergentes en el marco constructivista, ofrecen estructuras y estrategias que si bien no se nombran explícitamente como de FC, sí que sirven a este propósito vinculando teoría y práctica de modo directo como por ejemplo la Terapia Centrada en Dilemas para la depresión (Feixas y Compañ, 2015). Este manual ilustra el uso de la técnica de la rejilla en la exploración del sistema de construcción personal del cliente y en la consiguiente identificación de dilemas, y aporta registros y diagramas que el terapeuta puede utilizar de forma específica y directa en la fase de tratamiento.

No obstante, como ya sabrá el lector, el mapa completo de modelos y teoría psicoterapéuticas sobrepasa ampliamente los límites del territorio cognitivo-conductual (y contextual). Una visión panorámica de la FC requiere, por tanto, ampliar el foco para incluir sistemas y modelos de formulación con diferentes bases teóricas y sensibilidades específicas. Es cierto que muchas de estas teorías –y sus aplicaciones de formulación– no se hallan publicadas en nuestro idioma y pueden resultar poco accesibles para el público general, pero merece la pena tratar de acercarlas, bien sea a partir de propuestas como las incluidas en este monográfico.

En esta introducción ofrecemos primero un marco conceptual general sobre la FC que pueda servir al lector, como referencia para aproximarse a las distintas propuestas incluidas en este número especial. Después profundizamos en el papel de la FC como alternativa a los diagnósticos psiquiátricos y en el manejo de la evidencia en la psicoterapia. Finalmente discutimos los beneficios que el hecho de incrementar y mejorar nuestro conocimiento sobre la FC puede aportar en los niveles social, institucional, clínico y académico. Esperamos que esta contextualización ayude al lector a obtener una respuesta más precisa a la pregunta que habría el texto: ¿Qué se entiende por formulación de caso?

Aproximaciones conceptuales a la Formulación de Caso en Psicoterapia

La confusión relativa entre una FC y la presentación de un caso de terapia – o incluso un estudio de caso– que más arriba atribuíamos fundamentalmente a los recién graduados, tiene su razón de ser. La Psicología y particularmente la psicoterapia se constituyeron como disciplinas científicas en gran parte a través de la documentación de casos, y el acceso a los modelos teóricos y su aprendizaje se realiza en gran medida a través de éstos (McLeod, 2010). En las presentaciones de casos clínicos, la dificultad del cliente es formulada de manera más o menos explícita y más o menos estructurada, como algún tipo de hipótesis basada en una teoría del malestar o de la disfunción, y/o en algún tipo de teoría del cambio que determinan en qué ha de consistir la intervención o la respuesta terapéutica. Es decir, toda presentación de un caso de terapia incluye algún tipo de formulación, si bien ésta puede no ser explícita y puede acogerse o no a algún tipo de protocolo, procedimiento, plantilla o estrategia que la estructure.

En función de lo dicho hasta aquí podríamos considerar una primera aproximación a la FC como “una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona” (Eells, 2007a, p.4) que orientan al clínico a la hora de plantear o guiar el tratamiento. Esta perspectiva implica un proceso iterativo de recogida de información e inferencia, cuyo propósito es explicar los síntomas y problemas de la persona, a fin de: (a) aportar una estructura y organizar la información, (b) aportar una plantilla o soporte que funcione como guía para el tratamiento, (c) servir como referencia para evaluar cambios, y (d) ayudar al terapeuta a entender al cliente y a mostrar la empatía necesaria para que la relación terapéutica resulte exitosa (Eells, 2007b).

Existen sin embargo otras formas de conceptualizar la FC. Más recientemente, Johnstone y Dallos (2014) la han definido como “un proceso recursivo de sugerencia, discusión, reflexión, retroalimentación y revisión que es parte del proceso de terapia momento a momento” (p. 4), por el cual el terapeuta aplica una teoría general a un cliente individual y a sus dificultades, e implica a la persona (usuario del servicio) en el desarrollo de la formulación. El lector puede percatarse de que ésta no es una diferencia trivial con respecto a la conceptualización anterior, pues la

formulación pasa de ser una hipótesis técnica, a convertirse en una *producción compartida* y co-construida, focalizada en los *significados personales* de la persona.

La diferencia entre estas dos definiciones nos conduce hasta la principal coordenada en la que se sitúan los diferentes enfoques: la formulación como un objeto o como un proceso. En el primer caso, la formulación suele tomar una forma concreta (i.e., un informe, un análisis funcional, un diagrama, etc.) y se percibe como un resultado que acontece en un momento dado del proceso. Esta postura es más cercana a la lógica del modelo médico, en la que una buena evaluación nos conduce a un correcto diagnóstico que, ostensiblemente, indica el tratamiento más adecuado. No es de extrañar pues que estos ‘objetos’ sean el tipo de registros que mejor cuadran con los requerimientos administrativos de las instituciones asistenciales. Por otra parte, debemos recalcar también que esta perspectiva es la asumida en la mayoría de las investigaciones sobre FC.

En el segundo caso, sin embargo, se pone de relieve el rol proactivo del usuario o cliente en la propia formulación. Esta aproximación quizás sea más cercana a lo que usualmente acontece en el contexto psicoterapéutico rutinario, donde la formulación evoluciona dentro de un proceso recursivo de construcción y revisión. La formulación entendida como proceso, hace referencia a lo que Harper y Moss (2003, p. 8) consideran “un proceso de creación de significado colaborativo en curso”, que a través de una serie de interacciones guiadas por la teoría pero centradas en el cliente y en sus significados personales, progresivamente alcanza un cierto grado de objetivación. A su vez, tal objetivación se expresa en términos de lo que Corrie y Lane (2010, p. 24) denominan la “co-construcción de una narrativa que aporta un foco específico para un viaje de aprendizaje”, o de lo que Goldman y Greenberg (2015) consideran que ha de ser una formulación de foco en Terapia Focalizada en la Emoción: Una narrativa co-construida con el cliente, que integra una serie de elementos clave y los vincula con las dificultades de la persona en el mundo, y que sirve como un marco de referencia para la terapia.

Sea como sea, la dicotomía proceso-objeto no hace sino representar la complejidad real del tópico, y nos permite atender a la cuestión desde una doble perspectiva, que ha de ser tenida en cuenta a la hora de considerar las diferentes definiciones de FC que aparecen en la literatura. Eells (2007a), Eells y Lombart (2011) y Johnstone y Dallos (2014) revisan varias de ellas y de sus revisiones concluimos que mientras algunas enfatizan la dimensión de colaboración entre terapeuta y cliente en la descripción de sus problemas, otras se centran en la idea de refinar y testar la hipótesis clínica acerca del malestar de la persona, y otras se hallan más orientadas hacia la *elicitación* (obtención) de la información adecuada y la consiguiente integración de la teoría ante un problema clínico específico.

En nuestra opinión, esta pluralidad de concepciones no hace sino poner de manifiesto las tensiones que según Eells (2007a) son inherentes a la FC en psicoterapia (véase la Tabla 1), en tanto que cada modelo teórico trata de manejar

las variables que considera relevantes, ya sea en los momentos de observación, de inferencia o de propuesta de intervención. Por otra parte, la multiplicidad de modelos no es la única fuente de variación respecto a cómo se realizan las FC, pues a ello hay que añadir los diferentes grados de asimilación, entrenamiento e integración que hacen los terapeutas en su práctica clínica habitual, en la que ponen de manifiesto muy diferentes formas de juicio clínico (Hallam, 2013).

Tabla 1.
Tensiones inherentes a la Formulación de Caso en psicoterapia según Eells (2007a)

INMEDIATEZ vs. COMPREHENSIVIDAD	Necesidad de desarrollar una idea acerca de los problemas del cliente desde la primera hora de terapia. Riesgo de caer en un sesgo de selección de información.
COMPLICIDAD vs. SIMPLICIDAD	Las construcciones demasiado simples pueden dejar sin reconocimiento o mal entendidas determinadas dimensiones importantes de los problemas del paciente Una formulación excesivamente compleja puede ser inmanejable, consumir demasiado tiempo o resultar poco práctica. Cuanto más complejo sea un método de formulación de caso, más dificultoso será demostrar su fiabilidad y validez.
SESGO DEL CLÍNICO vs. OBJETIVIDAD	Esta tensión expresa la relación entre los esfuerzos del terapeuta por comprender de modo preciso al paciente por una parte, y por otra sus propias imperfecciones humanas, sus sesgos en el juicio clínico, de inferencia o de razonamiento.
OBSERVACIÓN vs. INFERENCIA	Si una formulación se apoya excesivamente en la conducta observable, puede pasar por alto los patrones relevantes que organizan los síntomas del cliente así como sus problemas vitales. Una formulación excesivamente apoyada en la inferencia, sufre el riesgo de perder su base empírica.
FORMULACIONES INDIVIDUALES vs. GENERALES	Aunque una FC debe alcanzar una adecuada bondad de ajuste entre lo general o teórico y el individuo específico, dos tipos de errores son posibles: <ul style="list-style-type: none"> • El error de intentar hacer que el cliente encaje en una formulación general en la que en realidad no encaja. • El error de individualizar excesivamente una formulación, dejando de lado el propio conocimiento de la psicología y la psicopatología, así como el conocimiento tácito basado en la experiencia clínica.

De cualquier modo y sea cual sea la definición general a la que cada terapeuta se adscriba, no hay que perder de vista que el principal y más importante objetivo cualquier formulación consiste en guiar el tratamiento. En este sentido, la FC es considerada una destreza clínica esencial, que para Eells (2007a) y Eells y Lombart (2011): a) Aporta una estructura que permite aplicar el conocimiento nomotético a un contexto ideográfico; b) completa el espacio entre diagnóstico e intervención; c)

orienta en la selección del tratamiento, y d) adapta éste a las circunstancias particulares de cada caso, especialmente cuando la complejidad de algunos casos o la comorbilidad hacen que las guías de los tratamientos apoyados empíricamente, o los pasos de los tratamientos manualizados resulten insuficientes. Además, como habilidad del terapeuta, la FC es considerada una competencia profesional que empieza a ser recogida en documentos de referencia como la guía de buenas prácticas para el uso de la formulación psicológica de la División de Psicología Clínica de la British Psychological Society (DCP, 2011).

Dada la pluralidad de modelos existentes de psicoterapia, es inevitable que el contenido de cada formulación varíe en función de la orientación teórica del terapeuta. En efecto, cada modelo establece qué factores deben ser considerados como más relevantes (i.e., intrapsíquicos, relacionales, pasados, presentes, pensamientos, sentimientos, conductas, circunstancias sociales, etc.), y qué conceptos explicativos sirven de base para la intervención (i.e., esquemas, distorsiones cognitivas, constructos personales, conflictos inconscientes, narrativas, triangulaciones, etc.). Aun sí, pueden identificarse una serie de factores comunes en los distintos modelos de formulación. A este respecto, Johnstone y Dallos señalan que las FC de todos los modelos:

1. Resumen los problemas centrales del cliente,
2. Indican cómo se relacionan entre sí las dificultades del cliente sobre la base de principios y teorías psicológicas.
3. Sugieren, a partir de la teoría, por qué la persona desarrolló la dificultad en ese momento y en esa situación.
4. Dan lugar a un plan de intervención basado en los procesos y principios identificados anteriormente.
5. Se encuentran, en cierta medida, abiertas a la revisión y a la re-formulación.

Teniendo en cuenta la variabilidad que puede observarse en el contenido de las FC, la investigación ha tratado de determinar el grado de fiabilidad de las formulaciones, es decir, en qué medida distintos terapeutas de una misma orientación realizan formulaciones similares. Los resultados obtenidos hasta el momento resultan poco alentadores, indicando un nivel modesto en el mejor de los casos (véase Flinn, Braham, Nair, 2015; para una revisión). De cualquier modo, es importante señalar que el hecho de que una formulación sea o no el resultado de un procedimiento fiable, no implica nada directamente, acerca de su validez de contenido ni de su utilidad para los clientes.

En efecto, una FC debe ser válida en términos de contenido. Es decir, en cuanto producto generado por un terapeuta para un cliente singular, debe utilizar eficientemente lo que Mumma (2011) llama “explicación del constructo”, que es una descripción guiada por la teoría, tanto del contenido como de la estructura de una FC. Es decir, debe utilizar eficientemente la estructura conceptual que un modelo de formulación dado pone al servicio del terapeuta, en el contexto

específico de la vida de un cliente. La validez del contenido incrementa la posibilidad de que la FC resulte útil para promover el cambio terapéutico, pero tampoco lo asegura.

La investigación reciente parece más inclinada a estudiar la utilidad de la FC que la fiabilidad en sí. Por ejemplo, un estudio reciente (Redhead, Johnstone, Nightingale, 2015) ha explorado la experiencia que tienen los clientes sobre la formulación, y encontraron que ésta era percibida como muy beneficiosa por aquellos, y que les permitía superar sus dificultades. 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. Otros estudios cualitativos, sin embargo, han mostrado que los clientes se muestran ambivalentes acerca de las formulaciones. A la vez que útiles, alentadoras, esclarecedoras, o reforzadoras de la relación terapéutica, los clientes las pueden percibir como entristecedoras, abrumadoras, preocupantes, o incluso molestas (DCP, 2011). La cuestión de la utilidad, de cómo la FC puede ayudar al cliente a producir cambios positivos en su vida, requiere sin duda de mayor atención en investigaciones futuras, ya que la evidencia disponible en la actualidad es insuficiente para extraer conclusiones.

Por otra parte, para que la FC resulte eficaz, debe cumplir con una serie de estándares de calidad (Eells y Lombart, 2011) que han sido descritos como: Precisión y ajuste a los datos de la persona, utilidad de la información contenida en ella para el tratamiento (en términos de especificidad y conexión con la terapia), un adecuado equilibrio entre parsimonia y comprensividad, un correcto balance entre descripción y explicación, y un suficiente apoyo en la mejor evidencia disponible.

La formulación psicológica: Una alternativa radical al diagnóstico psiquiátrico

En esta década están ocurriendo algunos hechos muy importantes y sin precedentes en el campo de la salud mental y que sin duda marcan el rumbo de lo que será el futuro de la psicología clínica y la psicoterapia. Todos ellos se han desencadenado a raíz de un único acontecimiento: La publicación de la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – DSM-5. Jamás en la historia un libro de salud mental había generado tanta polémica. El primer ingrediente de esta polémica es muy claro: Antes de su lanzamiento se pusieron en evidencia los graves conflictos de interés entre los creadores de la llamada “biblia de la psiquiatría” y las industrias farmacéuticas. Aquellos comités con mayor conflictividad (con entre un 67% y un 100% de sus miembros con sospechosas vinculaciones con empresas farmacéuticas) eran precisamente en los que el tratamiento farmacológico era propuesto como primera línea de intervención, a pesar de que la evidencia para ello es en realidad altamente dudosa.

Como es lógico, desde antes de su lanzamiento y hasta el día de hoy las críticas a la falta de validez y rigurosidad del DSM 5 han proliferado de forma exponencial

hasta transformarse en un debate de interés público. La cuestión no sólo ha sido cubierta por distintos medios de alcance internacional, sino que se produjeron reacciones de gran calado desde instituciones y grupos de presión en el campo de la salud mental. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, que es la agencia de investigación biomédica con mayores fondos de investigación en salud mental de todo el mundo, anunció que dejaría de hacer uso del DSM 5 (dejando de financiar estudios basados en él) a tan sólo unos días de la salida del manual creado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Esta institución, no obstante, apostó por incrementar la línea de desarrollo de un sistema basado en biomarcadores fiables. Esa suculenta promesa de la biología que no termina de dar frutos tangibles.

Por su parte, la Asociación Británica de Psicología (BPS, por sus siglas en inglés), otra de las instituciones de referencia en el campo de la salud mental y la psicología clínica, hizo una declaración pública sobre su oposición a los sistemas de diagnóstico (tanto del DSM 5 como el de biomarcadores prodigado por el Instituto de Salud Mental). Esta declaración, titulada *Declaración de Posicionamiento sobre la clasificación de la conducta y la experiencia en relación con los diagnósticos psiquiátricos funcionales – Es el momento de un cambio de paradigma* (Position Statement on the Classification of Behaviour and Experience in relation to Functional Psychiatric Diagnoses - Time for a Paradigm Shift), no tiene precedentes en ninguna otra institución homóloga. En ella, la BPS hace un serio llamamiento internacional de invitación al abandono definitivo del modelo de diagnóstico basado en la enfermedad y la patologización de la conducta.

La división de Psicología Clínica de la BPS considera que existe evidencia más que suficiente para justificar un cambio de paradigma en relación a los diagnósticos psiquiátricos ya que la ciencia ha demostrado ampliamente que el sufrimiento humano es, fundamentalmente, el resultado de una compleja combinación de factores psicosociales. Manifiesta que debe adoptarse, por tanto, un enfoque multifactorial que contextualice el malestar y la experiencia humana en un marco de complejidad. La evidencia actual también es muy clara a favor de la eficacia de la evaluación y la intervención psicológica en el tratamiento de una amplia diversidad de problemas humanos, incluyendo los trastornos graves. Estos trastornos, tradicionalmente se habían considerado como casi exclusivos del abordaje desde la psiquiatría biológica a causa de una supuesta etiología básicamente orgánica, y para los cuales, los diversos modelos psicológicos parecían no tener respuestas. En su declaración la BPS se posiciona claramente a favor de la formulación psicológica, e invita a estrechar la colaboración entre los usuarios de los servicios de salud mental y los profesionales que trabajan en ellos.

Muchos otros grupos y asociaciones se han hecho eco de las críticas y contrapropuestas al diagnóstico psiquiátrico DSM 5 (aunque eso no ha parecido repercutir demasiado en el volumen de ventas del polémico y sospechoso manual). Tanto es así, que el DSM 5 ha conseguido lo que no había conseguido nadie hasta

ahora en el campo de la salud mental: Poner de acuerdo a psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas de diferentes orientaciones teóricas. En realidad, este discurso de compromiso con la voz de los usuarios y de sensibilidad hacia los factores contextuales de la experiencia humana, ha estado presente, al menos como un discurso alternativo, desde hace mucho tiempo (i.e., la antipsiquiatría, la perspectiva centrada en la persona, o el giro constructivista de la psicoterapia). Sin embargo ahora, a la luz de los acontecimientos comentados y en el contexto de una sociedad interconectada, pareciera que es momento de dar respuestas más globales, que vayan más allá del debate intelectual y se traduzcan en políticas y prácticas reales, que modifiquen los cimientos sobre los que se sustenta la salud mental.

La formulación psicológica se presenta como una de las alternativas (no la única) radicales a la tiranía del DSM 5. Tal y como comenta Johnstone (2014, agosto) en la cumbre global para alternativas al diagnóstico, la FC no solo es una alternativa sino un antídoto a los diagnósticos psiquiátricos y sus efectos. Si una de las peores consecuencias de los diagnósticos es que silencian las voces de quien los reciben, la formulación trata de escucharlas sensiblemente. El enfoque de formulación parte del supuesto de que siempre se puede buscar sentido al sufrimiento humano, cualquiera que sea la forma que este adopte, y que la tarea central de los profesionales de la salud mental es ayudar a los usuarios a crear significados a partir de su malestar y sufrimiento. En la Tabla 2 puede visualizarse el contraste que Johnstone (2014) establece entre una práctica basada en la formulación y los efectos perjudiciales del diagnóstico psiquiátrico.

Tabla 2.
Contraste entre los efectos del diagnóstico psiquiátrico y la formulación psicológica (adaptado de Johnstone, 2014)

Diagnóstico psiquiátrico	Formulación psicológica
Quita significados	Crea significado
Quita agencia ('rol de enfermo')	Promueve la agencia
Desvaloriza el contexto	Incluye el contexto social
Individualiza	Incluye relaciones
Estanca las relaciones	Mira al cambio de las relaciones
Derivadas de los expertos	Colaborativas
Estigmatizantes	Normalizantes
No tienen en cuenta la cultura	Sensibles a las cuestiones culturales
Basada en el déficit	Incluye las fortalezas y los logros
Tienen consecuencias médicas	No tiene

A este respecto la FC se considera como una alternativa radical en tanto que permite: (a) Dar voz directa a los usuarios de los servicios de salud mental; (b) la posibilidad de formular en equipo, a fin de facilitar en los profesionales que atienden a una persona, el desarrollo de una comprensión compartida acerca de sus dificultades, y (c) generar alternativas a las categorías del DSM basadas en constructos y formulaciones sobre procesos psicopatológicos, que permitan dar sentido a un

síntoma en el conjunto de la personalidad y de la historia vital de una persona. Por ejemplo, la conceptualización “oír voces como una respuesta a un trauma no procesado” sería una formulación psicológica, mientras que la expresión “Esquizofrenia desencadenada por el estrés de comenzar en la universidad” sería una formulación psiquiátrica.

Otro ejemplo de esto –que esperamos pueda dar qué pensar y ayudar a valorar esta perspectiva–, es un pequeño ejercicio didáctico utilizado Lucy Johnstone en su participación en la cumbre sobre alternativas diagnósticas promovida en 2014 por la División 32 de la APA (Society for Humanistic Psychology), que reproducimos adaptado en la Tabla 3. A través de él, esta autora ilustra la diferencia entre formular y no formular en el momento oportuno, y lo que esta diferencia puede suponer en la experiencia de los clientes y de los equipos de tratamiento. En la primera diapositiva se describe, con aire rutinario, el recorrido característico de Ana, usuaria de un servicio de salud mental, cuando se relaciona con los profesionales en términos de sus necesidades y procesos psicopatológicos y sin embargo es atendido con buena voluntad pero “mecánicamente”, en función del grado de comprensión y de las posibilidades de articular una relación terapéutica, que ofrece una mera etiqueta diagnóstica. Inmediatamente, la presentación pasa a la segunda diapositiva, que si bien parece relatar la misma historia, es interrumpida sorpresivamente con un expresivo “¡Formular aquí!” Lo cual pone de manifiesto de un modo muy gráfico e intuitivo, las enormes posibilidades que esta práctica aporta. No hacen lo mismo –aun partiendo de la misma información inicial– los dos equipos que se presentan en paralelo en la ilustración, es decir, realizan una gestión del conocimiento diferente. Así pues, la FC es un proceso de gestión del conocimiento clave en psicoterapia (Caro, 2010), que como tal permite transformar datos brutos en información con significado. En el ejemplo de Johnstone, la actitud demandante de Ana refleja una necesidad de afecto seguro, al igual que una expectativa de decepción, y no basta con saber que este tipo de emparejamientos entre necesidad y expectativa son propios de organizaciones límite de la personalidad. Gestionar el conocimiento es también aplicar reglas y criterios para transformar esa información en ideas acerca de cómo usar lo que se sabe para resolver problemas. Siguiendo con el ejemplo, cuando las dificultades de Ana ponen en peligro la viabilidad de la relación terapéutica, el equipo podría optar por atender al significado emocional de su conducta, emplazándolo en la existencia de la persona y en su historia vital, y permitiendo que tanto sus necesidades de amor y seguridad como sus anticipaciones negativas acerca de los que los profesionales de la salud mental le van a ofrecer, formen parte de la conversación.

Además, y de un modo consecuente con esto, Johnstone y Dallos (2014) subrayan la importancia de introducir sistemáticamente la FC en los contextos en los que los equipos profesionales han de gestionar el conocimiento psicológico y psicoterapéutico para resolver problemas complejos y acompañar a las personas en este tipo de trances. De ese modo, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y

otros agentes pueden compartir actitudes, valores, esquemas, reglas y habilidades, que permiten la creación de un significado clínicamente útil no sólo a partir de los datos de la persona, sino fundamentalmente a través del diálogo con ella.

Tabla 3.

Diferencias en el curso de una intervención en un dispositivo de salud mental con y sin formulación (reproducido con permiso a partir de Johnstone, 2014)

Diapositiva 1

Ana es usuaria de un servicio de salud mental. Sufre necesidades de apego que no se han visto satisfechas, así como traumas no resueltos procedentes de etapas tempranas.

Ana trata de responder a estas necesidades a través de los servicios psiquiátricos pero fracasa, en tanto que estos servicios no han sido pensados para servir a esta función.

Aún necesitada, pero incapaz de conseguir por sí mismo la suficiente seguridad emocional como para seguir adelante, Ana termina comerciando con sus "síntomas" en todo servicio de cuidado psiquiátrico que se ofrezca a ello.

Los profesionales que le atienden inicialmente se muestran comprensivos pero comienzan a verse progresivamente frustrados con la falta de progreso de Ana.

La dinámica resultante puede terminar repitiendo entonces las experiencias tempranas de negligencia, rechazo o abuso de Ana.

Ambas partes se encuentran estancadas, frustradas y desmoralizadas en este círculo vicioso.

Diapositiva 2

Ana es usuaria de un servicio de salud mental. Sufre necesidades de apego que no se han visto satisfechas, así como traumas no resueltos procedentes de etapas tempranas.

Ana trata de responder a estas necesidades a través de los servicios psiquiátricos pero fracasa...

!!!Formular ahora!!!

La Formulación de caso en el contexto de la práctica basada en de la evidencia

Los distintos modelos de FC estructurada existentes privilegian o validan un tipo de datos frente a otros, y determinan un tipo de operaciones cognitivas sobre ellos, de modo que tanto la observación como la acción relacional del clínico y las hipótesis que llega a generar, se ven constreñidas por el modelo. En ese sentido la práctica de la FC "construye la realidad" o construye múltiples realidades, y si es así, necesitamos que de alguna manera de base en procesos de los que dicho coloquialmente, nos podamos fiar. Una de las formas en que la psicología ha tratado de desarrollar esa base de confianza es la práctica basada en la evidencia, que implica el recurso a acciones y procedimientos apoyados en la mejor evidencia científica disponible en cada momento. Un uso clínico de esa evidencia que aceptara ingenuamente una equivalencia funcional entre psicoterapia y/o intervención

psicológica por una parte, y un estándar de funcionamiento médico, requeriría que el clínico que pretendiera trabajar con base en la evidencia siguiera el protocolo de referencia. Éste consistente primero en plantear preguntas focalizadas sobre un problema clínico, para después encontrar la evidencia relevante (principalmente en reportes científicos actuales), y pasar después a valorarla críticamente (principalmente a través del uso de meta-análisis y revisiones sistemáticas), para finalmente tomar una decisión clínica. Sin embargo, no toda la psicología ha asumido el reduccionismo naturalista subyacente a este planteamiento (Slife, 2004), y por eso es relevante desarrollar también la perspectiva sobre el manejo de la evidencia en FC.

Por ello merece la pena subrayar las relaciones entre FC y evidencia empírica, y hacerlo de un modo profundo y detallado. Eells (2011) ha tratado de dar una respuesta a este problema desde dentro del campo de la FC, proponiendo una serie de criterios que permiten conducir Formulaciones de Caso Basadas en la Evidencia, sin confundirlas o limitarlas al tipo de prácticas que sólo se consideran válidas cuando se apoyan en estudios controlados aleatorizados sobre la eficacia de un tratamiento para una condición concreta. Para ello, ha identificado un continuo de fuentes de evidencia con diferente fortaleza, que incluye las acciones de gestión del conocimiento de los diferentes modelos de FC que han sido apoyadas firmemente por la investigación (i.e., marcadores de estados internos del cliente asociados a tareas terapéuticas específicas y a cambio en la sesión en Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg, 2011). Más recientemente, Eells (2013) ha insistido en su compromiso con esta propuesta, afirmando que incrementa la libertad de los clínicos para elegir su modo particular de pensar acerca de sus clientes, y que promueve la flexibilidad en el tratamiento, al considerar como fuentes de evidencia válidas, hallazgos clínicos recientes que pueden ser incorporados en las hipótesis explicativas de partida. Un ejemplo de esto puede ser encontrado en el trabajo de Pascual-Leone y Kramer (2016), en el que proponen un método informado por la investigación, orientado al desarrollo de formulaciones de caso basadas en la emoción, compatibles *a priori* con una variedad de enfoques terapéuticos. No obstante, el lector podrá encontrar una explicación más detallada sobre la perspectiva que Eells desarrolla acerca de la FC basada en la evidencia, en uno de los artículos del número monográfico que introduce este trabajo (Eells, este número).

Por otra parte, si la FC posee un lugar legítimo en la práctica de la psicoterapia y en la intervención en salud mental, no ha de ser sólo porque argumentemos racionalmente los beneficios que esperamos de ella, sino porque existen pruebas de que es así. Es decir, porque cuenta con apoyo empírico. Sin embargo, el marco conceptual de los tratamientos apoyados empíricamente impone una serie de restricciones que podrían entrar en colisión con diversas formas de realizar FC, correspondientes a modelos terapéuticos que no asumen sus premisas. Por ejemplo, pueden no asumir la existencia de “trastornos” como unidades discretas para los que en consecuencia existan tratamientos homogéneos y manualizados. Por contra,

algunos modelos terapéuticos pueden centrarse en la persona como unidad, o bien llevar la atención a procesos transversales clave, y ser eficaces, sin que existan evidencias de investigación que, siguiendo la lógica del modelo médico, hayan emparejado una dificultad y una intervención como se hace con una enfermedad y con un fármaco. Las restricciones que esta manera de entender el valor de la evidencia científica pueden imponer a la FC son en ocasiones de carácter metapsicológico (no se basan sólo en la argumentación acerca del poder explicativo de un modelo frente a otro) o metacientífico (es decir, atienden más a causas más políticas o económicas que científicas por ejemplo). Autores como Slife, Wiggins y Graham (2005) se han ocupado de este tema abogando por el pluralismo metodológico. Otros como Bohart, O'Hara y Leitner (1998) han venido denunciado desde hace casi dos décadas la deslegitimación que este tipo de restricciones supone para los modelos de terapia humanistas, psicodinámicos, constructivistas y sistémicos, y particularmente las consecuencias que este recorte de opciones suponen para los clientes. Y si bien la crisis del DSM 5 de la que nos hemos ocupado antes apunta hacia un cambio de mentalidades, las listas de "tratamientos eficaces" como referente para la formación de los psicólogos en las universidades españolas sigue vigente, y podría decirse que confunde el panorama, al asociar las nociones de eficacia/validez, a un tipo de investigación en exclusiva (véase por ejemplo Crespo et al., 2012). Por estos motivos, nuestra preocupación por la FC como competencia clínica no se limita a la práctica terapéutica o al trabajo en salud mental, sino que incluye una consideración sobre su relevancia para la realización de investigación clínicamente significativa. Es decir, aquella en la que se abordan los casos de psicoterapia tal cual suceden en el "mundo real" (en el que la manualización del tratamiento no es relevante como manera de homogeneizar una variable independiente, y en el que no hay control de variables ni selección de participantes). En este contexto, la FC puede ser una herramienta clave a la hora de cerrar un ciclo de trabajo con la evidencia, como veremos a continuación.

El paradigma emergente de la Evidencia Basada en la Práctica (EBP) (Green y Latchford, 2012; Margison et al., 2000) constituye un escenario en el que la FC puede cobrar especial relevancia. Tres hechos pueden ayudarnos a entender el surgimiento de este planteamiento: (a) Saber que la psicoterapia es en general efectiva y produce mejorías a entre un 60 y un 80 % de los clientes –dependiendo del estudio y de la definición de mejoría–; (b) que la mayor parte de los clínicos afirman utilizar algún enfoque basado en la evidencia –al menos en el sentido de apoyarse en uno de los modelos que en general se reconocen como eficaces–, y (c) que los resultados en el "mundo real" son consistentemente inferiores a los resultados de los ensayos de investigación, y que la diferencia puede no deberse sólo a los criterios de inclusión en los estudios o a la motivación de los equipos, sino a muchos otros factores como por ejemplo al hecho de que en el mundo real muchos clientes abandonan, otros tantos continúan en procesos de terapia inefectivos, y otros tantos interrumpen la terapia tras haber recibido tan solo parte de los

beneficios posibles. Para una consideración crítica y apasionada de los datos, relativos a estos tres hechos, y que a la vez abre nuevas perspectivas acerca de la comprensión sobre cómo la psicoterapia “cura”, más allá de las coordenadas del modelo médico, recomendamos al lector el trabajo de Wampold e Imel (2015).

Ante este panorama, la observación de que el terapeuta concreto es más responsable de los resultados que los modelos o las técnicas específicos, pone de manifiesto que una práctica psicoterapéutica efectiva será aquella que integre las herramientas más adecuadas para ayudar a los terapeutas a mejorar sus tasas de abandono, así como para maximizar el efecto de sus intervenciones. En nuestra opinión, los diversos modelos de FC constituyen una solución a la problemática de la efectividad en la práctica rutinaria, al fomentar, fundamentar e integrar la responsividad del terapeuta. Es decir, le sitúa en una posición de gestión de este constructo, que Stiles (2009) y Stiles, Honos-Webb y Surko (1998), definen como la afectación de la conducta del terapeuta por un contexto que no es dado ni previsible, sino que va emergiendo bidireccionalmente en la relación terapéutica momento a momento, a medida que avanza el proceso.

En la última década, la literatura sobre EBP ha puesto énfasis fundamentalmente en tres estrategias (Barkham, Hardy y Mellor-Clark, 2010). Por una parte, la implantación de sistemas de evaluación rutinaria de resultados –ya sea a nivel individual o institucional– que den retroalimentación al terapeuta en variables como la alianza o las expectativas del cliente, y que permitan detectar prematuramente los abandonos o los casos de mala respuesta al tratamiento (Lambert, 2010); por otra, la creación de perfiles de terapeutas excelentes (“superterapeutas”), que permitan la auto-comparación y la reorientación profesional en busca del desarrollo de nuevas habilidades que son evidencia de una práctica mejor; y finalmente, el establecimiento de redes de investigación práctica, en las que un conjunto amplio de clínicos colaboran para generar bases de datos que apoyen su práctica cotidiana y faciliten la toma de decisiones.

La FC tiene potencial para contribuir en cada una de estas tres estrategias. Esta ambiciosa consideración se basa principalmente en nuestra percepción de que la dimensión de proceso de la FC y su apertura a la reformulación, la convierten en una fuente de retroalimentación sensible a las particularidades del caso. A su vez, los reportes de FC como productos, en el contexto de un estudio de caso, son un modelo de lo que hacen los ‘buenos terapeutas’ ante casos análogos, así como un medio para compartir información clínicamente significativa en red. Así pues, resulta cada vez más claro que a medida que la FC se convierta en una habilidad bien establecida, basada en la evidencia y como base para la evidencia, será posible desarrollar su potencial para impulsar la mejora de los servicios de psicoterapia y asistencia en salud mental.

Comentarios finales

En este trabajo hemos tratado de ofrecer una visión panorámica de la FC como competencia profesional que se desdobra en dos aspectos: la dimensión de proceso y las formulaciones como objetos. En cuanto proceso, la FC implica al terapeuta y potencialmente a los equipos de profesionales, y plantea el reto de integrar a los clientes y/o usuarios de los servicios de psicoterapia y salud mental en la gestión del conocimiento clínico acerca de sus dificultades y la manera de superarlas. En cuanto objetos o productos finales, las FC aparecen como alternativas psicológicas al diagnóstico psiquiátrico, que son sensibles a los significados personales de los individuos y de otros sistemas humanos como la pareja o la familia.

Por otro lado, hemos revisado también de forma sucinta las vinculaciones de la FC y la práctica basada en la evidencia (PBE), y hemos expuesto cuál podría ser su papel en la estrategia emergente de evidencia basada en la práctica (EBP). Así, hemos señalado los beneficios de la FC cuando un terapeuta es capaz de trabajar con un modelo estructurado de formulación, aumentando las posibilidades de combinar los hallazgos procedentes de diferentes fuentes de evidencia para incrementar la eficacia de su práctica. Este beneficio no sólo se circunscribe a su propia actividad, sino que las evidencias generadas él mismo pueden ser compartidas con otros profesionales, participando en algún tipo de red o comunidad –más allá de la supervisión–, en las que las FC resultan tan informativas como inspiradoras.

Por todo lo expuesto en este trabajo, creemos fervientemente que la FC es uno de los campos fundamentales de desarrollo de la psicoterapia y la psicología clínica en el futuro próximo. En este sentido, resulta del todo necesario comenzar a promover la formación en FC en los distintos contextos académicos y asistenciales para que cambie la situación de desconocimiento relativo acerca de los procesos y modelos de FC entre los estudiantes y profesionales, que presentábamos al inicio. Esperamos que este texto sea útil en esta empresa y que pueda servir de inspiración para unos, como resumen y puesta al día para otros, y de aliciente para incorporar la FC a la práctica clínica para la mayoría de los lectores.

Referencias bibliográficas

- Barkham, M., Hardy, G. E. y Mellor-Clark, J. (Eds.) (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. Chichester: Wiley.
- Bohart, A. C., O'Hara, M. y Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8(2), 141-157.
- Caro, C. (2010, octubre). *Gestión del Conocimiento en Psicoterapia y psicoterapia de la gestión del conocimiento*. Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO), Barcelona, España.
- Corrie, S. y Lane, D. A. (2010). *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology*. Londres: Karnac.
- Crespo, M., Bernaldo de Quirós, M., Roa, A., Gómez, M. M., Roa, R. (2012). *Guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico*. Recuperado 18/06/2016, del sitio web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid: <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/index.php>

- Didonna, F. (Ed.) (2011). *Manual clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines for the use of psychological formulation*. Leicester: The British Psychological Society.
- Eells, T. D. (Ed.) (2007a). *Handbook of Case Formulation*. Nueva York: Guilford Press.
- Eells, T. D. (2007b). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 35-54.
- Eells, T. D. (2011). What is an Evidence-Based Psychotherapy Case Formulation? *Psychotherapy Bulletin*, 46(2), 17-21.
- Eells, T. D. (2013). In support of Evidence-Based Case Formulation in Psychotherapy (From the perspective of a clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 457-467.
- Eells, T. D. y Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to Case Formulation. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.), *Forensic Case Formulation* (pp. 1-32). Chichester, RU: Wiley-Balckwel.
- Feixas, G. y Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Fishman, D. B. (2005). Editor's introduction to PCSP. From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* [Online], 1(1).
- Flinn, L., Braham, L. y Nair, R. D. (2015). How reliable are case formulations? A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 266-290.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia Centrada en la Compasión: Características distintivas*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2015). *Case Formulation in Emotion-Focused Therapy: Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, D., y Latchford, G. (2012). *Maximising the benefits of psychotherapy: A practice-based evidence approach*. Chichester, RU: Wiley-Blackwell.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hallam, R. (2013). *Individual Case Formulation. Practical resources for the mental health professional*. Oxford, RU: Academic Press.
- Harper, D. y Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating 'formulation.' *Clinical Psychology*, 25, 6-10.
- Johnstone, L. (2006) Controversies and debates about formulation. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: making sense of people's problems* (pp. 260-289). Hove, RU: Routledge.
- Johnstone, L. (2014, agosto). *Formulation: The radical alternative to psychiatric diagnosis*. Ponencia presentada en la Global Summit on Diagnostic Alternatives, Society for Humanistic Psychology, Washington, DC, Estados Unidos de América.
- Johnstone, L. y Dallos, R. (Eds.) (2014). *Formulation in Psychology: Making sense of people's problems* (2ª Ed.) (pp. 173-190). Hove, RU: Routledge.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Leeds, A. M. (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clarck, J. M., Audin, K. & Connell, J. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- McLeod, J. (2010). *Case study research in Counselling and Psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mumma, G. H. (2011). Current issues in case formulation. En P. Sturmey y M. McMurrin (Eds.), *Forensic case formulation*. Chichester, RU: John Wiley & Sons.
- Pascual-Leone, A. y Kramer, U. (2016). Developing emotion-based case formulations: A research-informed method. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1998
- Páez-Blarrina, M. P. y Gutiérrez-Martínez, O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.
- Redhead S., Johnstone L. y Nightingale J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 453-67.
- Slife, B. D. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: The constraint of naturalism. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 44-83). Nueva York: Wiley.
- Slife, B. D., Wiggins, B. J., y Graham, J. T. (2005). Avoiding an EST monopoly: Toward a pluralism of methods and philosophies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 83-97.

-
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458.
- Wampold, B. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. (2ª Ed) Nueva York, NY: Routledge.

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

CASE FORMULATION IN EMOTION-FOCUSED THERAPY: FROM MARKERS WORK AND PROCESS FACILITATION TO THE CO-CREATION OF A THERAPEUTIC FOCUS

Rohnda N. Goldman ¹, Leslie S. Greenberg² y Ciro Caro³

¹Argosy University, Schaumburg (Illinois, Estados Unidos)

²York University, Toronto (Ontario, Canadá)

³Departamento de Psicología y Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI)
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Goldman, Rohnda N., Greenberg, Leslie 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.

Resumen

El modelo de formulación de caso (FC) en Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) refleja el modo óptimo de trabajar de un terapeuta, que aplica los principios de este modelo. En ese sentido, pone de relieve el peso de las competencias perceptuales del clínico, que debe ser capaz de detectar e identificar los marcadores y micro-marcadores que permiten responder a la experiencia emocional del cliente en el momento y dentro de la sesión. E igualmente afirma la necesidad de contar con una estructura conceptual que dé soporte a la co-construcción de un foco terapéutico, de modo tal que el cliente gane agencia respecto a sus propias dificultades, y ofrezca al terapeuta una guía respecto a cuál es la base emocional de esas dificultades y cómo trabajar con ellas. Por otra parte, se pone de manifiesto el carácter humanista y constructivista de este enfoque, haciendo patente el rol del cliente como experto en su propia experiencia, y el del terapeuta como experto en procesos, que pone su competencia de formulación al servicio del cliente. Se presenta el modelo general de FC en TFE en términos de sus fases y pasos, y se abordan los aspectos epistemológicos y teóricos más relevantes: el encaje de la noción de formulación en una terapia humanista-experiencial, y la naturaleza abductiva del tipo de razonamiento a través del cual el terapeuta realiza inferencias.

Palabras clave: Terapia Focalizada en la Emoción, Formulación de caso, Marcadores de tarea, Esquemas de emoción, Diagnóstico de proceso, Foco terapéutico

Fecha de recepción: 1/06/2016. Fecha de aceptación: 18/06/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cirocaro@comillas.edu

Dirección postal: Ciro Caro. Departamento de Psicología y Unidad de Intervención Psicosocial (UNINPSI). Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Calle Mateo Inurria, 37, 28036 Madrid, España.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Abstract

The case formulation (CF) model of Emotion-Focused Therapy (EFT) shows the optimal performance of a therapist when applying this model's tenets. In this respect, it stresses the relevance of the clinician's perceptual competences, who must be able to detect and identify the markers and micro-markers that allow to respond moment-by-moment, to the client's in-session emotional experience. It also remarks the need to count on a conceptual structure to support the co-construction of a therapeutic focus, in such a way that the client gains agency in relation to his or her difficulties, and can be used by the therapist, as a guide to understand the emotional basis of those difficulties, and how to deal with them. On the other hand, this paper highlights the humanistic and constructivist character of this approach, by stressing the client's role as an expert on his or her own experience, and the therapist's role as an expert in processes facilitation, that puts his or her competence at the service of the client. The general model of CF in EFT is presented in terms of its stages and steps, and the more relevant epistemological and theoretical issues are addressed: The fit of the notion of formulation in a humanistic-experiential therapy, and the abductive nature of the kind of reasoning by which the therapist makes inferences.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Case Formulation, Task markers, Emotion Schemes, Process diagnosis, Therapeutic Focus

A lo largo del proceso de terapia, los terapeutas se ven constantemente en la necesidad de tomar decisiones complejas, a fin de responder a las necesidades de procesamiento de los clientes y llegar así a resultados favorables, que contribuyan al cambio terapéutico. Estas tomas de decisión se basan en diferentes tipos de información, suceden en diversas escalas temporales, e implican una variedad de procesos cognitivo-afectivos del terapeuta. Y es en función de diversas combinaciones de estas macro-variables, que unos modelos de formulación de caso (FC) se diferencian entre sí. Como veremos más adelante, en el modelo de FC de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) (Goldman y Greenberg, 2015), la principal fuente de información con la que trabaja el terapeuta proviene de los estados emocionales del cliente en el aquí y ahora de la sesión, los cuales se manifiestan conductualmente a través de marcadores y micro-marcadores correspondientes a diferentes estados y necesidades de procesamiento. Tales estados son valorados y formulados en el nivel de proceso, en términos de los estados experienciales que la persona atraviesa momento a momento, mientras trata de “llevar adelante” su experiencia. Es decir, cuando trata de auto-organizarse emocionalmente para responder de un modo personal a su circunstancia. En el contexto de la sesión de terapia, esto informa acerca de cuáles son sus dificultades y necesidades de procesamiento emocional activas en el instante. Para lidiar con estas dos actividades (identificar marcadores de estado y necesidades de procesamiento por una parte, y formular ambos por otra), el terapeuta se implica en una actividad compleja basada en la empatía, que combina el juicio clínico, la inferencia, el manejo de la teoría y de la evidencia empírica, así como su propia capacidad imaginativa, a fin de representarse mentalmente –de la mejor manera posible–, cuál es el estado interno del cliente, cómo puede ser facilitado terapéuticamente, y a través de qué respuesta en este mismo momento.

De ese modo, tanto la perspectiva centrada en la persona y experiencial, como la orientación a la facilitación del proceso que presiden las intenciones terapéuticas en TFE, quedan integradas en el modo de conducir la FC en TFE. El cual, no se rige por una secuencia de pasos a aplicar, ni se apoya en una plantilla para seleccionar y organizar la información clínica al nivel de caso, ni tampoco genera una formulación a partir de la cual proponer un tratamiento. No obstante, cuando el proceso terapéutico avanza, y tras las primeras sesiones, cliente y terapeuta son capaces de desarrollar un conocimiento reflexivo acerca de las dificultades de la persona, que sirve para establecer un foco terapéutico. Dicho foco es, por una parte, una co-construcción acerca de los procesos que característicamente están causando el malestar de la persona, así como sus dificultades para responder adaptativa y creativamente a su vida. Y es, por otra, un acuerdo tentativo acerca del tipo de actividades y experiencias de cambio emocional –tareas terapéuticas–, en las que ambos probablemente habrán de implicarse en sesiones venideras, a fin de lograr el cambio deseado, y en general a fin de promover el auto-dominio o maestría emocional de la persona, la consiguiente recuperación de su sentimiento de agencia, y el restablecimiento de una posición de autoría en su existencia.

En términos generales, podemos afirmar que una FC es tanto una explicación acerca de cómo se han desarrollado los problemas del cliente y de qué los mantiene –junto con una noción acerca de lo que puede ser hecho en la terapia abordar para tales problemas y factores mantenedores–, como el proceso de generar dicha explicación. Por tanto, formular supone hacer una especie de retrato del cliente, que se concreta en una narrativa particular, y que es compuesto mediante la aplicación de los principios de un modelo teórico a los problemas de un individuo singular. Esto ayuda a los terapeutas a organizar su pensamiento acerca del caso, así como a formular un foco temático, y a decidir qué hacer a lo largo de la intervención, en respuesta a los problemas específicos que puedan ir surgiendo. De acuerdo con esta visión general, la FC en TFE ofrece a los terapeutas un marco conceptual y procedimental específico para realizar estas actividades, que pone en juego competencias como la exploración empática, el diagnóstico de proceso, el diagnóstico de emoción, el *coaching* emocional, la identificación de marcadores de tarea, etc., presididas siempre por el elemento transversal de la sintonización empática con el cliente, y por el compromiso del terapeuta con la creación de un espacio seguro de auto-exploración. Es de este marco, del que nos ocupamos en este trabajo, tras realizar una breve introducción al modelo teórico de la TFE.

La Terapia Focalizada en la Emoción

La TFE fue desarrollada como un enfoque de psicoterapia neo-humanista y experiencial, guiado por la investigación, y fundamentado en las teorías contemporáneas sobre la emoción y de la construcción dialéctica de significado (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg, 2011; Greenberg, Rice y Elliott, 1993). Ha llegado a ser reconocido como un tratamiento basado en la evidencia para la depresión y el malestar marital, y parece ser a su vez un tratamiento prometedor para el trauma, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de ansiedad y los problemas interpersonales. Por otra parte, la TFE ha generado más investigación sobre el proceso de cambio que ningún otro enfoque psicoterapéutico, y ha demostrado una relación entre resultados y empatía, alianza, profundidad experiencial, activación emocional, creación de significado a partir de la emoción activada, procesamiento productivo de la emoción y secuencias de emociones específicas (Elliott, Greenberg y Lietaer, 2004; Pascual-Leone y Greenberg, 2007).

Las emociones son vistas como algo fundamental en la construcción del sí mismo, y como un determinante clave de los procesos de autoorganización e identidad. Son sistemas de procesamiento de la información adaptativos, resultado de la evolución, que informan a las personas acerca de que una meta, una necesidad o un valor importantes pueden ser satisfechos o realizados, o bien pueden resultar perjudicados en una situación dada. A la vez, se considera que las memorias o recuerdos emocionales de la experiencia vivida, están conformados por esquemas de emoción a través de los cuales las personas reaccionan automáticamente (bien

ante señales heredadas, o ante situaciones interpersonales aprendidas complejas). En tanto los esquemas de emoción son unidades de respuesta y también de producción de experiencia –formando redes de memoria–, el procesamiento esquemático de la emoción constituye la principal fuente de experiencia emocional, y son por ello el principal objetivo de intervención y cambio en TFE. No obstante, es más probable que el cambio en las estructuras de memoria esquemática suceda durante el proceso de reconsolidación de memoria: “[...] cada vez que una memoria es recuperada, el rastro de memoria subyacente es de nuevo lábil y frágil, y requiere otro periodo de consolidación, llamado de reconsolidación” (Greenberg, 2010, p. 33), el cual ofrece una oportunidad para perturbar (terapéuticamente) una memoria esquemática problemática, bloqueando la reconsolidación. Por ello los terapeutas en TFE ayudan a sus clientes a generar experiencias nuevas y alternativas, o dialécticamente opuestas –a la vez que personalmente congruentes y significativas. Más que simplemente tener emociones, las personas viven en un proceso constante de dar sentido a sus emociones, y esta integración de razón y afecto es lograda a través de un proceso continuo de crear significado a partir de la experiencia, simbolizando sensaciones sentidas corporalmente, y articulándolas en el lenguaje, y a partir de ahí, construyendo nueva experiencia (Greenberg y Pascual-Leone, 1995). Por lo tanto, las intervenciones en TFE necesitan focalizarse tanto en la emoción como en el significado.

De acuerdo con las explicaciones precedentes, la intervención en TFE está basada en dos principios fundamentales del tratamiento: la provisión de una relación terapéutica, y la facilitación diferencial del trabajo terapéutico. El estilo relacional es el centrado en la persona (el terapeuta se adentra en el marco de referencia interno del cliente y sigue su experiencia empáticamente), y esto se combina con un estilo gestáltico más directivo (el terapeuta ayuda al cliente a implicarse en experimentos para profundizar en la experiencia). Este segundo aspecto de la intervención en TFE ha conducido a la investigación de una serie de tareas terapéuticas que ayudan a los clientes y al terapeuta a trabajar de modo diferente en diferentes momentos, de acuerdo con los marcadores de los estados internos actuales del cliente y de sus problemas afectivo/cognitivos dentro de la sesión. Estos marcadores son señales que indican cuál es el tipo de intervención potencialmente más apropiada, y también informan acerca de la disposición actual del cliente para trabajar en los problemas inferidos a partir de un marcador de tarea, y que están causando su estado interno problemático en el momento. Los terapeutas en TFE son entrenados para identificar esos marcadores y para intervenir en los modos que mejor encajen con esos problemas en tiempo real. La Tabla 1 muestra una colección de marcadores investigados, y sus correspondientes tareas terapéuticas, cuya diferenciación es parte de las habilidades de FC en TFE.

Junto a la sintonización empática de los estados cambiantes del cliente en el aquí y ahora, los terapeutas necesitan conducir algún tipo de evaluación o diagnóstico emocional. Así, distinguen entre *emociones primarias* (las reacciones iniciales

más fundamentales de la persona frente a una situación (p.e. sentir tristeza ante la pérdida), y las *emociones secundarias* (que son respuestas hacia los propios pensamientos o sentimientos, más que a una situación, como sentirse enfadado en respuesta a sentirse herido). Y también establecen diferencias entre *emociones primarias adaptativas* (a las que se accede porque contienen información útil), y *emociones primarias desadaptativas* (sentimientos que a la persona le resultan viejos y familiares, y que son resistentes al cambio mediante el mero razonamiento

Tabla 1.

Tareas procesual-experienciales: Marcadores e intervenciones (adaptado a partir de Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004)

Marcador de tarea	Intervención
TAREAS BASADAS EN LA EMPATÍA	
Experiencia relevante para el problema (p.e., interesante, inquietante, intensa, desconcertante)	Exploración empática general
Vulnerabilidad (emoción dolorosa relative al sí mismo)	Afirmación empática
TAREAS RELACIONALES	
Comienzo de la terapia	Formación de la alianza
Queja respecto a la terapia o dificultad y evitación (cuestiona metas o tareas; evitación persistente del trabajo o de la relación)	Diálogo sobre la alianza (cada uno explora su papel en la dificultad)
TAREAS DE EXPERIENCIACIÓN	
Dificultad en el foco atencional (p.e., confuso, desbordado, en blanco)	Despejar un espacio
Sentimiento poco claro (vago, externo o abstracto)	Enfoque experiencial (Focusing)
Dificultades en la expresión de sentimientos (evitación de sentimientos, dificultades en la respuesta a preguntas sobre sentimientos, descripciones prefabricadas)	Permitir y expresar la emoción
TAREAS DE REPROCESAMIENTO	
Marcador narrativo (presión interna para contar una historia vital difícil, tal como un trauma)	Re-narración del trauma
Protesta de significado (un suceso vital viola una creencia fundamental)	Trabajo de significación
Un punto de reacción problemática (sobre-reacción a una situación específica)	Despliegue evocador sistemático
TAREAS ENACTIVAS	
Escisión auto-evaluativa (autocrítica, sentimientos de estar dividido)	Diálogo de las dos sillas
Escisión auto-interruptora (sentimientos bloqueados, resignación)	Representación con las dos sillas
Asuntos inacabados (mal sentimiento duradero acerca de un otro significativo)	Trabajo con la silla vacía

o desconfirmación). Es necesario regular y acceder a las emociones desadaptativas a fin de transformarlas, mientras que las emociones secundarias deben ser utilizadas tan solo para obtener acceso a sus generadores más primarios.

La teoría de la TFE sostiene que el cambio sucede ayudando a las personas a dar significado a sus emociones a través de la toma de conciencia, la expresión, la regulación, la reflexión, la transformación, y la experiencia correctora de la emoción, en el contexto de una relación en la que hay una adecuada sintonización empática, que facilite dichos procesos. Y todos ellos se encuentran integrados en las intervenciones focalizadas en la emoción, aunque probablemente el más importante en el manejo de la emoción en terapia, implica la *transformación de la emoción por otra emoción*.

Lo anterior se refiere a la transformación de una emoción primaria desadaptativa previamente evitada (y problemática) (p.e. el miedo, la vergüenza y la tristeza de estar solo y abandonado) mediante la coactivación de una emoción adaptativa incompatible (p.e. la rabia empoderizante o la compasión con uno mismo). Y por ello, los terapeutas ayudan a los clientes a acceder a nuevas emociones subdominantes en la sesión de diversas maneras: (1) mueven la atención hacia aspectos de la situación cualitativamente diferentes, o hacia emociones que de hecho están siendo expresadas pero que sin embargo permanecen en la periferia de la conciencia del cliente; (2) enfocando en las necesidades sentidas, y movilizándolo por tanto la emergencia de una nueva emoción; (3) utilizando representaciones o la imaginación para evocar nuevas emociones; (4) recordando la ocasión en que una determinada emoción fue sentida; (5) enseñando al cliente a enriquecer su mirada sobre las cosas; (6) expresando una emoción por el cliente cuando éste no puede, etc. Finalmente, junto con la simbolización de la experiencia en palabras, la reflexión sobre la experiencia emocional ayuda a las personas a crear un significado narrativo acerca de sus vidas, y a crear marcos alternativos de autocomprensión y para el desarrollo de su identidad.

El tratamiento en TFE ha sido dividido en tres fases principales, cada una de las cuales contiene un conjunto de pasos que describen su curso prototípico a lo largo del tiempo. La primera implica la creación de un vínculo y la facilitación de conciencia emocional, junto con la formación de un foco; la fase intermedia supone evocar y explorar los esquemas de emoción desadaptativos nucleares; y la tercera es una fase de transformación, que incluye la construcción de alternativas a través de la generación de nuevas emociones y la reflexión sobre la emoción activada para crear nuevo significado narrativo.

Por tanto, y de acuerdo con este resumen del modelo de la TFE, la FC aparece como una competencia clínica clave y a su vez compleja, que abarca todas las habilidades perceptuales y activas específicas de los terapeutas, que les permiten llevar a cabo una comprensión empática, una validación y una respuesta continuas, así como las correspondientes intervenciones diferenciales guiadas por marcadores y orientadas al proceso.

Principios guía de la formulación de caso en TFE

El modelo actual de FC en TFE ha sido sintetizado como una evolución de la teoría (Goldman y Greenberg, 2015; Greenberg y Goldman, 2007), que aporta a los terapeutas tres elementos para trabajar eficazmente con la experiencia y con el afecto en psicoterapia: Un medio para entender la fuente emocional de los problemas que presenta el cliente; una guía para que el clínico pueda desarrollar un foco con la ayuda del cliente, y un conjunto de mapas para guiar de modo diferencial la formulación en el nivel de proceso. No obstante, antes de describir el proceso de FC en TFE, puede resultar clarificador establecer una serie de principios guía, que actúan de modo transversal en las diversas actividades de la FC en este modelo.

La FC en TFE es una actividad constructivo-procesual y diagnóstico-procesual.- Entendemos el diagnóstico como un proceso de descubrimiento que sucede momento a momento, y que siempre tiene lugar en el diálogo con el cliente durante la sesión. Está orientada a la facilitación del proceso terapéutico y se integra en la intervención, de modo que no pretende la elaboración de evaluaciones apriorísticas de las que luego derivar la intervención. A medida que la terapia progresa, se van desarrollando hipótesis operativas en colaboración con el cliente, acerca de los mecanismos emocionales subyacentes a sus problemas. Por eso la FC en TFE consiste en una forma de diagnóstico de proceso y no tanto de la persona, en la que prima la conceptualización del “cómo” por encima de los contenidos.

La FC en TFE trabaja con el sí mismo como proceso de auto-organización.- Al contrario que otros modelos, el trabajo en TFE no consiste primariamente en usar la teoría de una manera hipotético-deductiva –i.e., identificando síntomas o patrones de conducta para los cuales existe una etiqueta y una intervención prefijada–, ni tampoco en asumir la existencia de estructuras rígidas en la personalidad, que actúan como causas de los problemas –las cuales sería necesario diagnosticar y modificar. Más bien, trabajar orientado al proceso implica ver a las personas –y relacionarse con ellas–, como sistemas dinámicos de auto-organización, que continuamente se forman y se reforman en respuesta tanto al pasado (i.e., memorias y estímulos emocionales codificados en esquemas de emoción), como al contexto actual (i.e., la novedad de la interacción y de la experiencia emocional activada en la sesión) (Caro, 2005; Whelton y Greenberg, 2001).

La persona como una pluralidad dialógica.- Los procesos de auto-organización del sí mismo del cliente consisten en la síntesis de diversos estados del yo de base emocional, que dialogan entre sí, cada uno como una voz (Whelton y Greenberg, 2001). En ocasiones, alguna de estas voces se encuentra aislada, no es simbolizada en la conciencia, o bien ejerce algún tipo de dominio sobre el resto (criticando o bloqueando a las demás). Esto puede deberse, en términos generales, a que la persona ha dejado de procesar su experiencia afectiva porque le resulta excesivamente dolorosa, o sencillamente porque nunca ha aprendido a hacerlo (Greenberg, Rice y Elliott, 1993), o bien a que algún tipo de trauma ha impedido su adecuada asimilación (Paivio y Pascual-Leone, 2010; Stiles, 1999) en el sí mismo

como una pluralidad multivocal. Así, formular en TFE supone identificar esta pluralidad, sus dificultades y necesidades específicas de creación de puentes de significado entre experiencia y consciencia a través del lenguaje (y otras formas expresivas), y la conceptualización de múltiples procesos en términos de las posibilidades y necesidades de diálogo entre diversas partes o aspectos del sí mismo.

Trabajo centrado en la persona y orientado al proceso en una relación igualitaria.- Más que determinar qué contenido debería ser el foco de cada sesión, el terapeuta en TFE asume el rol de “experto en procesos” pero no presume saber más acerca del cliente que él mismo, quien es considerado como el auténtico “experto en su propia experiencia” (Greenberg, Rice y Elliot, 1993). Este encuadre, hace de la FC en TFE un proceso netamente cooperativo, que es la forma principal a través de la cual se desarrolla fortalece la alianza terapéutica (Elliott et al., 2004).

Sintonización empática, exploración y profundización experiencial.- Asumir al cliente como experto en el contenido de su propia experiencia implica renunciar a ir en busca de ciertos contenidos, y privilegiar el acceso libre –sin agenda– a la experiencia tal cual sucede, sintonizando con ella a través de la empatía. En este contexto, la sintonización con el afecto se produce gracias a las capacidades de escucha y de respuesta empática del terapeuta, que a su vez promueven la exploración del cliente, la activación de los esquemas de emoción vinculados a los problemas, y la creación de nuevo significado emocional a través de la acción y la reflexión. Por tanto, la sintonización empática requiere que el terapeuta formule en un nivel micro, a fin de responder empáticamente al proceso del cliente, y es, a un tiempo, el proceso mediante el cual la nueva experiencia emocional problemática emerge (en forma de respuestas automáticas determinadas esquemáticamente, en forma de voces no asimiladas, o en forma de aspectos del sí mismo en conflicto) y puede ser formulada (Elliott et al, 2004; Greenberg, Rice y Elliott, 1993).

Ofrecer presencia, evitar la evitación y seguir la brújula del dolor para y activar esquemas de emoción clave en la sesión.- En este trabajo, el terapeuta trata de sintonizar momento a momento con la experiencia del cliente, escuchando y poniendo el oído en aquello que resulta más doloroso, vivo o ambiguo, y mostrándose presente y emocionalmente disponible. Para ello utiliza un dispositivo metafórico de formulación, que denominamos “brújula del dolor”. Cuando el terapeuta formula siguiendo el lugar al que apunta la brújula vivencial del dolor del cliente en el instante –y no la teoría u otras conceptualizaciones sobre lo que es doloroso o patológico–, y logra responder empáticamente a lo que sucede, le ayuda a evitar la evitación y le ayuda a simbolizar la experiencia en la conciencia. Así, junto con cierta regulación emocional implícita, se produce la diferenciación de las respuestas emocionales del cliente y la aparición –como figura– de nuevas experiencias que deben ser formuladas, y con las que es posible trabajar en terapia (i.e., los distintos tipos de emoción y los marcadores de tarea, de los que nos ocuparemos en secciones posteriores). De este modo, la FC en TFE permite que el dolor crónico

y duradero del cliente se haga presente, sea accesible y funcione como puerta de entrada a sus problemas nucleares, expresados en clave de los esquemas de emoción a partir de los cuales se auto-organiza el sí mismo. Todo ello, en lugar de conceptualizar dichos problemas como un tipo de personalidad, una serie de dinamismos del carácter, un estilo relacional, o un patrón de respuesta persistente a través de las diversas situaciones, a partir de los cuales acceder después a la experiencia dolorosa.

En consecuencia, cliente y terapeuta colaboran, a partir del dolor vivenciado en la exploración, en la identificación de los procesos cognitivo-afectivos problemáticos subyacentes, que generan los síntomas y el malestar. Todo ello requiere – y propicia a la vez–, que el terapeuta transmita al cliente la idea de que ambos colaboran juntos en un proceso de descubrimiento de lo que es importante en su experiencia.

La formulación es guiada por marcadores.- Tanto el trabajo de sintonización empática momento a momento y la exploración, como la focalización en la experiencia dolorosa emergente y el trabajo con tareas terapéuticas, son guiados por marcadores. Como dijimos anteriormente, estos son señales que permiten al terapeuta identificar estados internos particulares asociados a necesidades de procesamiento emocional específicas, y son los elementos que guían al terapeuta en la formulación procesual. Para ello, el terapeuta ha de desarrollar una serie de habilidades perceptuales (Greenberg, 2013), que le permitan distinguirlos en varios niveles:

1. En el nivel de proceso, aquellos marcadores que tienen que ver con los modos de procesamiento del cliente y con su capacidad para manejar la emoción, así como con sus necesidades de validación empática y de ayuda en la exploración de la experiencia interna.
2. En el nivel de diagnóstico de emoción, aquellos micro-marcadores que permiten diferenciar entre emociones primarias (adaptativas o desadaptativas) y secundarias.
3. En el nivel de trabajo con tareas terapéuticas, aquellos marcadores relativos a los diversos estados internos y sus correspondientes necesidades de procesamiento diferencial en la sesión.

Emoción y narrativa: Dos pistas interactivas en la formulación de caso en TFE

La FC en TFE se apoya en dos fuentes de información sobre el cliente: La narrativa que éste despliega, y el proceso emocional que constituye su vivencia. La narrativa aporta un contexto para entender los sucesos vitales (qué ocurrió), así como su significado. Por otra parte, el proceso emocional del cliente indica cómo es sentida la experiencia, e informa al terapeuta acerca de la significatividad de dicha experiencia, de la accesibilidad actual de tales procesos, y del estado interno de la persona. Globalmente, según avanza la terapia guiada por la FC, emoción y narrativa convergen en la formación de un foco acerca de los determinantes

subyacentes en los problemas relacionales o conductuales que presenta el cliente.

A su vez, terapeuta y cliente se hallan continuamente deconstruyendo la narrativa y sus significados, y explorando las emociones relacionadas con ambos. A través de la implicación en tareas terapéuticas, el proceso emocional se moviliza, y en última instancia, la emoción transformada se va reintegrando en la identidad narrativa de la persona (Greenberg y Angus, 2004). El terapeuta formula cuándo y cómo puede ayudar al cliente a dirigir la atención a sus emociones (Greenberg, Rice y Elliott, 1993) y a su experiencia corporalmente sentida (Gendlin, 1996, Greenberg y Pacual-Leone, 1995), y a través de la validación empática de su experiencia, le ayuda a diferenciarla y a organizarla narrativamente. La investigación en TFE ha permitido identificar tres modos narrativos que el terapeuta puede identificar y formular, a fin de ajustarse responsivamente (Stiles, 2009) a las necesidades de procesamiento del cliente en este proceso: Un modo externo (en el que el cliente cuenta lo que sucedió), un modo interno (en el que cuenta lo que sintió), y un modo enfocado (en el que construye el significado de lo vivido en contacto con sus sensaciones corporalmente sentidas relativas al sí mismo en la situación) (Angus y Greenberg, 2011; Angus, Lewin, Bouffard y Rotondi-Trevisan, 2004). Así pues, en diferentes ocasiones a lo largo de la sesión de terapia, el terapeuta realiza formulaciones sobre las necesidades de procesamiento de la persona momento a momento, que le permiten hacer transiciones productivas entre esos tres modos narrativos.

Además, Greenberg y Angus (2004) y Angus y Greenberg (2010) han abordado las relaciones entre TFE y procesos narrativos extensamente, e incluso han identificado una serie de marcadores narrativos, que dan cuenta de la interacción entre experiencia sentida, dificultades o bloqueos narrativas, y sus correspondientes oportunidades de procesamiento en la sesión.

El proceso de formulación de caso en TFE

El proceso de FC en TFE se mueve atrás y adelante, deteniéndose más o menos, en una de estas tres actividades: (1) El compromiso del terapeuta con atender y observar los estados emocionales de la persona, (2) la intención de formar un marco conceptual para comprenderlos, y (3) el uso interactivo esa información, para guiar la creación de propuestas activas en la sesión, que permitan resolver las dificultades emocionales que están creando los problemas del cliente. A su vez, la FC discurre en una secuencia de tres fases, en la que este proceso interactivo que acabamos de describir, toma diferentes formas y sucede a diferentes niveles. Cada fase se concreta en una serie de pasos, si bien estos no deben ser entendidos de una manera absolutamente lineal ni prescriptiva, sino como un listado de procesos y competencias de formulación, que son coherentes con las necesidades que típicamente presenta un cliente en TFE, cuando se relaciona con un terapeuta que aplica de modo efectivo los principios terapéuticos de este modelo. A continuación presentamos las tres fases en términos del proceso clave al que contribuyen, la actividad principal

del terapeuta en esa fase, y los objetivos que persiguen –los cuales pueden ser entendidos también como resultados de la terapia. Además, referenciamos sucintamente los pasos de cada fase en las Tablas 2, 3 y 4, junto con un breve ejemplo ilustrativo, y remitimos al lector al trabajo de Goldman y Greenberg (2015) para entrar en detalle en cada uno de ellos.

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

En la Fase 1, el proceso clave es comenzar a encuadrar los problemas relacionales y conductuales del cliente en términos de temas narrativos, que van apuntando hacia una serie de significados emocionales. La actividad del terapeuta consiste escuchar aquello que aflige al cliente y donde se encuentra estancado. Los objetivos en esta fase son:

1. Lograr una comprensión del modo en que el cliente da significado a los sucesos de su vida, y a los impactos emocionales generados por estos.
2. Facilitar que los asuntos clave o los temas focales de la narrativa vayan emergiendo, de modo que se produzca una primera aproximación a la causa de los problemas actuales de la persona, los cuales, en general, pueden ser conceptualizados según una de estas cuatro categorías: (1) Falta de conciencia emocional, por la cual la persona no accede a la emoción (i.e., a causa de un bloqueo o interrupción, o debido a que no ha aprendido a dirigir la atención a su experiencia), de modo que le resulta imposible orientarse y crear significado; (2) desregulación emocional (ya sea por exceso o por defecto), de modo que el contacto con la emoción resulta improductivo o problemático; (3) crisis de significación emocional, que suele suponer algún tipo de falla en la capacidad de la persona para crear significado existencial a partir de un suceso traumático, o un cambio radical y desconfirmador en su existencia; y (4) procesamiento emocional desadaptativo, por el cual la estructura emocional esquemática que sirve a la persona para auto-organizarse, resulta problemática en algún sentido (bien por su rigidez o por su carácter desadaptativo) como resultado del aprendizaje emocional (i.e., como sucede en el aprendizaje traumático, en las vivencias que propiciaron un desarrollo condicionado de la identidad, o en el establecimiento de determinadas formas de apego).

El terapeuta explora la historia de los problemas actuales siguiendo al cliente y ayudado por la brújula del dolor, mientras escucha y valida empáticamente lo que el cliente trae. En ese proceso, hace formulaciones en el nivel de micro-procesos, que le permiten ajustarse responsivamente en la exploración. Por ejemplo valora el estilo de procesamiento emocional del cliente, su cualidad vocal, la expresión facial y corporal, el nivel de regulación emocional, las estrategias de afrontamiento emocional, el nivel de implicación experiencial, etc. En la Tabla 2 se pueden observar, ejemplificados, los pasos 1 a 4, que corresponden a esta fase.

Tabla 2.**Fase 1: Desplegar la narrativa y observar el estilo de procesamiento del cliente**

1. **Escuchar los problemas que presenta el cliente** (dificultades relacionales, emocionales o conductuales).

Ejemplo: Problemas de imagen corporal.

2. **Escuchar e identificar la experiencia emocional más dolorosa y/o conmovedora.** Supone atender y responder al aspecto más doloroso, vivo o conmovedor del relato del cliente.

Ejemplo: *Mi madre solía decirme que estaba demasiado gordo (...). De adolescente me atrajo mucho la idea de participar en algún deporte de equipo, pero mi madre me decía «Cariño, ¿pero cómo te vas a apuntar? ¡Eres demasiado lento!» Ahora que tengo 35, cuando me miro en el espejo, me veo feo. Mi mujer me dice que soy guapo... pero no puedo creerla).*

3. **Observar la naturaleza del estilo de procesamiento emocional del cliente** a fin de ser responsivo e incrementar su productividad. Para ello, el terapeuta tiene en cuenta diversas variables.

Ejemplos: Calidad vocal, activación emocional, regulación emocional, etc..

4. **Ayudar al cliente a desplegar la narrativa del problema y/o la historia vital en la que se encuadra.** Supone escuchar e identificar cooperativamente cuál es la historia que está detrás del relato del cliente (temas de apego e identidad fundamentalmente).

Ejemplo: Un vínculo con una figura parental invalidadora.

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

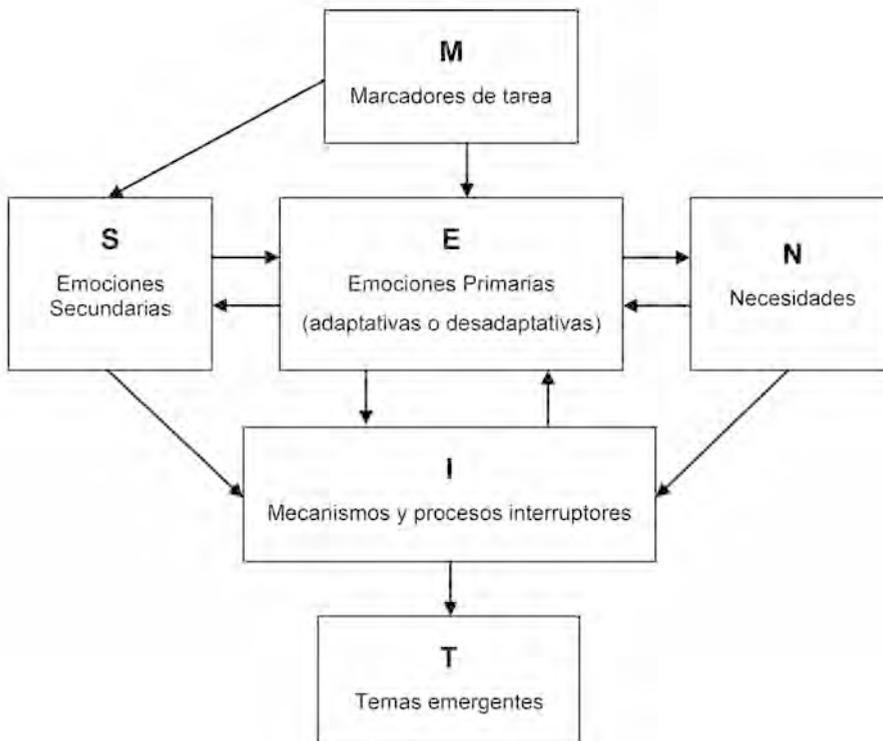
El proceso clave en la Fase 2 es la identificación de los esquemas de emoción nucleares y sus auto-organizaciones asociadas, que actúan como determinantes principales de las dificultades del cliente, junto con la co-construcción de los temas emergentes relativos a esos esquemas. La actividad del terapeuta se centra en la exploración del malestar emocionalmente más conmovedor y doloroso, así como en atender a los marcadores de problemas de procesamiento emocional específicos, que revelan cuáles son los esquemas de emoción determinantes en las dificultades del cliente. Las narrativas de base emocional que se habían ido formando en torno a la comprensión inicial de los temas de apego e identidad subyacentes a las dificultades del cliente, van quedando progresivamente más claras y consolidadas. Y eventualmente lo mismo ocurre con aquellas narrativas vinculadas a preocupaciones existenciales más generales, relativas al manejo de situaciones límite como la soledad, la pérdida, la libertad o la muerte, especialmente cuando algún tipo de cambio radical ha desestabilizado a la persona. Las emociones activadas y exploradas conducen al perfilamiento de temas relacionales nucleares como la pérdida, el abandono, la negligencia, la amenaza o la violencia. Cada emoción emerge entonces de una trama o historia diferente acerca de las relaciones entre la persona y su ambiente. Por ejemplo, el enfado implica un sentido de violación, y la

vergüenza surge de experiencias de haber sido menospreciado ante los demás. En esta segunda fase los objetivos terapéuticos incluyen:

1. La progresiva atención a seis categorías de experiencia y procesos del cliente que habrán de servir para configurar el foco terapéutico, y que han sido agrupados pedagógicamente en el acrónimo MENSIT, correspondiente a: (M) marcadores de tarea claves hasta el momento; (E) emociones primarias (adaptativas o desadaptativas) clave en la dificultad; (N) necesidades asociadas a la emoción primaria, que no están siendo satisfechas a causa de la dificultad, y que siguen presionando; (S) emociones secundarias, que aparecen como reacción a las emociones primarias o a la conciencia de las necesidades o de otros elementos de la experiencia, y que oscurecen el cuadro, a la vez que su gestión consume recursos de la persona y generan un malestar añadido; (I) mecanismos o procesos interruptores que la persona ha desarrollado para protegerse del dolor resultante de las emociones primarias cuando son desadaptativas, para limitar la conciencia de las necesidades que no están siendo satisfechas, o bien para

Figura 1.

Elementos de la narrativa del foco terapéutico en formulación de caso en TFE



gestionar el malestar secundario, y que en general bloquean el acceso a los esquemas de emoción subyacentes y su potencial transformación; y (T) temas clave en los que se articulan los esquemas de emoción, y que configuran histórica y actualmente las dificultades del cliente en términos de la relación entre aspectos del sí mismo (yo-yo) (i.e., las escisiones autocríticas) o de los efectos duraderos de la relación con un otro significativo (yo-otro) (i.e., los asuntos inacabados), además de los que son resultantes de la conciencia existencial de la persona (i.e., las situaciones en las que el sí mismo ha colapsado a la hora de asimilar un cambio vital radical, o cuando una decepción ha hecho que el sistema de creencias personal se desplome).

2. Relacionar todos los elementos del MENSIT en un foco que ofrezca una narrativa global acerca de las dificultades del cliente, la cual es el núcleo de la formulación como producto. Este foco permite a los clientes comprender cómo ciertos sucesos disparadores activan determinados esquemas de emoción nucleares, y cómo sus estilos de afrontamiento ante estas reacciones automáticas han contribuido al malestar. Es co-construido entre cliente y terapeuta y permite orientar el proceso a la vez que promueve la alianza terapéutica al incrementar la auto-comprensión del cliente, el sentido de agencia y su motivación para implicarse productivamente en las tareas que vaya proponiendo el terapeuta a lo largo de la terapia. La Figura 1 es un esquema en el que se muestran gráficamente las relaciones típicas entre los elementos del MENSIT, el cual puede servir al clínico para generar una formulación de foco inicial que ofrecer al cliente de modo tentativo, y que habrá de ser validada por éste. No obstante, la formulación del foco con frecuencia surge tácitamente en la conversación terapéutica, armándose de modo natural, e integrando los elementos del MENSIT.

En la Tabla 3 se presentan los pasos 5 a 11, y se ilustran tanto los elementos del MENSIT como la generación de una breve narrativa que constituye un foco terapéutico.

Tabla 3.

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

Identificar los elementos del MENSIT:

5. **(M) marcadores:** Identificar los marcadores (i.e., Asuntos inacabados con la madre) y sus correspondientes tareas asociadas.

Ejemplo: Trabajo con la silla vacía para asuntos inacabados), que facilitan la exploración de los esquemas de emoción subyacentes a la dificultad.

6. **(E) emociones:** Identificar las emociones primarias nucleares (adaptativas o desadaptativas), y los esquemas de emoción subyacentes a la dificultad.

Ejemplo: Dolor/vergüenza (auto-desprecio).

7. **(N) necesidades:** Buscar la necesidad que se halla implícita en la emoción y que no fue satisfecha y/o que no lo está siendo actualmente.

Ejemplo: Autoestima y valoración.

8. **(S) emociones secundarias:** Identificar y validar las emociones secundarias que surgen como reacción al dolor primario o frente a la conciencia de la necesidad, y que oscurecen la emoción primaria, además de estar consumiendo recursos de la persona o creando un dolor adicional.

Ejemplo: Culpa al expresar a la madre en la silla vacía, el dolor por ser llamado "lento".

9. **(I) interrupciones:** Mecanismos interruptores o procesos auto-protectores que se manifiestan como bloqueos que dificultan el acceso a los esquemas de emoción y su potencial transformación.

Ejemplo: Siendo una meta del trabajo con asuntos inacabados el acceso a la tristeza así como al enfado con la madre, la persona puede bloquear ambas emociones diciéndose "No le cuentes lo triste que te sientes ni cuánto la necesitabas, pues si lo haces sólo conseguirás que te vuelva a hacer daño."

10. **(T) tema/s:** Observar cómo los esquemas de emoción se articulan en temas que configuran histórica o actualmente la dificultad (intrapersonales, yo-yo; interpersonales, yo-otro-significativo, existenciales, o de dificultad de acceso al proceso experiencial).

Ejemplo: Autocrítica en la relación yo-yo corporal, junto con dolor y enfado en la relación yo-madre.

11. **Formular el foco:** Co-construir la narrativa del foco terapéutico mediante la integración de los elementos del MENSIT.

Ejemplo: *Que no te guste tu cuerpo es algo doloroso, y sufres por ello. Eres crítico contigo mismo y ese modo de verte y juzgarte es una voz crítica relacionada con una dolorosa herida que se remonta a la relación con tu madre. Necesitas ayuda para poder expresar el dolor y el enfado de esa herida, así como las necesidades no satisfechas en relación con tu madre, y que de ese modo la herida pueda sanar y pase a ser verdaderamente una cosa del pasado).*

Fase 3: Atender a los marcadores de proceso y a los nuevos significados

En esta fase, el proceso clave consiste en observar y formular los estados emocionales en curso en la sesión, y los marcadores que indican la posibilidad de iniciar tareas, las cuales, en última instancia, servirán para resolver las dificultades de procesamiento emocional. La actividad del terapeuta es permanecer alerta respecto a esos marcadores, y proponer oportunamente tareas y sub-tareas, y ayudar al cliente a implicarse en ellas y a completarlas. Los objetivos terapéuticos principales en esta fase son:

1. Producir cambios en los esquemas de emoción nucleares a través de las tareas terapéuticas.
2. Reintegrar el nuevo significado emocional y la nueva experiencia del sí

mismo y el mundo –resultante de la resolución exitosa de las tareas terapéuticas–, en la narrativa de identidad de la persona.

3. Facilitar el desarrollo de alternativas saludables y explorar las dificultades de su puesta en práctica en la vida del cliente.
4. Trabajar con nuevos marcadores relativos a tareas emergentes, que pueden ser consecuencia del acceso a dificultades que habían permanecido en un segundo plano y que requerirán la formulación de un nuevo foco, o bien pueden ser simplemente el resultado de que el cliente empieza a afrontar nuevos retos existenciales y relacionales, que aún requieren acompañamiento—si bien la persona cuenta ya con un mayor dominio de sus procesos experienciales y de sus competencias de inteligencia emocional.

La Tabla 4 cierra la enumeración e ilustración de los pasos del proceso de FC en TFE, y aporta ejemplos sobre el tipo de procesos de la Fase 3, asociados a los pasos 12 a 14.

Tabla 4.

Fase 3: Atender a los marcadores de proceso y a los nuevos significados

-
12. **Identificar marcadores de tarea emergentes.** Tras la formulación del foco, terapeuta y cliente se implican con mayor libertad y determinación en el proceso. Si bien no tienen un plan de trabajo en mente, sí que están sensibilizados respecto a los marcadores de tarea que probablemente determinarán lo que suceda en las sesiones siguientes.

Ejemplo: El cliente relata un amago de discusión que ha tenido en los probadores de la sección de ropa en unos grandes almacenes; cuenta cómo ha dado una mala respuesta a uno de los dependientes, cuando éste le ha ofrecido espontáneamente una opinión sobre cómo le quedaba la chaqueta que se estaba probando. El terapeuta formula el suceso como un marcador de Reacción problemática, y ayuda al cliente a implicarse en la tarea de *Despliegue evocador sistemático* (en ella accede a la conciencia del sentimiento de miedo al dolor que le produjo recibir la opinión del dependiente sin haberla pedido, y cómo su reacción agresiva desproporcionada era una forma de protegerse).

13. **Identificar los micro-marcadores.** Dado que la línea base de la terapia es la exploración empática, el terapeuta formula el proceso de acuerdo con los micro-marcadores de empatía que permiten al cliente explorar su experiencia de modo productivo, y de manera que nuevos marcadores de tareas específicas puedan surgir.

Ejemplo: A partir del trabajo con la tarea de *Despliegue evocador sistemático* ante una reacción problemática, el cliente retoma el relato sobre su infancia y describe cómo era para él ir a comprar ropa con su madre (la tensión de probársela, de entrar y salir de los probadores a recibir su opiniones –nunca agradables–, frente a los vendedores u otros clientes, etc.). Entonces el terapeuta acompaña la exploración seleccionando el tipo de intenciones vivenciales y de respuestas empáticas más adecuado en cada momento.

A su vez, una vez se produce la implicación en una tarea, el terapeuta atiende a

los micro-marcadores internos de esa tarea.

Ejemplo: El terapeuta ayudado al cliente a estructurar un diálogo con la silla vacía en la que ha sentado a su madre, pero parece interrumpirse debido al miedo secundario a recibir más daño por expresar sus sentimientos y necesidades; entonces el terapeuta valida esta reacción y le reafirma empáticamente, de modo que puede continuar dirigiéndose a la silla de la madre.

- 14. Evaluar cómo el nuevo significado emergente influye en la re-construcción de nuevas narrativas, y se reconectan con los problemas que el cliente presentaba al inicio.** Se trata de un trabajo reflexivo, por el cual el cliente, apoyado por la presencia empática del terapeuta revisa la novedad emergente y trata de asimilarla. Esto supone con frecuencia momentos de fragilidad y de alegría, cuando las narrativas de identidad –especialmente si eran limitantes-, empiezan a reorganizarse. A su vez, también supone la apropiación por parte del cliente de nuevas emociones y la simbolización de deseos, necesidades, motivaciones y cursos de acción existencialmente congruentes. Todo ello expresa cómo el cambio dentro de la sesión es llevado al cambio en la vida cotidiana de la persona.

Ejemplo: El cliente relata cómo por primera vez en su vida ha permitido a su mujer que le acompañe a comprar ropa, le ha expresado su vulnerabilidad en esas situaciones, y le ha pedido una opinión, pudiendo manejar los sentimientos que fueron apareciendo, así como pedir consuelo sin vivirse en peligro. A su vez, el cliente reflexiona acerca del significado de la intimidad en su matrimonio y en la relación con su mujer, comprende mejor algunos sucesos de su historia de pareja, reflexiona sobre la naturaleza de su vínculo, manifiesta el deseo de crecer en su capacidad para la intimidad, y expresa agradecimiento al terapeuta por el viaje que le ha permitido no sólo sanar un dolor emocional, sino crecer personalmente y trascender a partir de él.

Aspectos epistemológicos y teóricos de la formulación de caso en TFE

A continuación abordamos una serie de aspectos epistemológicos y teóricos de la FC en TFE, que son tratados en mayor profundidad en Goldman y Greenberg (2015), pero que es necesario esbozar al menos, a fin de que el lector pueda manejar dos apuntes sobre sendos temas clave para este modelo. Uno es la manera en que la FC en TFE responde a la controversia sobre las prácticas de diagnóstico y conceptualización en el marco de las terapias humanistas. Y la otro, el tipo de razonamiento clínico que se encuentra en el núcleo de la formulación en TFE, y que lo diferencia de otros modelos más próximos a las lógicas de la deducción y la inducción propias del modelo médico.

Si bien la tradición Humanista en psicoterapia, y particularmente la Terapia Centrada en la Persona (TCP) han sido críticas con los asuntos relativos al diagnóstico y la formulación, en realidad la noción de formulación de proceso ha estado en el núcleo mismo de sus teorías. Ya sea porque el terapeuta debía utilizar la empatía para captar el mundo interno de la persona desde su propio marco de referencia, o porque la propia teoría rogeriana en sus diferentes fases ofreció conceptualizaciones de las fuentes de disfunción o malestar (i.e., el modelo de

congruencia-incongruencia entre experiencia y auto-concepto), o por ambos motivos, la FC entendida como un proceso que permite llevar la terapia adelante de un modo dialógico, ha estado desde el principio en el centro del trabajo humanista. La terapia Gestalt y Fritz Perls por otra parte, ofrecieron conceptualizaciones complementarias a las de la TCP (i.e., el ciclo de satisfacción de necesidades o las polaridades), y aportaron técnicas psicodramáticas que integraban mapas de proceso implícitos, los cuales servían a los terapeutas para formular momento a momento qué era necesario hacer durante su aplicación, y ayudar así al cliente a resolver conflictos entre aspectos del sí mismo o con otros. Por otra parte, la conceptualización experiencial del sí mismo aportada por Eugene Gendlin en su modelo de Terapia Experiencial y Focusing, es en sí misma una formulación de las dificultades psicológicas en términos de cómo la persona puede estar en relación con su flujo experiencial sentido corporalmente, o en su lugar, relacionarse con y a través de conceptos u otras abstracciones. Así pues, la justificada preocupación de Carl Rogers por los desequilibrios y abusos de poder que el diagnóstico psicológico podría suponer cuando el terapeuta utiliza etiquetas diagnósticas o impone interpretaciones a la experiencia de la persona, se diluye cuando entendemos la FC como un trabajo colaborativo en el que la teoría y la tecnología de la terapia se ponen al servicio de la relación, y las formulaciones se someten a la validación última por parte del cliente. En ese sentido, podemos afirmar que la FC en TFE ha evolucionado para aportar a los clínicos un marco explicativo, que les ayude a comprender los problemas de sus clientes en términos de sus determinantes emocionales subyacentes, pero que no sustituye la tarea de conocerlos como personas globales y de encontrarse con ellos.

Consecuentemente y en congruencia con los principios que guían a la TFE, en este modelo de FC el terapeuta no aparece como un experto que elabora hipótesis *a priori* acerca de las causas y precipitantes de los problemas de la persona. Y por eso mismo no recurre a categorizaciones de tipos de personalidad para explicarse lo que le sucede a un cliente particular, ni establece un plan de tratamiento derivado de una de esas categorías. Al contrario, la FC en TFE, al identificarse con la intervención, se funda en la antropología de la relación Yo-Tú propuesta por Buber (1923/1970) como un encuentro entre subjetividades que, dicho coloquialmente, tienen un trabajo en común por delante.

Por otra parte, el modelo de FC que acabamos de presentar ha ido evolucionando con la teoría general de la TFE, y es consistente con un enfoque hermenéutico-cualitativo de investigación, que es parte de esa evolución. Este enfoque —que engloba metodologías como la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) (Glaser y Strauss, 1967)— propicia la construcción de estructuras de abajo a arriba a partir del cotejo de datos más básicos, entre los que es posible percibir relaciones o afinidades que generan unidades de significado superiores. Análogamente, la FC en TFE supone la construcción de estructuras que surgen del proceso mismo de la terapia, cuando es mirado por las mentes activas y en interacción del cliente y del

terapeuta. Como consecuencia, la FC en TFE pasa a ser un proceso interactivo dinámico, que pese a poder ser sintetizado en fases y pasos prototípicos, se parece poco a la aplicación de un plan fijo o estructurado. Además, la FC crece orgánicamente a partir del proceso y se ve constantemente alterada por la nueva información que procede del proceso mismo y del cliente. De esa manera, aunque la información emergente se organiza en el marco de comprensión que se forma desde las etapas tempranas de la terapia, cuando la nueva información es discrepante con ese marco, la formulación cambia.

Ese carácter abierto y centrado en la persona hace de la FC en TFE un proceso sin fin, en el que el terapeuta se implica a través de un modo de razonamiento que es denominado “razonamiento abductivo” (Peirce, 1931-1958). Tal modo de razonar puede ponerse en relación con el proceso de construcción de teorías en ciencia. Sobre todo en lo que se refiere a las múltiples ocasiones en las que el terapeuta utiliza la empatía para representarse o tratar de “adivinar”: (1) el “mecanismo psicológico” por el cual el cliente se encuentra en un determinado estado interno aquí y ahora, y (2) el tipo de experiencia que en ese mismo instante puede desbloquear ese estado o sencillamente manejar de manera productiva. La identificación de ese tipo de mecanismos es una tarea compleja que un científico psicológico trata de hacer observando casos, y que el terapeuta realiza en el contexto de un caso concreto. El primero trata de realizar abducciones de esos mecanismos en busca de descripciones que pueda usar para generar hipótesis científicas, mientras que el segundo hace lo mismo pero con una intención más limitada: Generar una hipótesis pragmática, que le permita responder al experimentar del cliente en el momento.

Efectivamente, la abducción implica utilizar la imaginación para construir un modelo de lo que está ocurriendo y se está observando. Funciona entonces como un “experimento de pensamiento”, mediante el cual el terapeuta abduce cuál es el dolor nuclear de la persona en relación con lo que ésta se halla vivenciando en el instante (y no tanto el dolor nuclear del cliente según un análisis de su estructura de personalidad o con base en alguna forma de anamnesis). Al hacerlo, parte de un conjunto incompleto de observaciones, y razona a partir de los fenómenos que reconstruye mentalmente, informado por el conocimiento teórico que tiene sobre el funcionamiento humano (la teoría de la TFE). Así, genera la que podría ser la explicación más probable para ese conjunto de datos, en términos de los mecanismos causales subyacentes actuantes en ese momento. Por ejemplo: (1) El terapeuta ve que el cliente baja la mirada y escucha un temblor en su voz (*observación* clínica de un fenómeno); (2) contrasta en su conciencia organísmica lo que el cliente dice y cómo se muestra –o sea, el fenómeno– usando su cuerpo sintiente como caja de resonancia analógica, y halla internamente las palabras e imágenes para ser evocador y preciso en su descripción de ese fenómeno (*imaginación*: i.e., “Es como ser una guitarra sin cuerdas”); y por último, se imagina que el cliente se siente humillado por efecto de una voz crítica que dice “tú no vales” (*abducción*: Se está

criticando por no ser como debería ser).

De esta manera, el razonamiento abductivo que está en el núcleo del trabajo empático en FC en TFE, es la fuente de un tipo de inferencia que se mueve desde las descripciones de patrones presentes en un fenómeno observable, hasta una o más explicaciones plausibles de ese fenómeno. No se trata por tanto de un movimiento inductivo en busca de una regularidad dentro del caso o en la personalidad del cliente, pues la abducción es tan solo empleada para obtener una comprensión inmediata y decidir la respuesta de facilitación del proceso potencialmente más adecuada en el instante. Ni tampoco es una inferencia deductiva que el terapeuta hace a partir de lo que observa en el cliente, al compararlo con la teoría (i.e., si el cliente relata una reacción de pánico es probable que la causa sea que ha estado suprimiendo sentimientos de enfado). Las inferencias abductivas son en cualquier caso suposiciones creativas, pero fenomenológicamente fundamentadas e informadas por la teoría. Esta presencia de la teoría en el razonamiento del terapeuta durante la FC en TFE no sirve como acabamos de decir para realizar un trabajo deductivo, sino para hacer sensible al terapeuta en la identificación de fenómenos clínicos relevantes, para los que eventualmente aporta un mapa nunca equivalente al territorio real que se pisa. Esto es algo que sucede claramente con los marcadores de tarea. Estos son incorporados a una abducción sobre el estado interno y las oportunidades y necesidades de procesamiento actuales del cliente, cuando al formular un fenómeno clínico que la teoría identifica como un marcador de tarea específico, el terapeuta genera la que considera como la mejor explicación posible para lo que está observando, y a partir de ahí, toma decisiones como por ejemplo proponer al cliente imaginar a una parte del sí mismo en una silla y hablar con ella.

Además, es necesario señalar que los resultados del razonamiento abductivo en los que se fundan las operaciones de gestión del conocimiento clínico durante la FC en TFE, no se valoran estrictamente en términos de verdad absoluta. Sino sobre la base de criterios como el éxito predictivo, la simplicidad, la amplitud explicativa, o su coherencia. Y dado que se apoyan tanto en la evidencia empírica que sostiene el modelo teórico de la TFE, como en la capacidad del terapeuta para generar formulaciones plausibles que se ponen a prueba de modo inmediato en la sesión, su validez relativa es entendida en términos pragmáticos, tanto por la validación que eventualmente otorga el cliente, como por el progreso terapéutico que retroalimenta la intervención.

Por último, queremos dejar constancia de que el desarrollo de la FC en TFE es un tópico abierto y en evolución. Otros autores en este marco teórico están realizando propuestas que, si bien se engranan en el modelo general desarrollado en estas páginas, ponen el énfasis en aspectos diversos. Por ejemplo, Timulak y Pascual-Leone (2014) enfatizan el uso de los hallazgos recientes sobre los procesos de transformación de la emoción en TFE, para que el terapeuta pueda trabajar directamente con los esquemas de emoción y las auto-organizaciones del cliente que causan el dolor emocional, así como con las formas de auto-tratamiento de la

persona, que contribuyen a este mismo dolor. O también Pascual-Leone y Kramer (2016), quienes han propuesto un método para el desarrollo de formulaciones de caso basadas en la emoción, recurriendo a procesos emocionales bien investigados, los cuales pueden aparecer transversalmente en el trabajo con múltiples modelos de psicoterapia.

Conclusiones

En este artículo hemos presentado al público de habla hispana el modelo de FC de la TFE, tratando de resaltar los aspectos de proceso del terapeuta en relación con proceso del cliente a lo largo de la terapia.

Hemos partido de una introducción conceptual al modelo de FC de la TFE, planteando la necesidad que tiene el terapeuta de formular para tomar decisiones en tiempo real, que le permitan aplicar los principios de este modelo terapéutico, equilibrando el trabajo de seguir y de guiar al cliente, sobre la base de una profunda sintonización empática. Después hemos hecho una introducción breve a la TFE como tratamiento neo-humanista experiencial, a fin de que el lector tenga a mano algunos conceptos clave de la teoría (esquemas de emoción, tipos de emoción, diagnóstico de proceso, marcadores, tareas terapéuticas, procesos de cambio emocional, etc.), a la hora de afrontar los contenidos específicos de FC. A partir de ahí, hemos introducido una síntesis de los principios que guían la FC en TFE y hemos reflexionado sobre la interacción entre emoción y narrativa en el proceso de formulación, como proceso integrado en la intervención.

A continuación hemos descrito las fases y pasos de la FC en TFE y las hemos ejemplificado brevemente, para pasar después a desarrollar con cierta extensión la idea de que en esta forma de FC humanista-experiencial, el terapeuta se desenvuelve como un lector e “intérprete vivencial” activo de lo que sucede dentro del cliente y en la interacción con él, asistido por procesos de razonamiento abductivo.

Referencias bibliográficas

- Angus, L. E. y Greenberg, L. S. (2010). *Working with narrative in Emotion-Focused Therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Angus, L. E., Lewin, J., Bouffard, B. y Rotondi-Trevisan, D. (2004). “What is the story?”. Working with narrative in Experiential Psychotherapy. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of Narrative Psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 87-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Buber, M. (1923/1970). *I and thou*. Nueva York, NY: Touchstone.
- Caro, C. (2005). El concepto de “auto-organización” en Psicoterapia Experiencial y de Proceso. *Miscelánea Comillas*, 63(123), 367-396.
- Elliott R., Greenberg, L. S. y Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapy. En M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy & behavior change* (pp. 493-539). Nueva York, NY: John Wiley.
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Nueva York, NY: Guilford Press.

- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Adeline.
- Goldman, R. N. y Greenberg, L. S. (2015). *Case formulation in Emotion-Focused Therapy: Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A clinical synthesis. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32-42.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2013). Emotion-Focused Therapy. En L. S. Greenberg, N. McWilliams y A. Wenzel (Eds.), *Exploring three approaches to psychotherapy* (pp. 15-69). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. y Angus, L. E. (2004). The contribution of emotion processes to narrative change: A dialectical-constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of Narrative Psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 331-350). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Greenberg, L. S. y Goldman, R. N. (2007). Case formulation in Emotion-Focused Therapy. En T. D. Eells (Ed.) *Handbook of Case Formulation* (pp. 379-411). Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. y Pascual-Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. En R. Neimeyer y M. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 169-194). Washington, DC: American Psychological Association.
- Paivio, S. y Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-Focused Therapy for complex trauma: An integrative approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pascual-Leone, A. y Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why “the only way out is through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887
- Pascual-Leone, A. y Kramer, U. (2016). Developing emotion-based case formulations: A research-informed method. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1998
- Peirce, C. S. (1931-1958). *Collected papers* (C. Hartshorne, P. Weiss y A. Burks, Eds., Vols. 1-8). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Stiles, B. F. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(11), 1-21.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It’s worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91.
- Timulak L. y Pascual-Leone, A. (2014). New developments for case conceptualization in Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2(6), 619-636.
- Whelton, W. J. y Greenberg, L. S. (2001). The self as a singular multiplicity: a process-experiential perspective. En C. J. Muran (Ed.), *Self-relations in the psychotherapy process* (pp. 87-106). Washington, DC: American Psychological Association.

Máster en Terapia Sexual y de Pareja

60 Créditos ECTS – 1 Curso Académico
14ª Edición -- Facultad de Psicología



Universitat de Barcelona



Plazas Limitadas

Lara Zankouf

¡PROFESORADO EXPERTO, SEMINARIOS ESPECIALIZADOS, PRÁCTICAS FORMATIVAS,
SUPERVISIÓN CLÍNICA, ENTRENAMIENTO VIVENCIAL!

Descarga tu dossier informativo en: www.ub.edu/mtsp

Dirigido por Adrián Montesano, Guillem Feixcas y Dámaris Muñoz
mastersexualydepareja@gmail.com



¿QUÉ ES UNA FORMULACIÓN DE CASO BASADA EN LA EVIDENCIA?

WHAT IS AN EVIDENCE-BASED CASE FORMULATION?

Tracy D. Eells

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, EEUU

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Eells, T. D. (2016). ¿Qué es una Formulación de Caso Basada en la Evidencia?. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 47-57.

Resumen

Este trabajo plantea y responde a la pregunta acerca de '¿Qué es una formulación de caso basada en la evidencia?' Trata de arrojar luz sobre el tema proponiendo tres criterios clave, que cualquier terapeuta puede tener en cuenta a la hora de valorar desde esta perspectiva un modelo de formulación de caso (FC) concreto, o al tomar en consideración su propia práctica: El primero, relativo a la fundamentación de la hipótesis central de la formulación en una teoría con apoyo en una evidencia sólida y relevante; el segundo, relativo a las características del razonamiento en el que se basa el juicio que nutre la formulación; y el tercero, relativo al grado en que el proceso de formulación se ha apoyado en un sistema o modelo de FC estructurado. Además, se revisan los antecedentes de la FC basada en la evidencia como parte de la Práctica Basada en la Evidencia en Psicología (PBEP), se discute qué se considera una evidencia adecuada en FC, y se ofrece un marco de trabajo sistemático y basado en la evidencia para esta tarea.

Palabras clave: *Formulación de caso, Psicología basada en la Evidencia, Psicoterapia*

Abstract

This work posits and answers the question about 'What is an evidence-based case formulation?' It tries to shed some light on the topic by proposing three key criteria that any therapist could follow to assess a particular model of case formulation (CF), or when taking into consideration his or her own practice: The first criterion relates to the grounding of the CF's core hypothesis on a theory supported by a solid and relevant evidence; the second criterion relates to the features of the kind of reasoning, in which the clinical judgement that nurtures the formulation is based; and the third criterion, that relates to the extent in which a given formulation is founded on a structured model of CF. Furthermore, the background of evidence-based CF as a form of Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) is reviewed, as well as what constitutes appropriate evidence in CF. An evidence-based, systematic framework for CF is also provided and explained.

Keywords: *Case Formulation, Evidence-Based Psychology, Psychotherapy*

Fecha de recepción: 30/05/2016. Fecha de aceptación: 15/06/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: tracy.eells@louisville.edu

Dirección postal: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, 550 S Jackson St, Louisville, KY 40202, Estados Unidos, Tfño:+1 502-852-1937

© 2016 Revista de Psicoterapia



La idea de una formulación de caso “basada en la evidencia” (FCBE) puede sonar inicialmente como un oxímoron, puesto que una formulación de caso es esencialmente una hipótesis. O sea, las inferencias del terapeuta acerca de las causas, los precipitantes y las influencias mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona (Eells, 2015). En contraste, la “evidencia” se refiere a algo empírico y no teórico. Sin embargo, al igual que, idealmente, una hipótesis en un diseño experimental está basada en una combinación de teoría y evidencia, lo mismo puede suceder en una formulación de caso. En este trabajo propongo tres criterios a considerar en la evaluación de si una formulación de caso está basada en la evidencia. Primero, una formulación de caso puede ser considerada basada en la evidencia si la hipótesis que ofrece está basada en una teoría con apoyo en una evidencia sólida y relevante, ya sea que ésta proceda de la literatura sobre investigación en psicoterapia, o de la literatura sobre investigación en psicología tomada más ampliamente. Segundo, en la medida en que el juicio clínico está implicado, se puede considerar que una formulación de caso se basa en la evidencia si en el desarrollo de la formulación se siguieron procesos de razonamiento con base empírica. Y tercero, una formulación está basada en la evidencia si se ha desarrollado sistemáticamente, siguiendo un formato estructurado que facilita la presentación y la evaluación de la información relevante. Comienzo no obstante con una revisión del acervo y de las diversas perspectivas relativas al concepto de práctica basada en la evidencia en psicología.

Antecedentes y perspectivas sobre Formulación de Caso Basada en la Evidencia

En 2005 la Asociación Americana de Psicología (APA) publicó un informe realizado por un grupo de trabajo sobre práctica basada en la evidencia en psicología (PBEP) (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). La PBEP se define como “la integración de la mejor investigación disponible con la pericia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente” (p. 273). El informe afirmaba que la PBEP “promueve la práctica psicológica eficaz y mejora la salud pública mediante la aplicación de principios apoyados empíricamente, relativos a la evaluación psicológica, la *formulación de caso*, la relación terapéutica y la intervención” [cursiva añadida] (p. 271). El grupo de trabajo da una alta prioridad a la formulación de caso; de hecho, uno podría considerar la formulación de caso sistemática como el centro de la PBEP. Como se dice en el informe, “Aunque la práctica clínica es con frecuencia ecléctica o integrativa..., y muchos efectos del tratamiento psicológico reflejan aspectos inespecíficos de la implicación terapéutica..., los psicólogos se apoyan en formulaciones de caso bien articuladas, en el conocimiento de la investigación relevante, y en la organización aportada por las conceptualizaciones teóricas y la experiencia clínica, para desarrollar intervenciones diseñadas con el fin de alcanzar los resultados deseados” (p. 278).

La discusión del grupo de trabajo ayuda a hacer progresar nuestra compren-

sión sobre la PBEP. Como ya se ha hecho notar, la PBEP implica la integración de tres componentes principales: la mejor investigación disponible, la pericia clínica y las características del paciente. La formulación de caso puede ser considerada como una forma de pericia clínica en la medida en que es la estructura que contiene estos tres componentes. El grupo de trabajo prescribió tres características específicas deseables para que una formulación de caso sea consistente con la PBEP y para reflejar dicha pericia. De acuerdo con el grupo de trabajo de la APA, “la PBEP articula un proceso de toma de decisiones dirigido a integrar múltiples flujos de evidencia de investigación –incluyendo los estudios controlados aleatorizados (RCT) pero no reduciéndose a ellos– en el proceso de intervención” (p. 273). Una formulación de caso sistemática y bien planeada aporta una estructura para esta tarea. Ahora sí, con el concepto de PBEP en mente, podemos explorar perspectivas específicas acerca de la formulación de caso basada en la evidencia.

El Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT por sus siglas en inglés) de Luborsky (1977; Luborsky y Barret, 2007) puede ser el ejemplo original y a la vez más claro de una aproximación sistemática, estructurada y basada en la evidencia a la formulación de caso. El CCRT es un método de formulación de caso y una herramienta de investigación en psicoterapia que implica un análisis cuidadoso de transcripciones de terapia, a fin de identificar el conflicto relacional central del cliente, y específicamente sus deseos, las respuestas de los otros a sus deseos, y las respuestas del paciente a las respuestas de los otros. Una vez identificado, el CCRT permanece consistente a lo largo del tiempo, a través de diferentes relaciones y a lo largo de la terapia; también predice el resultado terapéutico y los síntomas que se presentan inicialmente, e igualmente, CCRT específicos están asociados con diagnósticos y estilos de defensa particulares (Luborsky y Barrett, 2007; Luborsky y Crits-Christoph, 1998).

Kuyken y sus colaboradores (Bieling y Kuyken, 2003; Kuyken, 2006; Kuyken, Padesky y Dudley, 2009) describen la Formulación de Caso Basada en la Evidencia (FCBE) desde la perspectiva de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como “la encrucijada en que las particularidades individuales de un caso dado, la teoría relevante y la investigación se sintetizan en una comprensión de los asuntos que presenta la persona en términos cognitivo-conductuales, los cuales entonces, guían el tratamiento” (Kuyken, 2006, p.12). Estos autores examinaron el grado en que una formulación de caso cognitivo-conductual podía ser considerada de un modo preciso, como una formulación basada en la evidencia. Así, exploraron, desde una perspectiva “arriba-abajo”, si la teoría en la que se basa la formulación cognitivo-conductual se encuentra apoyada empíricamente. Y de modo inverso, desde una perspectiva “abajo-arriba”, realizaron preguntas acerca del impacto, el proceso y la utilidad de una formulación de caso cognitivo-conductual. Estas dos cuestiones hacían referencia a temas como la fiabilidad de las formulaciones de caso, su validez incremental y la contribución al resultado terapéutico, así como a temas de validación transversal, de relación coste-eficacia, y de relevancia de la formulación

de caso para las experiencias de los pacientes. La revisión de Kuyken y colaboradores acerca de la PBEP desde la perspectiva cognitivo-conductual ofreció resultados variados, pero resultó positiva en general y las faltas de evidencia quedaron registradas.

También desde la perspectiva cognitivo-conductual, Persons (2008) describió un enfoque de formulación de caso que sitúa la evidencia empírica en su centro. Por ejemplo, al inferir un mecanismo explicativo del problema de un individuo, propuso que la explicación a ofrecer por defecto fuera la formulación implícita, subyacente a los tratamientos apoyados empíricamente (EST). Y esta explicación por defecto debería ser modificada tan solo en virtud de elementos específicos del caso particular. Por ejemplo, la persona puede acudir con problemas para los cuales aún no se ha desarrollado un tratamiento apoyado en la evidencia, o el paciente puede aglutinar varios problemas para los cuales sí que existen tratamientos apoyados empíricamente, pero no existe ninguno para tratar esa combinación específica de problemas, o bien el individuo puede presentar factores moderadores que requieran atención clínica, entre los que se pueden incluir pobreza, desempleo, discapacidad física o una enfermedad. Bajo estas circunstancias, Persons aconseja desarrollar mecanismos basados en principios cognitivos y conductuales apoyados empíricamente, tales como la teoría cognitiva de Aaron T. Beck, la teoría de la atribución y el condicionamiento respondiente y operante. E igualmente, aconseja hacer lo mismo a partir de teorías sobre la emoción bien fundamentadas.

Una perspectiva adicional de FCBE es la ofrecida por Fishman (1999) a partir del contexto de la psicología pragmática, que él contrasta con la psicología positivista. Fishman propone una estrategia de “indagación disciplinada”, que comienza con el individuo, continua con una evaluación, y entonces conduce a una formulación que combina experiencia, investigación y la elaboración de una concepción guía, que son aplicadas al caso específico de un individuo. A partir de ahí se desarrolla un plan de acción, el cual es posteriormente monitorizado, y en el que se van realizando ajustes a medida que resultan necesarios. Fishman (2002) visualiza una estrategia de investigación que se mueve “desde un caso único hasta una base de datos”, en la que cada caso contribuye a una plataforma de conocimiento acumulativa, accesible permanentemente, indexable y pragmática acerca de los procesos y resultados de la psicoterapia. Fishman ha explorado y expandido esta idea mediante el desarrollo de una revista online, *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* (<http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp>), que edita él mismo. Cada caso presentado en la revista incluye una formulación de caso sistemática, que es desarrollada sobre la base de la teoría y la evidencia, y que sirve como fundamento para las intervenciones, las cuales también son descritas y evaluadas. En este formato, la contribución de la formulación al resultado, también es valorada.

Las perspectivas sobre FCBE que acabamos de describir, comparten múltiples características relacionadas. Primero, reclaman el uso de la formulación de caso como una estructura en la cual, teoría, evidencia, pericia clínica y las circunstancias

idiográficas de un individuo en particular, con distintos problemas en un momento singular y en un contexto social y cultural específico, se unen para crear una explicación integrada y coherente que guíe el tratamiento. Segundo, reclaman una construcción sistemática de las formulaciones de caso, y el uso de estas formulaciones como una guía básica para conducir la terapia. Tercero, son prácticas y centradas en el paciente, y a la vez están fundamentadas científicamente. En tanto que la FCBE requiere un proceso sistemático de discernimiento y de selección de evidencias, esto nos lleva a la siguiente pregunta: ¿qué es lo que constituye una evidencia empírica adecuada en formulación de caso? Pregunta de la cual nos ocupamos a continuación.

¿Qué constituye una evidencia empírica adecuada en formulación de caso?

La evidencia para la formulación de caso puede ser de muchos tipos y provenir de múltiples fuentes, que incluyen los autoinformes del paciente, instrumentos psicométricos, la investigación de proceso y resultado en psicoterapia, la investigación sobre psicopatología y los hallazgos epidemiológicos (Eells, 2015; Eells y Lombart, 2011). Otras fuentes son también las intuiciones del terapeuta, el consejo experto, el recuerdo de experiencias relativas a pacientes anteriores, y la propia experiencia del terapeuta acerca de ese mismo paciente en la consulta. Aunque no son todas igualmente valiosas ni en todas las circunstancias, no hay consenso respecto a qué constituye la evidencia adecuada para la formulación de caso. Por esta razón, y en la medida en que la formulación de caso siempre implica la realización de inferencias y la formación de hipótesis que deben ser testadas, es útil ver la evidencia en términos relativos –como más o menos probatoria– que categorialmente, como válida o inválida. Por tanto, inspirándose en su base de conocimientos y teniendo en cuenta los potenciales sesgos sistemáticos en el juicio –que son discutidos en la siguiente sección–, los terapeutas podrían pensar en un continuo de evidencia, en el cual un extremo representa a las formas fuertes de ésta, y el otro a las más débiles. En el primer extremo uno podría imaginar resultados convincentes relativos a tratamientos apoyados empíricamente, mecanismos generales bien demostrados que subyacen en las diferentes formas de psicopatología, datos epidemiológicos con potencia predictiva, o hallazgos bien documentados y replicados acerca de procesos psicológicos básicos, como por ejemplo la edad a partir de la cual pueden formarse recuerdos autobiográficos. En el otro extremo del continuo podríamos situar las intuiciones y corazonadas del terapeuta. Éstas tendrían la capacidad de ofrecer *insights* valiosos, que a su vez podrían ser puestos a prueba, pero que en sí mismos podrían no ser descritos como basados en la evidencia por una mayoría de observadores. Entre estos dos extremos cabría incluir datos como los hallazgos procedentes de tests psicológicos, el recuerdo de casos similares, los resultados de escalas de evaluación, la narrativa de un paciente respecto a un episodio relacional, el apunte de un sueño, el registro de un pensamiento, el reporte que un paciente hace acerca de un pensamiento automático,

o la aseveración por parte del paciente o del terapeuta de que un pensamiento es una creencia nuclear. Los criterios para situar una evidencia a lo largo del continuo podrían incluir su consistencia con estudios de resultado y de proceso bien establecidos, su consistencia con el conocimiento bien fundado sobre psicopatología, sobre desarrollo de la personalidad y cognición, o su plausibilidad en términos del conocimiento de referencia, así como factores tales como su consistencia interna, su parsimonia y su comprensividad. Y por supuesto, obtener la visión del paciente acerca de la formulación, también es importante a la hora de evaluarla.

Un razonamiento robusto como criterio para una formulación de caso basada en la evidencia

Dado que la formulación implica la realización de un juicio clínico a través del cual se aplican la teoría y el manejo de la evidencia en un caso específico, es crucial que tales juicios sean sólidos y robustos. En las últimas décadas, los científicos cognitivos han identificado errores sistemáticos en el razonamiento y en el juicio que afectan a todas las personas, y que por tanto también pueden afectar de modo adverso a cómo un terapeuta conceptualiza a su paciente. Kahneman (2011) atribuye estos errores de razonamiento a la interacción de dos sistemas cognitivos ampliamente estudiados, a los cuales denomina “Sistema 1” y “Sistema 2”. El Sistema 1 es automático, no requiere esfuerzo, es rápido, impulsivo e intuitivo. Es el sistema responsable cuando un terapeuta concluye que un paciente está deprimido o es “límite” a partir de una interacción breve. En contraste, el Sistema 2 implica esfuerzos intencionales para aplicar el razonamiento inductivo o deductivo y la lógica a la resolución de un problema. El Sistema 2 es deliberado, lento, requiere esfuerzo y es sistemático, razones por las cuales demanda un considerable gasto de concentración y de atención. Actúa cuando un terapeuta compara los síntomas de un paciente con un conjunto de criterios diagnósticos y pondera si cada criterio es o no es parte de la clínica que presenta el paciente. El Sistema 1 tiende a dominar la cognición en tanto que es menos taxativo, pero necesitamos el Sistema 2 como un control para el Sistema 1. Ambos sistemas operan en una alianza nada fácil, para producir patrones de pensamiento heurístico que nos permiten tomar decisiones rápidas, que con frecuencia pueden ser adecuadas aunque no necesariamente óptimas. Un ejemplo de esto es el “heurístico de disponibilidad”, que se apoya en el principio de que hacemos juicios basados en la información que con más facilidad acude a nuestra mente. Aplicado a la formulación de caso, el heurístico de disponibilidad puede llevar al terapeuta a sobrevalorar su experiencia personal o sus impresiones, y a infravalorar la evidencia empírica objetiva. Por ejemplo, un terapeuta puede tender a estar de acuerdo con un paciente que de modo convincente afirma, entre lágrimas y enfado, que está siendo víctima de un abuso mediante un ritual satánico, cuando resulta que otras explicaciones se hallan fácilmente disponibles, y a pesar de que la evidencia sobre la frecuencia relativa de ese tipo de abuso es reducidamente baja. Otro ejemplo es el “heurístico de representatividad”, el cual

consiste en un atajo mental basado en el principio de “cada oveja con su pareja.” Por ejemplo, uno podría inferir que todas las víctimas de abuso sexual en la infancia poseen una personalidad tipo límite, y se encuentran dañadas significativamente en su capacidad para el amor y la intimidad. Tal conclusión podría fallar a la hora de reconocer la evidencia de que muchas –aunque claramente no todas– las víctimas de abuso sexual en la infancia, llegan a tener éxito en su vida y en el amor (Rind, Tromovitch y Bauserman, 1989, 2001). En otra publicación describo ejemplos adicionales de pensamiento heurístico, que podrían conducir al error en la práctica de la formulación de caso en psicoterapia (Eells, 2015).

Un marco de trabajo basado en la evidencia y sistemático para la formulación de caso

La Figura 1 presenta un marco de trabajo para una psicoterapia basada en la evidencia y guiada por la formulación de caso. Adapta el enfoque de investigación basado en la indagación disciplinada de Fishman (1999), y está diseñado para resultar simple, práctico, escalonado, adaptable a los pacientes de todos los grados de complejidad, así como a múltiples teorías de psicoterapia y fuentes de información. Para una descripción completa del modelo véase Eells (2015). Como ya hemos mostrado, la formulación ocurre después de reunir la información inicial, y antes de ofrecer el tratamiento, si bien en la práctica, por supuesto, uno se mueve fluidamente entre estos dos pasos. La recopilación de información es el primer paso en cualquier forma de psicoterapia, y usualmente implica una entrevista de entrada estándar (Morrison, 2008). El terapeuta también podría reunir información a través de medidas de evaluación de síntomas, tests psicológicos, reportes de los miembros de la familia o del propio paciente, así como de la revisión de los archivos médicos procedentes de tratamientos psicológicos anteriores. Toda esta información sirve como input para desarrollar la formulación.

El proceso de formulación posee cuatro componentes principales. Primero está la identificación colaborativa de una lista de problemas comprensiva, que incluya síntomas, señales y problemas de la vida cotidiana, incluyendo cómo funciona el paciente interpersonalmente y en la sociedad. Es importante saber si hay algún tipo de “señal de alarma” a la que deba atenderse, puesto que en ese caso requerirá atención inmediata. Este tipo de señales incluye el riesgo suicida, el potencial homicida, la negligencia, el abuso de sustancias y la violencia doméstica.

El segundo componente es el diagnóstico, el cual, a pesar del problema de fiabilidad (Regier et al., 2013), es incluido por al menos cuatro razones: Primero, porque muchos protocolos de tratamiento están diseñados para individuos con diagnósticos específicos. El conocimiento del diagnóstico, por lo tanto, ayuda al clínico a seleccionar intervenciones para tratar al paciente. Segundo, en la medida en que los modelos de tratamiento contienen formulaciones implícitas y se hallan vinculados a diagnósticos, el diagnóstico puede aportar una dirección inicial en el desarrollo de una hipótesis explicativa. Tercero, el diagnóstico facilita la comunica-

ción entre profesionales de la salud mental. Y cuarto, el diagnóstico es con frecuencia una necesidad práctica a la hora de facturar y de cobrar por los servicios profesionales prestados por el terapeuta.

El tercer componente del modelo de formulación general, el desarrollo de una hipótesis explicativa, es donde múltiples fuentes teóricas y de evidencia llegan a hacerse patentes en un individuo específico. Con frecuencia, diversas hipótesis explicativas pueden ser propuestas para un mismo conjunto de problemas. Puede no haber una única explicación correcta, y más bien el poder explicativo de una hipótesis es evidenciado primariamente en su aplicación práctica. Los expertos desarrollan hipótesis explicativas que son adecuadamente comprensivas a la hora de explicar los elementos de la lista de problemas; que son, a su vez, suficientemente elaboradas y complejas al poner en relación múltiples facetas del funcionamiento de un individuo; también coherentes e internamente consistentes; y cabe esperar que precisas en el uso del lenguaje, y basadas en un enfoque de formulación sistemático (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner y Lucas, 2005). Aunque la hipótesis explicativa pueda tener múltiples y variados componentes dependiendo del modelo específico que uno siga, propongo que hay cinco componentes que deben hallarse incluidos en todas las formulaciones. Primero, considerar los *precipitantes*. Existen sucesos, factores estresantes, experiencias o apreciaciones que disparan el comienzo de los síntomas, o que activan el mecanismo hipotetizado que conduce a estos. Segundo, aportar una explicación del *origen* del mecanismo propuesto. Ésta puede incluir una historia de aprendizaje hipotetizada, que condujo a la vulnerabilidad del individuo frente a sus problemas. Alternativamente, puede incluir traumas o fallos en la empatía que dañaron a la persona, vulnerabilidades genéticas o biológicas de todo tipo, así como factores culturales que hayan podido contribuir a su formación. Tercero, considerar los *recursos* o las fortalezas personales del individuo. Pueden ser utilizados para armarse de esperanza y motivación, y para hacer palanca a favor de la recuperación. Los ejemplos de este tipo de recursos incluyen áreas de funcionamiento preservadas, el funcionamiento premórbido, la inteligencia, el nivel de desarrollo psicosocial inferido, el apoyo social, la capacidad para el disfrute, así como el sentido del humor o la ironía. Cuarto, considerar los *obstáculos* que puedan interferir con un resultado del tratamiento exitoso, los cuales pueden ser realmente variados. Los ejemplos incluyen mecanismos de defensa primitivos o distorsionadores, patrones de pensamiento dicotómico, intolerancia a la ambigüedad, habilidades sociales pobres, problemas financieros o la falta de apoyo social. Finalmente, ofrecer una *hipótesis nuclear*, mediante la cual capturar de manera sucinta el entendimiento colaborativo entre paciente y terapeuta, acerca del mecanismo que está generando los problemas. Dicha hipótesis está basada en teorías de psicoterapia y psicopatología bien establecidas.

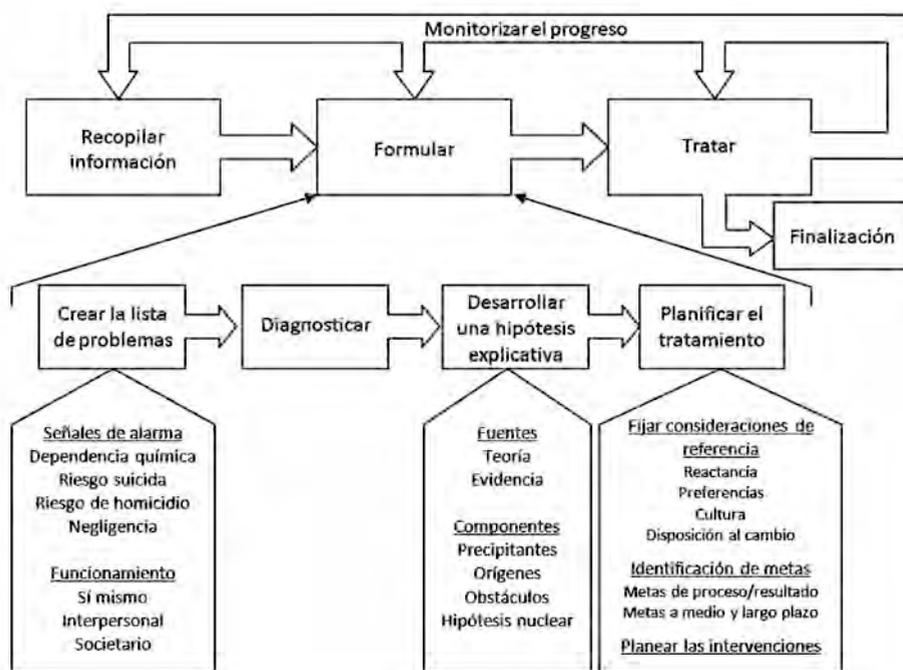
El paso final en el marco de FCBE es la planificación del tratamiento, el cual enlaza la hipótesis explicativa y la intervención o tratamiento. El plan de tratamiento debería fluir directamente y de modo lógico de los pasos de formulación preceden-

tes, y debería estar bien elaborado y secuenciado. La Figura 1 sugiere comenzar con algunas consideraciones que funcionan como un “punto fijo” (i.e., preferencias del cliente, factores culturales, etc.), todas la cuales tienen apoyo empírico como factores que influyen en el resultado de la psicoterapia (Norcross, 2011). Finalmente, se identifican los procesos a medio y largo plazo y las metas perseguidas como resultado, y se planifican las intervenciones correspondientes.

Una vez se ha desarrollado la formulación, debería ser testada en el tratamiento y revisada, especialmente si éste no está siendo exitoso. Los bucles de retroalimentación en la Figura 1 describen el proceso de monitorizar, someter a prueba y evaluar de manera regular, tanto los problemas como el progreso.

Figura 1

Marco de trabajo para una psicoterapia guiada por la formulación de caso y basada en la evidencia



¿Por qué practicar la psicoterapia utilizando la FCBE?

¿Qué justifica el tiempo que le toma a un terapeuta desarrollar una FCBE? Claramente, es ética y pragmáticamente insostenible tratar al paciente apoyándose tan solo en las propias experiencias personales, y en la intuición no sometida a examen. En contraste, existen modelos de tratamiento apoyados empíricamente (EST por sus siglas en inglés), dirigidos al abordaje de muchas condiciones psicológicas (Nathan y Gorman, 2007). ¿No sería más directo entonces obviar la

formulación y simplemente emplear estos modelos? En otros trabajos aportó una serie de razones para apoyar la reivindicación de que el enfoque de FCBE, es una alternativa empíricamente defendible frente al movimiento de los tratamientos apoyados empíricamente (Eells, 2013a, 2013b). Aquí, no obstante, presento un resumen breve de esas razones. Primero, si ambos enfoques producen resultados comparables, no hay un fundamento empírico para preferir uno en lugar del otro. Aunque la literatura no es abundante, sugiere que los resultados pueden ser comparables. Segundo, el enfoque de FCBE permite al terapeuta adaptar el tratamiento al conjunto de los problemas presentados por el paciente, y no solamente al diagnóstico para el que el tratamiento está diseñado. Además, el enfoque basado en la evidencia del terapeuta, no se limita a un rango relativamente estrecho de evidencia si se lo compara con el espectro de los hallazgos empíricos en la literatura psicológica, pues incluye los hallazgos pertenecientes a las ciencias sociales, del desarrollo y cognitivas. Como Persons (2008) recomendaba, cuando resulta apropiado para el conjunto de problemas del paciente, se puede emplear un tratamiento apoyado empíricamente. Finalmente, dado que los terapeutas practican tratamientos apoyados empíricamente, probablemente también los adaptan para satisfacer las necesidades del paciente a medida que éstas aparecen, y por tanto es probable que sea una falsa dicotomía la que existe entre los tratamientos apoyados empíricamente y los enfoques de FCBE –al menos cuando consideramos la psicoterapia tal y como se practica realmente.

En este artículo, sugiero tres criterios básicos para considerar que una formulación de caso está basada en la evidencia. Primero, debe apoyarse en una teoría que posea un fuerte apoyo empírico. Segundo, en la medida en que el juicio clínico está implicado en la formulación, tal juicio debería permanecer atento a las trampas de los procesos humanos de toma de decisiones. Tercero, el proceso de formulación de caso debería ser sistemático y estructurado. Cuando estos criterios se cumplen, el terapeuta puede estar seguro de que ha desarrollado una formulación sólida y empíricamente justificable. Aún así, una FCBE es más un proceso que un producto, y el terapeuta guiado por la formulación de caso la reconsidera constantemente, a medida que nueva evidencia resulta disponible.

Traducción de Ciro Caro

Referencias bibliográficas

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Bieling, P. J., y Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10(1), 52-69.
- Eells, T. D. (2013a). The case formulation approach to psychotherapy research revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 426-447.
- Eells, T. D. (2013b). In support of evidence-based case formulation in psychotherapy (from the perspective of a clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 457-467.
- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Eells, T. D., y Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. En P. Sturmey y M. McMurrin (Eds.) (pp. 3-32), *Forensic case formulation*. Chichester, RU: John Wiley & Sons.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., y Lucas, C. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(4), 579-589.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*: Nueva York, NY: Nueva York University Press.
- Fishman, D. B. (2002). From single case to data base: A new method for enhancing psychotherapy, forensic, and other psychological practice. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 275-304.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Nueva York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? En N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy? The treatment of challenging and complex cases* (pp. 12-35). Nueva York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., y Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. En N. Freedman y S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). Nueva York: Plenum Press.
- Luborsky, L., y Barrett, M. S. (2007). The Core Conflictual Relationship Theme: A basic case formulation method. En T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. (2ª ed.) (pp. 105-135). Nueva York: Guilford Press.
- Luborsky, L., y Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2ª ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Morrison, J. (2008). *The first interview* (3ª ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.



Integración en Psicoterapia: Nuevos Desarrollos

VI CONGRESO NACIONAL DE ASEPCO Y I CONGRESO NACIONAL DE APCAE

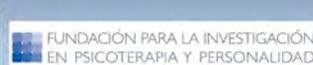
www.cpsicoterapiamurcia2016.es

Murcia, 21, 22 y 23 de octubre de 2016

Cámara de Comercio, Industria y Navegación



Colaboran:



VIAJES El Corte Inglés
CONGRESOS CIENTÍFICO-MÉDICOS

SECRETARÍA TÉCNICA:
Alberto Bosch, 13 - 28014 Madrid (Spain)
Tel.: +34 91 330 05 65 · Fax: +34 91 420 39 52
E-mail: secretaria@viajeseci.es

EL DIAGRAMA CIRCULAR EN TERAPIA DE PAREJA: UN MAPA RELACIONAL PARA GUIAR EL PROCESO TERAPÉUTICO

THE CIRCULAR DIAGRAM IN COUPLE THERAPY: A RELATIONAL MAP FOR GUIDING THE THERAPEUTIC PROCESS

Adrián Montesano

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología.
Universitat de Barcelona.

Centro de Investigación en Psicología, Unidad de Investigación en Psicoterapia y Psicopatología,
Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

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.

Resumen

En el presente texto se describe de manera pormenorizada una de las técnicas más versátiles para la formulación de caso y la intervención en la terapia de pareja: El diagrama circular. Esta es una herramienta que permite mapear los patrones de construcción interpersonal e incidir sobre los ciclos de interacción que mantienen/disuelven los problemas por los que consultan las parejas. Con el objetivo de retratar esta tecnología de forma amplia, el texto se divide en dos bloques diferenciados. En el primero se presenta una guía breve de formulación de casos desde el modelo sistémico, la cual sirve de marco conceptual para el segundo bloque centrado en la descripción del diagrama. En este, primero se explica qué es el diagrama circular y se especifica, paso a paso, cómo se construye, detallando cada uno de sus niveles (acción, significado y modelos relacionales), así como la forma de construirlo en el contexto de la entrevista terapéutica. Además, se presentan dos ejemplos clínicos para proporcionar al lector una idea más precisa de la utilidad del diagrama en la formulación clínica. Después, se comentan los beneficios de su uso en el contexto de la terapia de pareja como herramienta focalizada en patrones de construcción interpersonal. Finalmente, se perfilan algunas estrategias básicas para la intervención terapéutica a través del diagrama.

Palabras clave: Terapia de pareja, terapia sexual, patrones de interacción, circularidad, formulación de casos, formulación sistémica



Abstract

One of the most versatile techniques for case formulation and intervention in couple therapy is described in detail in this article: The circular diagram. This is a tool that allows mapping patterns of interpersonal construing and intervening on the cycles of interaction that maintain or dissolve the problems for which couples seek therapy. With the objective of portraying this technology thoroughly, the text is divided into two main sections. In the first one, a brief guide to systemic formulation is presented what serves as a conceptual framework for the second one, focused on the description of the diagram. In this second section, it is firstly explained what exactly is the circular diagram and how to construct it, step by step, detailing each of its landscapes (action, meaning, and relational models), as well as the way to build it up in the context of the therapeutic interview. Furthermore, two clinical examples are presented in order to provide the reader with a more precise idea of its usefulness for clinical formulation. Then, the benefits of using the diagram in the context of couple therapy as a tool focused on patterns of interpersonal construing are commented. Finally, some basic intervention strategies based on the circular diagram are outlined.

Keywords: Couple therapy, sexual therapy, patterns of interaction, circularity, case formulation, systemic formulation

En este texto presento una de mis herramientas clínicas predilectas para la terapia de pareja: El diagrama circular. La motivación para escribir este artículo es doble. Por un lado, no existe en la actualidad ningún texto específico sobre el tema y, por tanto, solventar esta carencia puede facilitar que más personas tengan acceso a esta herramienta que para mí ha resultado tan tremendamente útil en mi práctica clínica. Por otro, la mayoría de las veces en que he presentado el diagrama en contextos formativos o en conferencias científicas, he percibido un gran interés por parte de la audiencia, la cual, frecuentemente, me ha solicitado un texto específico que pudiese dar apoyo bibliográfico a la explicación. Con esta intención formativa en mente, y la oportuna ocasión de un monográfico sobre la formulación de casos en psicoterapia, he considerado conveniente el esfuerzo de finalmente desarrollar este trabajo.

En este sentido, creo que el texto puede resultar útil tanto para terapeutas en formación como para terapeutas experimentados. Para aquellos que estén en una fase inicial de formación, el diagrama les ofrece la oportunidad de ejercitar la *mirada circular* en la formulación clínica de problemas, la cual constituye una de las habilidades clínicas más difíciles e importantes que todo terapeuta que se precie debe desarrollar. Para los más experimentados y ya familiarizados con la circularidad, el diagrama ofrece niveles mayores de complejidad sobre los procesos de construcción interpersonal como veremos más adelante. La versatilidad de la técnica permite incluso que el clínico la adapte a su propia forma de trabajo, y pueda aplicarla en contextos tanto de terapia como de formación y supervisión.

En la primera parte del texto, antes de explicar la técnica en sí, presento brevemente algunas ideas básicas sobre la formulación en el modelo sistémico a modo de antecala conceptual. El objetivo de incluir esta parte no es tanto contextualizar la técnica dentro de este modelo sino resaltar la centralidad que tienen los patrones de interacción en el proceso terapéutico. El lector puede, si así lo desea, seguir la secuencia en dos tiempos en que está organizado el texto. Alternativamente, puede optar por ir directamente a la segunda parte donde se explica con detalle el qué y el cómo del diagrama, y tal vez volver sobre la primera parte en otro momento.

UNA APROXIMACIÓN A LA FORMULACIÓN DE CASO EN EL MODELO SISTÉMICO

ANTECEDENTES

Una de las aportaciones fundamentales del modelo sistémico a las ciencias sociales y a la psicoterapia radica en haber puesto de manifiesto la importancia del contexto para entender y explicar la conducta humana. En este sentido su cuerpo teórico resulta un marco incomparable para poder hacer formulaciones contextuales de los problemas humanos, primando los aspectos relacionales sobre los puramente individuales o intrapsíquicos.

Existen varios antecedentes claros en la historia del enfoque sistémico sobre

procesos de formulación. Entre ellos cabe destacar, por ejemplo, las aportaciones del equipo del Mental Research Institute (Watzlawick et al., 1974), quienes desarrollaron un modelo elegante e innovador de formulación y resolución de problemas (problema = solución); o la pionera escuela de Milán (Palazzoli et al., 1980) quienes de manera explícita definieron la terapia como un proceso continuo de formulación de hipótesis. Por su cualidad fundacional y su capacidad heurística, ambas aportaciones persisten en los modelos sistémicos actuales.

El enfoque sistémico, como ya sabrá el lector, no es un modelo unitario sino que comprende una diversidad de escuelas o sub-modelos diferenciados entre sí, los cuales han desarrollado formas propias de conceptualizar los problemas y metodologías específicas de intervención. Por tanto, cada uno de estos modelos tiene potencialmente formas diferentes de conceptualizar de acuerdo con sus sensibilidades características. La diversificación es tal en estos tiempos que corren, que la cuestión ha llegado a la ridícula situación de casi un modelo por autor. Aun así, también pueden encontrarse propuestas sobre factores comunes a los distintos modelos (Lebow, 2014) que sirven de referencia y anclaje para crear guías generales de formulación sistémica. Algunos de estos conceptos son: (a) la causalidad circularidad, (b) las características estructurales del sistema (límites, triangulaciones, etc.), (c) las pautas trans-generacionales, (d) el ciclo vital familiar, y (e) el sistema de creencias de la familia.

Como ya se ha señalado en otro lugar (Montesano, 2012), un eje común de evolución de las distintas escuelas de corte sistémico consistió en la incorporación del nivel semántico de la comunicación, bajo la influencia del paradigma constructivista y construccionista en las ciencias sociales. En efecto, en los albores de la sistémica los aspectos pragmáticos de la comunicación fueron el foco principal, sin embargo, desde los años 80 y hasta la actualidad, la importancia del lenguaje y los procesos de construcción de significado pasaron a ocupar un lugar primordial en la formulación teórica. De la mano de este desarrollo llegó también la idea de que las dinámicas relacionales no son la causa de los problemas, sino, en todo caso, sistemas de influencia primarios que pueden exacerbar, mantener, o disolver los problemas. Estas cuestiones tienen una importancia decisiva no sólo para entender la situación actual del modelo, sino también, como veremos unos párrafos más abajo, para poder desarrollar modelos de formulación comprensivos.

A pesar de los antecedentes mencionados, hasta la fecha y por lo que yo sé, son sólo excepciones las propuestas estructuradas de formulación sistémica (i.e., Dallos & Stedmon, 2014) y prácticamente inexistentes en el contexto específico de la terapia de pareja. En mi opinión, el desarrollo de modelos de formulación sistémica es especialmente relevante por varias razones. Por nombrar algunas: Para ofrecer herramientas didácticas a los terapeutas en formación, para hacer más eficientes los protocolos de intervención existentes, o para poder generar sistematicidad en el material clínico de modo que facilite la investigación. También, y quizás de menara más destacada, porque suponen, tal y como se ha señalado en la introducción de este

monográfico una valiosa alternativa a los polémicos sistemas predominantes de clasificación de trastornos psicológicos (Ciro y Montesano, 2016).

GUÍA BREVE DE FORMULACIÓN SISTÉMICA

Más allá de las cuestiones políticas y formativas, no hay que perder de vista que el mayor interés del desarrollo de modelos de formulación sistémica es el clínico. La formulación está al servicio de los terapeutas y de las instituciones, pero especialmente al de las familias/parejas/individuos que los consultan. Asumimos pues que el objetivo principal de cualquier formulación no es tanto proveer una explicación sobre el/ los problema(s) del caso sino seleccionar y ordenar la información de forma tal que permita orientar la intervención de la mejor manera posible. Desde un punto de vista integrativo y sin el ánimo de ser exhaustivos, presentamos a continuación cuatro puntos cardinales que caracterizan a la formulación sistémica.

1. La formulación se focaliza principalmente en los patrones de interacción que mantienen/ disuelven el problema

Desde el punto de vista sistémico se entiende que los problemas residen fundamentalmente en las dinámicas de interacción de los sistemas relacionales y no tanto así 'dentro' de los individuos. En consecuencia, los terapeutas sistémicos focalizan su actividad en desvelar, alentar, o desafiar los patrones relacionales que mantienen/ disuelven el problema. Estos patrones son considerados los agentes principales del cambio. El lector puede consultar los desarrollos recientes de Tomm y su equipo (Tomm, St George, Wulff, & Strong, 2014) al respecto, los cuales consideramos de referencia para lo que aquí exponemos. Nótese que en este punto estamos haciendo mención, al menos, a dos tipos diferentes de patrones:

1.1. Los patrones de interacción que mantienen el problema: Los círculos viciosos

Estos podrían definirse como aquellas dinámicas relacionales en las que se incita o acrecienta el malestar, la negatividad, o el sufrimiento, en una o varias personas del sistema y/o genera estrés en la relación. Adoptan la forma de nefastos círculos viciosos, en los que las personas se sienten atrapadas, sufriendo sus consecuencias, sin saber cómo salir. Por poner un ejemplo común, pediría al lector que pensara en una pareja con constantes y acaloradas discusiones. Seguramente concordará conmigo en que, en estos casos, la crítica suele ser el arma principal del que se hacen valer los miembros de la pareja. Una especie de 'y tú más'. Cualquier crítica de una parte resulta en una invitación para la otra a responder con una actitud defensiva, la cual a su vez promueve más crítica, en una espiral *ad infinitum*. Así pues, desde un punto de vista sistémico vamos a entender que esta pareja se encuentra atrapada en un patrón de interacción negativo de

‘actitud crítica’ emparejada con ‘actitud defensiva’, sin importar qué miembro ocupa qué lugar de la interacción, y sintiéndose ambos dominados por la dinámica.

Existe una multiplicidad de posibles patrones de interacción negativos que provocan malestar. Por ejemplo, los círculos viciosos más típicos que se pueden observar en la terapia de pareja son: controladora-resistente, demandante-distante, dominante-sumisa, rechazante-enfadada, culpabilizante-culpado, oculta información-falta de interés, etc. (el lector debe reparar en que aquí se está haciendo referencia a actitudes sostenidas en una interacción y no a rasgos de personalidad u otras atribuciones de características estables de lo que la persona es o deja de ser).

1.2. Los patrones de interacción que disuelven el problema: Los círculos virtuosos

Este tipo de dinámicas hacen referencia a ciclos de interacción que facilitan el bienestar relacional o individual, mejoran la competencia de sus miembros, y devuelven una imagen positiva de aquellos que sostienen la dinámica. Son, en realidad, el alimento principal del que nos nutrimos para mantener en forma nuestra salud relacional y mental. Afortunadamente, la gran mayoría de personas vivimos inmersas en este tipo de dinámicas en el día a día, con los amigos, la familia, los compañeros de trabajo, los compañeros sentimentales, etc.

En el contexto clínico estos patrones adoptan frecuentemente la forma de dinámicas contrarias a las problemáticas, conformando así una especie de antídoto o dinámica anti-problema. En otras, no siguen la lógica de lo opuesto sino de lo excepcional. En ambos casos, estos patrones de interacción se definen por suponer una innovación en el repertorio relacional del sistema y tener la capacidad de bloquear los efectos nocivos del patrón problemático, son las así llamadas innovaciones relacionales (Montesano, 2016).

Pensemos por ejemplo en la pareja de antes sometida al círculo vicioso de ‘actitud crítica-actitud defensiva’. Una tarea prototípica en el proceso terapéutico va a consistir en pedir a los miembros de la pareja que detecten, en secreto, lo que el otro miembro de la pareja está haciendo de positivo para la relación o el bienestar individual del otro. La intención estratégica de esta tarea reside en promover un tipo de interacción que disuelva la escalada. En este sentido, se está intentando poner en marcha un patrón en el que el reconocimiento se empareje con la positividad. En efecto, el hecho de que un miembro reconozca (o este focalizado en reconocer) la competencia y las buenas intenciones del otro facilitará que este miembro se disponga a realizar más actos positivos, lo que a su vez facilitará el reconocimiento. Seguramente el lector ya habrá percibido que el recono-

cimiento excluye la crítica, y en este sentido podría considerarse una dinámica anti-problema para esta pareja. Idealmente, el terapeuta va a intentar maniobrar para que este ciclo de 'reconocimiento-positividad' pueda convertirse en un patrón de interacción más estable en el futuro.

Existen también, afortunadamente, una infinidad de círculos virtuosos en los que apoyarse para la terapia, por nombrar sólo algunos: mostrar respecto-apreciar el respeto, crítica constructiva-corriger errores, mostrarse solícito-mostrar agradecimiento, procurar cuidados-aceptar cuidados, etc.

Permítame el lector quedarme un párrafo más en los patrones de interacción para comentar un último matiz. La eficacia de la intervención para promover un cambio a largo plazo va a depender directamente del grado en que los patrones son capaces de representar y legitimar los modos en que los individuos y las parejas construyen su experiencia. Para poder ajustar la formulación de patrones a esta dimensión experiencial, no sólo hay que desplegar una buena sensibilidad a los procesos relacionales (dimensión inter) sino también a la construcción de la experiencia personal (dimensión intra). De hecho, una formulación sistémica completa debe dar cuenta de la relación entre lo interaccional y la experiencia particular de cada miembro, es decir, las implicaciones identitarias que las relaciones tienen en cada uno de los individuos implicados. Como veremos más abajo es esta, precisamente, una de las ventajas que ofrece el diagrama circular que presentamos en este trabajo: Cartografiar los procesos de construcción interpersona teniendo en cuenta ambas dimensiones.

2. La formulación se construye a partir de la exploración de significados de las narrativas que la familia trae a la terapia

Como hemos comentado antes, la influencia del constructivismo primero y el construccionismo social después pusieron en primer plano la idea de que el eje central de la actividad humana radica en la construcción de significado, y que estos significados son tributarios del contexto relacional/ cultural en el que son generados. En este sentido, las hipótesis y formulaciones construidas en el contexto terapéutico nunca pueden ser entendidas como verdades objetivas, sino como construcciones más o menos válidas, más o menos consensuadas, y más o menos efectivas para facilitar el cambio. Así pues, resulta del todo necesario mantener una actitud reflexiva en la formulación, que permita poner de manifiesto las creencias y valores que están en juego tanto en la familia como en el equipo terapéutico. En el caso de la terapia de pareja, por la sensibilidad de la temática que trata, resulta especialmente importante mantener una práctica reflexiva cuando se formula, para evitar el efecto constrictivo de creencias y valores implícitos sobre cómo deben ser las relaciones humanas.

3. La formulación es entendida como un proceso continuo de co-construcción

En general, la formulación de casos puede considerarse como un resultado o como un proceso (Jonhstone y Dallos, 2014). La mayor parte de la literatura asume la primera posición, entendiéndola como un acontecimiento que ocurre en un momento preciso y que con frecuencia da lugar a un producto concreto (i.e., un análisis funcional, un informe, etc.). En el modelo sistémico, sin embargo, la formulación es entendida como un proceso relacional y colaborativo que el equipo terapéutico debe desarrollar junto con la familia y no sobre la familia. En este sentido, el proceso comienza desde la primera interacción, y se desarrolla en una dinámica continua de formulación, revisión y reformulación.

Parafraseando el primer axioma de la comunicación humana de Watzlawick et al. (1967) podemos considerar que en el contexto de la terapia ‘es imposible no formular’. Tal y como señaló Tomm (1988), la entrevista es en sí misma una forma de intervenir. Todo lo que el terapeuta hace o no hace, dice o no dice, pregunta o no pregunta, es una intervención que puede tener efectos positivos o negativos. Por tanto, no es posible, ni siquiera útil, diferenciar entre el proceso de formular y el de intervenir, pues construir una formulación es, en esencia, una forma elaborada de redefinir el problema y, por tanto, una intervención con gran potencial de producir cambios en la narrativa de la familia o de la pareja.

4. La formulación tiene por objeto generar una definición consensuada del problema... y de la solución

Lo más común es que las familias y las parejas muestren formulaciones diferentes, opuestas y conflictivas acerca de los problemas por los que consultan así como del modo de resolverlos. Una de las principales tareas del equipo terapéutico en las fases iniciales de la terapia consiste pues en generar una formulación que incluya todas las perspectivas posibles. Esto no quiere decir, ni mucho menos, que los distintos miembros tengan que pensar igual. Más bien la idea es que concuerden en una formulación plural en la que todos se sientan, al menos, parcialmente reflejados. Así pues, la dificultad radica en crear una formulación que sea lo suficientemente compleja para captar las distintas perspectivas, pero al mismo tiempo lo suficientemente simple para que pueda ser útil y manejable. Esta cuestión es importante con respecto a la definición del problema, pero imprescindible con respecto a la generación de alternativas y posibles soluciones. Conseguir este consenso en la formulación facilita que la familia comparta el sentido de la terapia y la direccionalidad de las intervenciones y, por tanto, se allane el camino del cambio.

Estos cuatro puntos cardinales aquí esbozados nos sirven de base para el uso del diagrama circular como herramienta de formulación en la terapia familiar y de pareja. El presente texto está enfocado al trabajo con parejas, pero la técnica puede ser fácilmente extrapolable al trabajo con cualquier diada de un sistema relacional, bien sean estos padres e hijos, compañeros de trabajo o incluso grupos enfrentados.

Veamos a continuación qué es exactamente el diagrama circular, cómo se construye, y cómo utilizarlo en el marco de la formulación de caso en la terapia de pareja.

EL DIAGRAMA CIRCULAR: LA FORMULACIÓN DE PATRONES DE CONSTRUCCIÓN INTERPERSONAL

¿QUÉ ES EL DIAGRAMA CIRCULAR?

En la actualidad, existen diversos enfoques terapéuticos no sistémicos que han desarrollado modelos específicos de terapia de pareja, como el conductual, el centrado en emociones, el narrativo, o el psicodinámico, entre otros (Gurman, Lebow, Snyder, 2015). Todos ellos, sin embargo, asumen la idea sistémica de que en la terapia de pareja la unidad de análisis no es el individuo, sino la pareja como tal, formada por dos personas en total interdependencia. Consecuentemente, todos estos modelos han desarrollado, con lenguajes diferentes, formas de trabajar con las dinámicas relacionales de las parejas. Los patrones de interacción pueden considerarse, por tanto, un factor común específico del conjunto de modelos de terapia de pareja (Montesano, 2015).

El diagrama circular es, precisamente, una herramienta específica para mapear patrones relacionales. A pesar de tener una orientación sistémica-constructivista, cualquier modelo puede utilizar el diagrama como herramienta de formulación, pues en realidad no está comprometido con ningún contenido específico. Al contrario, la versatilidad del diagrama circular reside justamente en que es un mapa *estructural* del modo en que las personas construyen su experiencia interpersonal, es decir, es un mapa sobre el *cómo* se construye. Ello facilita una aproximación ideográfica a la formulación del caso y, por tanto, cualquier teoría puede utilizarlo en su propio beneficio. Esta versatilidad también le confiere la habilidad de poder ser aplicado en un rango amplio de situaciones clínicas y de investigación, tanto en problemas relacionales, sexuales, o psicopatológicos.

El lector que no tenga ningún conocimiento acerca de esta herramienta puede, si lo desea, dar un vistazo rápido a la Figura 1 para tener una primera idea acerca de lo que estamos hablando. El diagrama circular, también conocido como el nudo del problema, fue originariamente desarrollado por Harry Procter (1985), fruto de su integración de la teoría de constructos personales y la terapia familiar sistémica. Desde esta línea, Procter desarrolló una serie de herramientas para mapear los procesos de construcción interpersonal, como las rejillas cualitativas y el propio diagrama circular (véase Procter, 2014 para una revisión reciente). Las rejillas cualitativas resultan muy útiles para el trabajo con sistemas más amplios mientras que el diagrama circular, por su diseño, es más pertinente para el trabajo con diadas.

Lo que aquí presento es mi propia versión del diagrama circular aplicado en el contexto de la terapia de pareja. Se trata de un procedimiento que permite hacer una radiografía del marco relacional de la pareja en un momento determinado del

proceso de la terapia (o varios si se prefiere). Esta radiografía nos permite observar diversos elementos interrelacionados que dan cuenta de los procesos de construcción interpersonal. Específicamente, tal y como se representa en las Figuras 1 y 2, el diagrama integra en tan sólo un golpe de vista:

1. La dimensión pragmática de la comunicación, es decir, el circuito de retroalimentación conductual del sistema (nivel de acción).
2. La dimensión semántica, es decir, los significados asociados a dicho circuito y que gobiernan las conductas implicadas (nivel de significado),
3. Los discursos sociales y/o de la familia de origen que pueden estar reforzando o validando el posicionamiento de cada miembro en la interacción (nivel de modelos relacionales).

¿CÓMO CONSTRUIR UN DIAGRAMA CIRCULAR?

Para saber cómo construir un diagrama circular primero precisamos conocer con exactitud a qué hacen referencia cada uno de los niveles que conforman su estructura (acción, significado y modelos relacionales). Después, necesitaremos saber qué información es necesaria elicitar durante la fase inicial de la terapia para seleccionar el contenido ideográfico que conforma cada nivel. Finalmente, precisamos de establecer las conexiones entre los distintos niveles para completar la formulación a través del diagrama. Veamos cada paso con detenimiento.

La estructura

Tal y como está representado en las Figuras 1 y 2 el diagrama circular puede presentarte hasta con tres niveles diferenciados. Usamos aquí la preposición 'hasta' porque el diagrama puede utilizarse sólo con el primer nivel (cómo las conductas se retroalimentan entre sí), con el nivel de acción y significado como en la versión original de Procter (1985), o con los tres niveles aquí descritos. El tercer nivel es una aportación personal fruto de la experiencia clínica con el diagrama en el trabajo con parejas en diversos dispositivos especializados. A mayor número de niveles, mayor grado de complejidad, claro está.

Procter, influido por la teoría de constructos personales, denominó a los dos primeros niveles como de acción y de construcción, siendo este último el que gobierna y canaliza el primero. Procter se anticipó así a lo que un año más tarde Bruner (1986; White y Epston, 1993) denominaría el panorama dual de la experiencia, formado por el panorama de acción y el panorama de significado o identidad, que diferencia entre la narrativa acerca de los acontecimientos y la narrativa acerca de los significados que tienen dichos acontecimientos. Estos panoramas o niveles, aplicados al trabajo con parejas a través del diagrama circular, podrían entenderse de la siguiente forma:

1. *Nivel de acción:*

Este nivel hace referencia a las conductas, acciones o actitudes, sostenidas por cada uno de los miembros de la pareja en su interacción. Estos

conforman los rudimentos del patrón interaccional. Frecuentemente se construyen a partir de la queja que la pareja trae a la terapia (i.e., ‘actitud crítica-actitud agresiva’, de la Figura 1). También, si fuese el caso, en este nivel se pueden reflejar síntomas de naturaleza diversa, como sexuales (i.e., Figura 2) o psicopatológicos (i.e., Montesano & Izu, en prensa). Nótese que no se trata de reflejar formas de ser o características de personalidad sino conductas concretas o actitudes que se adoptan en la interacción problemática. Estas tienen que provenir de la narrativa de la pareja y no de la interpretación del terapeuta.

2. *Nivel de significado/ identidad:*

Este nivel refleja los significados identitarios de cada miembro que son activados en la interacción. Estos significados están conformados por reflexiones, pensamientos, o sentimientos, que tienen implicaciones para la forma en que la persona se construye a sí misma. Las construcciones de este nivel tienen una doble conexión. Por un lado, los significados de cada miembro están reforzados por las acciones del otro miembro (la identidad es relacional) y, por otro, refuerzan y dan justificación a la propia conducta (la conducta es tributaria del significado).

Como se puede apreciar en la Figura 1, estos dos primeros niveles ya conforman un circuito cerrado de retroalimentación. Las flechas ascendentes indican cómo las construcciones del nivel de significado de cada miembro contextualizan y dan lugar al posicionamiento de cada miembro en la interacción. Las flechas diagonales señalan cómo las acciones de cada miembro validan y retroalimentan las construcciones del otro. En el ejemplo de la Figura 1, que Juan se sienta ‘asfixiado, metido en una caja y mala persona’ le lleva a comportarse de forma distante y agresiva con David. Para este, el hecho de sentirse ‘humillado, pequeño, como si estuviera loco’ refuerza su cabreo y actitud crítica. El círculo se cierra por el hecho de que la crítica de David refuerza la asfixia de Juan del mismo modo en que la actitud agresiva de Juan refuerza la humillación de David en una espiral sin fin.

Es justo en este punto que quisiera que el lector reparase en una cuestión. Si seguimos con el dedo el curso dibujado por las flechas del diagrama lo que obtendremos es el símbolo de infinito ‘∞’. En otras palabras, el diagrama refleja analógicamente lo que digitalmente intenta representar: la naturaleza auto-confirmatoria y recurrente de los patrones de interacción. ¿No es esto una genialidad?

3. *Nivel de modelos relacionales:*

Sería ingenuo pensar que las construcciones representadas en el nivel de significado de cada miembro están sostenidas únicamente por las acciones del otro. A menudo, estas construcciones están conectadas también con las experiencias del individuo en otros marcos relacionales. En el caso de la terapia de pareja, lo que sugiere la experiencia clínica es que estas construcciones identitarias se nutren también del modelo relacional de la

familia de origen de cada miembro y/o los discursos sociales dominantes del contexto cultural en el que se enmarca la relación. La influencia de estos discursos puede provenir desde el nivel más local (como el barrio en el que se vive) hasta el nivel más macro (i.e., los ideales de la cultura occidental). Cierto es que la propia familia de origen es la encargada de mediar entre la cultura y el individuo y, por tanto, la influencia de estos discursos va a estar filtrada por ella. Aun así, hay ciertos temas en que los iguales o las fuentes de discursos sociales como la prensa, la televisión o internet, tienen un peso preponderante, por encima de la familia de origen, como por ejemplo aunque no exclusivamente, en la sexualidad. En cualquier caso, los modelos de la familia de origen y los discursos sociales se pueden graficar conjuntamente en este nivel señalando su influencia sobre el nivel de identidad de cada miembro. En algunos casos estos modelos relacionales tendrán un peso decisivo para la formulación del caso, en otros no, pero en todos ellos su graficación ayuda a completar el mapa del territorio relacional por el que estamos transitando.

El contenido

Quizás la pregunta más frecuente que me han formulado cuando las personas tenían que afrontar la tarea de construir un diagrama circular por primera vez es la de cómo seleccionar la información que ha de contener cada recuadro del diagrama, bajo qué criterios. Bien, esta no es una pregunta trivial, pues todos los elementos tienen que estar interconectados. Cuando digo interconectados, me refiero a que los contenidos representados en cada nivel del diagrama deben retroalimentarse entre sí dentro del contexto particular de la vida de la pareja y de cada uno de sus miembros. Y eso no es fácil. Más bien podría considerarse un arte. El arte de conectar. De hecho, muchas veces tengo la impresión que el grueso de la labor de los terapeutas de pareja radica precisamente en eso: explorar y conectar cosas entre sí. Pero entonces, cómo seleccionamos el contenido que conecta. De lo expuesto en los apartados anteriores ya tenemos clara la idea de que el foco del diagrama es la representación de los patrones de interacción en sus tres niveles. Esta cuestión nos ayuda a saber dónde poner el foco, pero aun nos quedan por resolver varias cuestiones: ¿Cómo saber que actitudes conforman el patrón más central? ¿Cómo saber exactamente qué construcciones están detrás, sosteniendo cada conducta o actitud? ¿Cómo averiguar qué modelos familiares y/o culturales están validando estas posiciones?

Mi primera respuesta a todas estas preguntas se basa en el genial aforismo de Kelly “Si no sabes lo que pasa con una persona, pregúntaselo; es posible que te lo diga” (1955/1991; p. 241). Lo que trato de decir con esto, es que el contenido de un diagrama no se establece en base a la capacidad interpretativa del terapeuta, sino más bien en base a: (a) su capacidad para hacer preguntas pertinentes en la entrevista terapéutica, (b) su sensibilidad para empatizar con el punto de vista de cada

miembro de la pareja, para mirar a través sus ojos, y percibir lo que cada uno valora para sí y para la relación, y (c) su habilidad para palpar el espacio interpersonal generado entre los miembros. Para mí, son estas tres las habilidades en las que el terapeuta debe apoyarse para llevar a cabo la difícil tarea de llegar a tocar ‘el nudo del problema’.

Si bien es cierto que para un terapeuta con experiencia los patrones de interacción pueden comenzar a dibujarse en su cabeza ya desde el primer minuto de la entrevista, también es cierto que una formulación completa con todos los niveles representados en el diagrama va a requerir de un poco más de tiempo, paciencia y trabajo duro. Mi recomendación, especialmente para los menos experimentados, es seguir algún tipo de entrevista estructurada que permita recoger la información necesaria para acoplarse con la forma de ser y estar de la pareja. Considero que, en el terreno de la terapia de pareja, la propuesta más completa y detallada a nivel nacional es la formulada por Campo (2014). El lector puede consultar la bibliografía para una descripción detallada de dicho protocolo. Aquí voy a limitarme a señalar los aspectos que considero más relevantes para el tema que nos ocupa. En síntesis, se trata de llevar a cabo una exploración (ya sabemos que esto es indivisible de la intervención) en tres sesiones iniciales en las que se incita a la pareja a desplegar su narrativa en torno a tres bloques principales:

1) *La historia del problema y las soluciones intentadas:*

A partir del relato de ambos miembros sobre cuál es el problema y qué han intentado para solucionarlo podemos obtener una primera aproximación acerca de cuál es el repertorio básico de interacciones de la pareja y de cómo las conductas de cada miembro se retroalimentan entre sí. Esto nos ayudará a construir el nivel de acción, que es el primero que debemos graficar. Por ejemplo, imaginemos que al preguntar sobre la queja, observamos que todos los ejemplos que pone la pareja responden a un esquema básico de ‘actitud demandante’ emparejada con una ‘actitud distante’, en el que uno de los miembros se siente desatendido y exige más atenciones del otro, y el otro, agobiado por la demanda constante, se muestra más distante; y viceversa. Esa repetición o redundancia en las interacciones nos ayudará a determinar el contenido más relevante para el nivel de acción. En efecto, la evidencia de un factor común en los distintos ejemplos es un indicador de centralidad del patrón. No obstante, la emoción es también un buen termómetro, quizás el mejor, para distinguir cuál es la interacción más relevante para el proceso terapéutico. Cuando se detecta un incremento significativo en la emoción durante el relato (i.e., llanto, agitación, etc.) podemos considerarlo como indicador de la activación de construcciones nucleares. Así pues, el terapeuta debe permanecer atento a las acciones y construcciones en juego durante los momentos en que aumenta la intensidad emocional.

2) *La historia de la familia de origen de cada miembro:*

La narrativa derivaba de esta entrevista nos permite entender (incluso comenzar a deconstruir) cuáles han sido los modelos relacionales (principalmente en torno a la parentalidad y la conyugalidad) que cada miembro ha experimentado en su vida y que, por similitud o por contraste, definen su propia identidad y quehacer relacional en su relación de pareja actual. Aquí, el terapeuta debe anotar mentalmente qué aspectos de dichos modelos pueden estar relacionados (el arte de conectar) con el patrón problemático dibujado en la entrevista previa. Debe también presentar especial atención a las cuestiones culturales como los roles de género, raza, o estatus social, que puedan estar ejerciendo algún tipo de influencia constrictiva en la narrativa de la pareja. Será importante también indagar sobre las creencias de cada miembro en torno a temas centrales para el caso en particular (i.e., qué significa ser un buen padre/ madre; qué valores son más importantes para mantener una relación de pareja saludable, que significa ser fiel, etc.). Todo ello nos dará el soporte básico para construir el nivel de modelos relacionales y orientar el de significado.

3) *La historia de amor de la pareja:*

Este último relato es de especial importancia porque nos permite conectar los distintos elementos suscitados en las entrevistas anteriores. Nos permite dar una perspectiva histórica al patrón problemático en el contexto del ciclo evolutivo de la pareja, el acoplamiento entre los modelos relacionales de cada miembro y la articulación del nuevo sistema relacional en su desafío generacional particular. En base a estas conexiones tendremos el conocimiento suficiente para hacer una construcción consistente sobre el contenido del panorama de identidad, es decir, de los significados nucleares que están presentes en cada miembro y que son activados en la interacción con el otro.

Tras este proceso trifásico dispondremos de información suficiente como para construir una primera versión completa del diagrama circular, que idealmente deberá consensuarse con el equipo terapéutico y la pareja en cuestión. Comentaremos cómo compartir el diagrama con la pareja más adelante. Antes, veamos la aplicación del diagrama en un par de ejemplos concretos.

Los ejemplos

Ejemplo 1. Juan y David o 'La ley del más fuerte'

En la Figura 1 presentamos el diagrama formulado con Juan y David, una pareja de mediana edad, sin hijos, que conviven hace unos dos años y medio en el piso de Juan, prácticamente desde que comenzó la relación. Solicitan una terapia de pareja a causa de sus constantes discusiones que últimamente han incrementado en frecuencia e intensidad, hasta el punto de casi llegar a las manos, lo que les ha hecho plantearse la posibilidad de separarse. Desde el comienzo de la primera sesión

quedó en evidencia la estructura simétrica de la pareja. Sus peleas constantes reflejaban el patrón prototípico de ‘actitud crítica – actitud defensiva’. Así pues, desde el comienzo de la primera sesión ya podía dibujarse el nivel de acción del diagrama, dado que las peleas eran el motivo central de su demanda y ocupaban la práctica totalidad de su experiencia relacional problemática. Nótese que las palabras escogidas para rellenar el diagrama están extraídas de la narrativa de cada miembro y no de constructos teóricos o de la narrativa del equipo terapéutico.

Las preguntas circulares son el vehículo principal que se utiliza para transitar por las distintas partes del diagrama. En este sentido, son recomendables distintos tipos de preguntas, relativas al panorama de acción, al panorama de identidad y a la conexión entre ambos. Por ejemplo, algunas preguntas relativas al nivel de significado en este caso fueron: Juan, ¿Cómo te hacen sentir las críticas de David? ¿Qué significa exactamente sentirse asfixiado? ¿Qué implicaciones tiene para ti la asfixia? ¿Qué cosas que son importantes para ti y tu forma de ser quedan tapadas por esta asfixia?; David, ¿Qué significa para ti sentirte agredido o ignorado por Juan? ¿En qué lugar crees que te deja su actitud? ¿Qué crees que eso dice de ti como persona?

Algunas preguntas que nos permitieron conectar el nivel de significado con el de acción fueron: Juan, ¿Cómo crees que la asfixia te hace comportarte en tu relación con David? Cuando sientes que tu pareja te trata como si fueses una mala persona, ¿Cómo reaccionas? ¿Cómo crees que repercute en vuestra relación el hecho de sentirte encerrado en una caja? David, ¿En qué sentido crees que sentirte ‘como si estuvieras loco’ aumenta tu cabreo con Juan? ¿Cómo crees que se siente Juan cuando le hablas mal y cabreado? Juan ¿Cómo piensas que David interpreta tu estrategia de ignorarle?

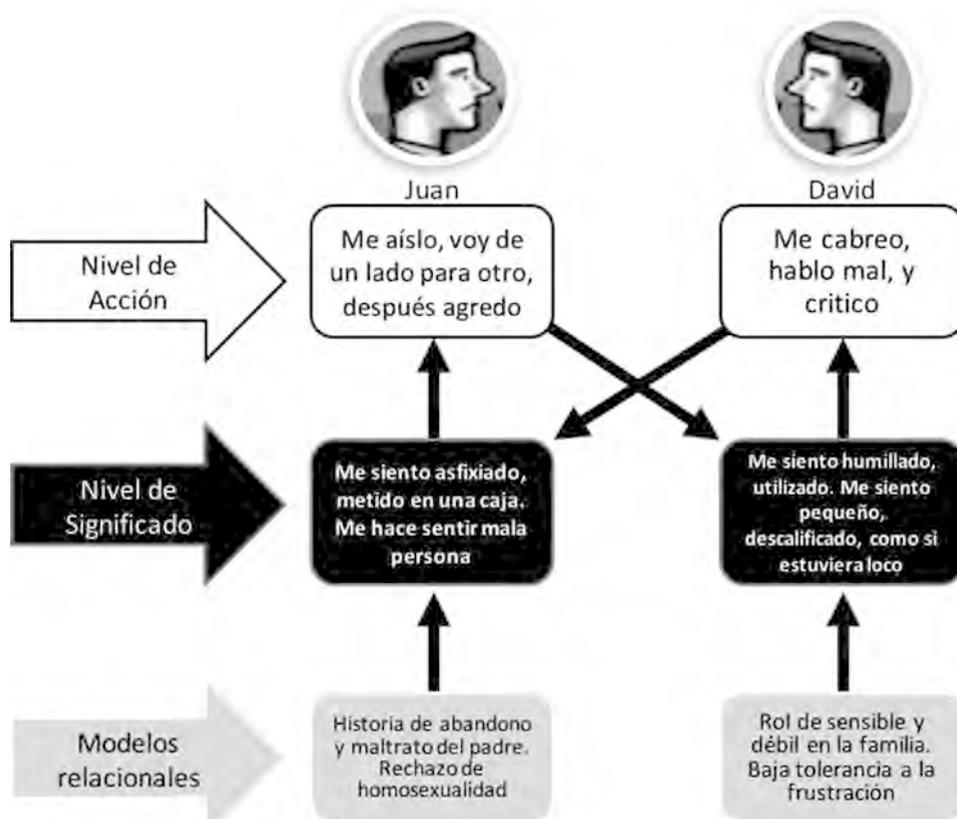
Tal y como hemos comentado antes, la exploración acerca de la familia de origen y la historia de pareja nos ofrece una perspectiva única para entender la nuclearidad de la narrativa representada en el nivel de significado y el de modelos relacionales. Por ejemplo en este caso, Juan, debido a su orientación sexual, había recibido un fuerte rechazo durante años de parte de su familia, principalmente del padre, lo que le llevó incluso a tomar la decisión de emigrar a otro país lejos de su familia. La construcción de ‘asfixia’ y el sentirse ‘mala persona’ activadas por la actitud crítica de Juan, cobraban un sentido más amplio y preciso en el contexto de su historia familiar de discriminación y rechazo. Igualmente para David, las agresiones que le conectaban con la sensación de ‘sentirse pequeño’ y de ‘estar loco’ guardaban reverberaciones con el rol que siempre había ocupado en su familia de origen de ser ‘el sensible y débil’ de la familia.

En este caso, sólo el hecho de presentar el diagrama tuvo un gran impacto en la pareja. En efecto, cuando la pareja lo recibió el dibujo del diagrama en el contexto de una devolución quedaron en una especie de shock al sentirse retratados de una forma fiel pero innovadora. Comentaron que podían entender mejor cómo las cosas estaban conectadas entre sí, y que eso les daba una visión diferente de la situación,

lo que les permitía dar un valor distinto a las cosas. Recuerdo a David echándose las manos a la cabeza mientras decía esto y a Juan afirmando con la cabeza las palabras de David. En la sesión, se aprovechó ese impacto emocional para iniciar acciones que permitieran bloquear el patrón y abrir espacio para el cambio. Por ejemplo, se les preguntó cómo creían que podíamos bautizar a este modo de interacción que tanto les había amargado la vida últimamente, a lo que ellos respondieron de mutuo acuerdo: *La ley del más fuerte*. A ese título se le agregaron matices de significado importantes. Por ejemplo, en él, las agresiones mutuas quedaban representadas no como una forma de hacerse daño sino como un modo de defensa, pues se daban cuenta de que, de algún modo, estaban defendiéndose de una vulnerabilidad individual, volcándola hacia el otro. Fue así que la formulación permitió a la pareja romper el círculo vicioso de ‘La ley del más fuerte’. Mejor dicho, les permitió reorientar esa lucha uniéndose en contra del patrón de interacción problemático. La pregunta era casi obligada: ¿Quién es más fuerte, él patrón o vosotros?

Figura 1.

Diagrama Circular de Juan y David en un caso de terapia de pareja



Ejemplo 2. Rosendo y Laura o 'Si tú me dices ven...'

Laura y Rosendo se conocieron a través de un grupo de singles. Tras unas primeras citas con el grupo pasaron a las citas privadas y unos meses después decidieron comenzar a vivir juntos. Los problemas de erección de Rosendo estuvieron presentes desde el primer momento de la relación, pero no fue hasta ya pasados tres años que se convertiría en una fuente de malestar para la pareja. Durante la fase inicial de la relación, el problema era compensado por Rosendo con especial dedicación en otros asuntos y por Laura con decidida comprensión y docilidad. En el momento de presentar la demanda de consulta, en cambio, la satisfacción relacional en la pareja había disminuido significativamente, al parecer, por el simple paso del tiempo y la rutina. Esa situación había reducido la tasa de contactos sexuales de la pareja, lo que, a su vez, impactaba notablemente sobre su satisfacción relacional. El pez se había mordido la cola. Nunca mejor dicho.

Rosendo fue traído a la terapia por Laura, bajo presión, con el mensaje de 'tienes que hacer algo para solucionar tu problema o esto va a acabar mal', y Laura se presentó con la intención de asegurarse de que él hablaba de lo que tenía que hablar: su fatal retraimiento. La presencia de Laura, no obstante, nos fue de mucha utilidad porque nos permitió no sólo comenzar a bajar la presión sobre Rosendo, sino también a comprender y explicitar el patrón problemático derivado de la interacción. En este sentido, el circuito básico de interacción dibujado por la pareja puede considerarse como bastante prototípico de las parejas que enfrentan un problema de erección (véase Figura 2). Ella comenzó a acusar la falta de intimidad y a percibirla como una amenaza a su feminidad y su valía personal. La atención crítica y la presión de Laura sobre Rosendo activaban el ya de por sí frágil constructo de masculinidad de este, quién prefería evitar el contacto no sólo para ahorrarse una situación ansiógena, sino para eludir los comentarios y quejas posteriores de Laura. Ello les condujo, sin duda, en una extasiante espiral de 'presión crítica – retraimiento', que les llevó hasta tocar el timbre de nuestra consulta.

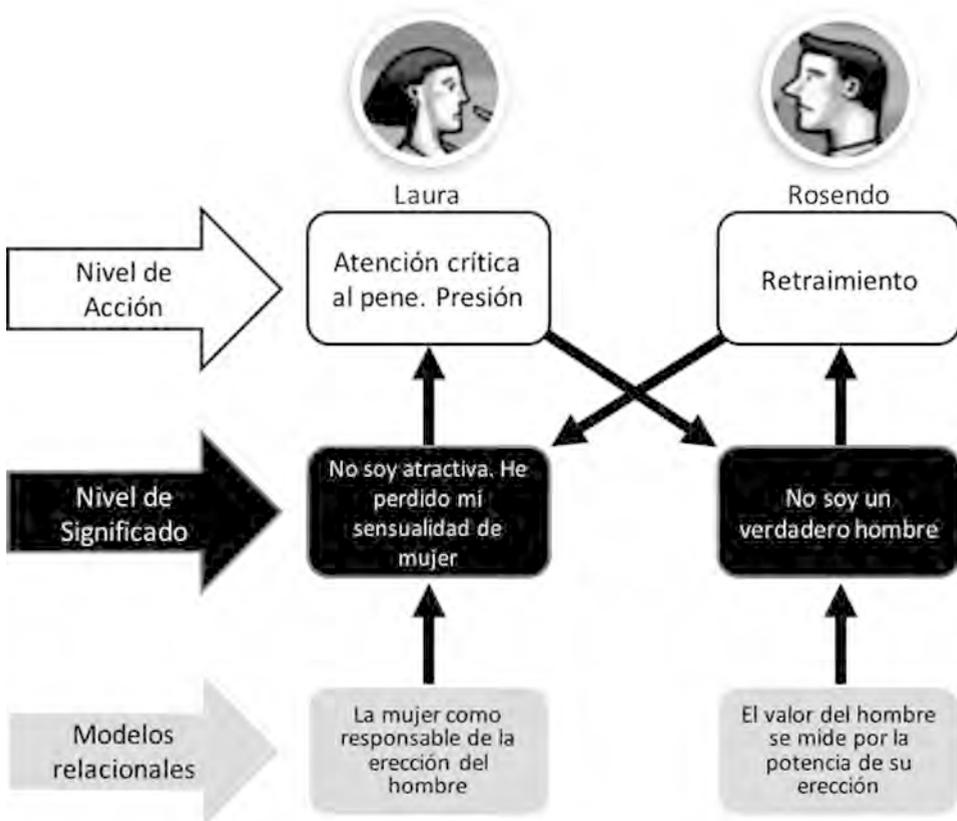
Empezamos a usar la metáfora de 'Si tú me dices ven...' para sintetizar la dinámica de interacción descrita en la Figura 2. ¿Qué implica y qué ocurre cuando ella le dice ven a él? ¿Y cuando él no se lo dice a ella? ¿Y si se lo dijera? Estas y muchas otras preguntas que transitaban por las distintas flechas del diagrama, nos ayudaron a construir la circularidad tanto en el nivel de acción como en los significados asociados. No obstante, en este caso lo que resultó definitivo fue bucear en las concepciones de masculinidad y feminidad de cada miembro, tanto recibidas en la familia de origen como, sobre todo, creadas a partir de la experiencia sexual individual. No hay que olvidar que la historia sexual suele ser una de las experiencias vitales que las personas tienen menos narrada y, por tanto, más susceptibles de ser influenciadas por creencias implícitas, no cuestionadas ni reflexionadas.

Para desplegar estas historias sexuales individuales de la forma menos cohibida posible, mantuvimos entrevistas con cada uno de los miembros por separado. Fue a partir de este punto, cuando comenzamos a profundizar sobre las

creencias implícitas acerca del rol sexual del hombre y la mujer, que conseguimos desencallar a la pareja del patrón problemático. Esta deconstrucción nos abrió el espacio para poder animar a la pareja a tomar un camino alternativo al ya conocido por ellos de ‘Si tú me dices ven...’. En este nuevo modo de interacción se generaron escenarios eróticos nuevos que permitieron a la pareja alcanzar un nivel de intimidad aceptable y de disfrute no exigente. Ello redundaría en la satisfacción de la pareja en otras áreas y en su propio proyecto de futuro. De hecho, se animaron a tener un hijo.

Figura 2.

Diagrama Circular de Laura y Rosendo en un caso de disfunción eréctil



EL DIAGAMA CIRCULAR EN LA TERAPIA

Beneficios de usar el diagrama circular

En los párrafos anteriores ya hemos subrayado algunos de los beneficios de utilizar el diagrama circular como método de formulación en la terapia de pareja. Hemos comentado, por ejemplo, que es una herramienta versátil que puede ser

utilizada por diversos modelos teóricos y para cualquier tipo de problemática, puesto que se trata de un mapa estructural acerca de cómo las personas construyen su experiencia interpersonal sin ningún contenido teórico a priori. También hemos comentado que nos permite integrar distintos niveles de la comunicación entre sí (la conducta y el significado) y con aspectos más sociales (modelos relacionales), en una misma conceptualización, señalando las conexiones entre los mismos, y soslayando las controversias entre los modelos más tradicionales, los constructivistas, y los basados en el construccionismo social.

Lo que quisiera desarrollar un poco más a fondo en este apartado son las ventajas que ofrece esta tecnología como herramienta focalizada en la formulación de dinámicas interaccionales. En efecto, priorizar la atención en los patrones de interacción tiene una serie de ventajas deseables que no podemos pasar por alto (Tomm, 2014). Desde un punto de vista clínico, la primera ventaja de utilizar este diagrama es común a la de cualquier otro diagrama o esquema: Simplificar la complejidad. El comportamiento humano se antoja altamente complejo, prácticamente inabarcable e indescifrable en su totalidad. La estabilidad de la conducta es una suerte de ilusión, en un mundo que en realidad es siempre cambiante. Las personas en general, y más aun las que están sufriendo algún tipo de problema, experimentan frecuentemente una sensación de confusión acerca de por qué y cómo les ocurren las cosas. En la terapia de pareja, suele generarse una intensa lucha acerca de quién define lo que es la realidad, lo que puede llevar a la cuestión de la complejidad hasta extremos realmente insólitos cuando sus miembros están fuertemente polarizados.

Así, la utilización de un mapa o diagrama en la terapia no sólo es conveniente sino casi de uso obligatorio. Desde luego que reducir el vasto mundo experiencial en un ciclo de interacción principal (o varios) comporta riesgos, pero también beneficios. Si el diagrama está construido de forma sensible e inteligente en sus diferentes niveles, nos permitirá reducir a un tamaño manejable la inmensa complejidad de variables implicadas en la vida relacional de una pareja.

A veces, el diagrama nos brinda el beneficio contrario: Complejizar la simplicidad. No es infrecuente que el discurso de los miembros de una pareja en conflicto sea demasiado simple o reduccionista, en el que sólo una explicación tiene cabida. Son explicaciones del tipo ‘el problema es él, que es un desapegado’ o ‘el problema es ella, que es una histérica de la vida’. En estos casos el diagrama nos ayuda a hacer honor a la complejidad de las relaciones humanas, poniendo de relieve la naturaleza circular de la interacción y la interconexión de niveles de la experiencia.

En ambos casos, tanto si es para reducir como para ampliar el campo de visión, la representación diagramática nos lleva hasta la tercera de las ventajas: Proveer un foco específico para la terapia. En efecto, dibujar estos patrones relacionales nos permite resaltar la relevancia de ciertas conductas destacando su importancia para el bienestar/ malestar relacional. A la pareja le permite, de alguna forma, generar un

filtro para categorizar las miríadas de interacciones que pueden acontecer en el transcurso de un solo día en ‘a favor’ o ‘en contra’ del patrón problemático. Es así que la narrativa terapéutica puede entrar en la dialéctica entre el problema y el cambio, el patrón y la excepción.

El lector no debe olvidar que tener un foco concreto en la terapia de pareja resulta fundamental pues, por naturaleza, es un tipo de terapia breve y como tal precisa de articularse en torno a algún foco específico de trabajo (Montesano, 2015). En este sentido, el diagrama, al ser utilizado como foco principal, también va a servir como termómetro para medir el cambio. Y a propósito del cambio: mirando el diagrama se puede ver fácilmente que contamos con, al menos, seis entradas al patrón (cada uno de los recuadros). Podemos pensar que, puesto que las distintas partes están formando un circuito cerrado de retroalimentación, el movimiento de cualquiera de estas partes va a alterar, irremediablemente, el equilibrio del patrón y, por tanto, introducir la posibilidad de un cambio terapéutico. Es posible que esto sea así, pero también es cierto que hay piezas que van a ser más ‘alterables’ que otras dependiendo del caso concreto con el que estemos trabajando.

A grosso modo podemos enunciar la siguiente regla general del cambio: Cuanto más nucleares sean para la identidad de la persona los significados implicados en la interacción, mayor será la dificultad para modificar el patrón problemático. Efectivamente, cuando los significados activados en la interacción están muy ligados al núcleo de la identidad de uno o ambos miembros de la pareja, el patrón problemático tiende a ser más rígido, estable, persistente y hasta perjudicial para la salud mental de los implicados. Cuando esto ocurre, focalizar la intervención en el nivel conductual suele ser contraproducente, puesto que el cambio en las actitudes, si se llega a dar, suele ser fugaz, y este fracaso hace aún más fuerte al patrón. Esto nos lleva hasta la segunda regla general: Cuando observamos cierto nivel de resistencia al cambio en el nivel conductual (que suele ser el primer nivel en el que se intenta generar un cambio), hay que explorar a fondo las construcciones del nivel de significado y del de modelos relacionales activadas en la interacción. El diagrama circular nos permite realizar este tipo de transiciones entre niveles, pues nos muestra un mapa de cómo las cosas están conectadas entre sí.

Explicar la dinámica del cambio requeriría, sin embargo, de un capítulo aparte. Lo que pretendo ahora es poner la atención del lector en la interconexión entre las diversas partes para llegar hasta la siguiente de las ventajas del diagrama: Nos permite operar sobre procesos inconscientes. Los patrones de interacción, como sabemos, son un tipo de acoplamiento estructural en el que los implicados coordinan sus conductas de forma recurrente. En ocasiones, sólo con que se dé una parte pequeña del patrón es suficiente para que pueda ser inferido por la contraparte, y el circuito completo sea activado. Dicho de otro modo, una simple mueca en la cara de uno de los miembros de una pareja puede ser suficiente para desencadenar una discusión terrible o un sentimiento de malestar profundo. Todo en cuestión de milisegundos y operado por procesos inconscientes, sin la más mínima narrativa.

A menudo, la terapia va a consistir en ralentizar estos procesos, pasarlos a cámara lenta, para deconstruirlos, narrativizarlos, y tener la oportunidad de alterar la secuencia problemática. En mi experiencia, cuanto mayor sea la polarización del posicionamiento de la pareja, mayor será la necesidad de ralentizar, de hacer consciente los procesos inconscientes, de hacer conexiones entre la ‘mueca’ y los niveles más complejos de la narrativa identitaria de las personas.

Así pues, el diagrama circular nos permite descomprimir el tiempo de procesos que ocurren en milésimas de segundo. Sin embargo, la diagramación también tiene la propiedad contraria: Colapsar el tiempo. En el anterior párrafo hemos comentado cómo una dinámica relacional puede darse de forma inmediata, más rápida incluso que el propio pensamiento. No obstante, también es cierto que la secuencia puede producirse en intervalos más largos de tiempo, con respuestas que no son inmediatas entre sí, pero que sin embargo están interconectadas. Alguien, por ejemplo, puede recibir una crítica por parte de su pareja. Esta conducta, como sabemos, puede resultar en una invitación a una actitud defensiva. Aun así, este ‘contraataque’ puede darse en diferido, unas horas, un día, o incluso unas semanas después. Una demora tan acusada quizás no sea muy frecuente, pero es cierto que, en la cotidianidad, las dinámicas relacionales no suelen suceder de forma ordenada y secuencial, sino más bien de forma desordenada. Es en este sentido que la diagramación del patrón nos brinda la oportunidad de otorgar cierto orden a la interconexión de conductas y construcciones que las parejas hacen de sus interacciones, separando el grano de la paja, hallando una suerte de factor común de la vida relacional. Así, una pequeña representación de no más de un cuarto de folio, nos permite colapsar lo que transcurre en intervalos de tiempo relativamente extensos. En ocasiones, dicho sea de paso, estos patrones vienen repitiéndose por periodos de tiempo que pueden abarcar lustros o décadas, sin haber recibido aún un nombre.

No quisiera terminar este apartado sin nombrar una última gran ventaja, a mi parecer, del hecho de diagramar: Su potencialidad metafórica. Las metáforas, igual que los gráficos, tienen un gran poder comunicativo, por su capacidad de sintetizar en poco una gran cantidad de información. Pero en el contexto clínico, las metáforas tienen algunas propiedades específicas que resultan extraordinariamente útiles para marcar una diferencia en el proceso y facilitar un cambio duradero (Beyebach, 1995). El diagrama circular *per se* no constituye una metáfora, pero puede suponer la antesala de una, pues, si está bien construido, nos ofrece una imagen fácilmente metaforizable. Esperamos que el lector haya podido reparar en esta cualidad del diagrama en las metáforas expuestas en los ejemplos de la Figura 1 y 2. El lector interesado puede consultar algún material específico sobre el tema en otro lugar (Montesano, 2016).

El diagrama circular como intervención

Los modos en que el diagrama puede usarse durante el proceso terapéutico son realmente múltiples. Explicar detalladamente esta cuestión excede los propósitos de este trabajo. Aun así, antes de terminar el texto, me gustaría esbozar brevemente los mecanismos sobre los que actúa el diagrama y las intervenciones complementarias que pueden usarse para potenciar la capacidad heurística que venimos anunciando desde el comienzo.

Ya hemos señalado antes el desacierto de separar los procesos de formular y de intervenir. Esperamos que en los ejemplos presentados haya quedado suficientemente claro que la formulación a través del diagrama circular es en sí misma una intervención. En mi experiencia diría que, en el contexto de la terapia de pareja, construir y consensuar un diagrama circular implica tener resuelta más del 50% de la terapia. Las razones por las que afirmo este más del 50% son diversas: fomenta la alianza intra-sistema, promueve una visión circular y diádica del problema, elicitando las emociones y significados individuales asociados a la interacción, e incrementa el entendimiento interpersonal. Todos estos factores han sido señalados en la investigación de proceso como mecanismos fundamentales para promover el cambio en la terapia de pareja (Benson, McGinn y Christensen, 2012)

El diagrama puede ser compartido con la pareja de múltiples formas, y será la idiosincrasia del mismo caso la que determine el modo. Por ejemplo, puede compartirse a través de un dibujo hecho durante la propia sesión, o en el contexto de una devolución tras una pausa. Puede hacerse de forma oral o puede ser explicado detalladamente en una carta terapéutica enviada al domicilio familiar, entregada en un sobre durante la sesión, o enviada por mail en un momento determinado del proceso. Puede ser incluso que se decida no compartirlo y utilizarlo solo ‘de puertas para adentro’. En cualquiera de estos casos, es importante tener en mente que el diagrama es un medio y no un fin.

Durante las sesiones, uno puede elegir centrarse más en el nivel de acción o de significado, dependiendo del registro en el que mejor se desenvuelva la pareja. Sin embargo, conectar ambos niveles parece ser otro de los mecanismos principales sobre los que se sustenta la eficacia de la técnica. El mundo de los significados es como el de las huellas dactilares, es único para cada persona. A pesar de esta singularidad, la experiencia clínica nos sugiere que las narrativas reflejadas en el nivel de significado del diagrama suelen girar en torno a una gama finita de temas. Por ejemplo, los modelos de terapia de pareja centrada en las emociones (Greenberg & Goldman, 2008; Johnson et al., 2005) han definido categorías específicas de los ciclos negativos mostrados por las parejas. Específicamente, Greenberg y Goldman señalan que todas las interacciones de las parejas pueden clasificarse en torno a dos dimensiones principales: (a) Afiliación (amor), que hace referencia a la necesidad de apego, seguridad, cercanía, conexión, etc. Esta dimensión implica ciclos de interacción del tipo demandante-desapegado, ataque-defensa, aferrado-rechazante, busca cercanía-se distancia, etc., y (b) Influencia (poder), que hace referencia a los

conceptos de identidad, agencia, diferenciación y control. Esta dimensión concentra interacciones del tipo dominante-sumiso, líder-seguidor, inferior-superior, bueno-malo, fuerte-débil, quejoso-apaciguador, controlador-resistente, etc.

Estos dos sistemas motivacionales, amor y poder, están basados en una conceptualización humanista sobre las necesidades básicas de los seres humanos que ya cuenta con cierto nivel de respaldo empírico. Sin embargo, en la práctica clínica esta distinción es menos evidente de lo que nos gustaría, y a menudo se observan patrones donde las dos dimensiones están entremezcladas entre sí, en uno o los dos miembros de la pareja (como en el ejemplo de la Figura 1), lo que minimiza la utilidad de esta distinción. Creo que merece la pena que esta cuestión sea investigada empíricamente en distintos contextos culturales y asistenciales, no sólo para esclarecer su exactitud y universalidad sino, sobre todo, para que podamos tener un conocimiento mayor del tipo específico de dinámicas de interacción que se dan en distintos problemas de salud física, mental y relacional. En cualquier caso, preguntarse si la narrativa representada en el nivel de significado responde más a una cuestión de afiliación o de poder puede resultar un buen complemento al diagrama para orientarnos sobre la temática principal de fondo en los patrones de interacción problemáticos observados en la pareja, pero nunca debe suponer un prejuicio apriorístico. No olvidemos que, hoy en día, las formas que adoptan las relaciones de pareja están evolucionando a un ritmo tan trepidantemente acelerado que escapan al alcance de cualquier conceptualización teórica. Por eso, los mapas estructurales, como el diagrama circular, pueden tener mayor capacidad de supervivencia.

Prácticamente cualquier técnica al uso puede acoplarse a la formulación hecha con un diagrama circular, desde las más conductuales hasta las más reflexivas. No obstante, las técnicas que, a mi parecer, resultan más congruentes y que favorecen la potencialidad del diagrama son: (a) La externalización del círculo vicioso, (b) las preguntas reflexivas sobre la influencia del patrón y las formas alternativas de interacción, (c) el trabajo con las excepciones a la dinámica representada en el diagrama, (d) la pregunta milagro, especialmente cuando la narrativa de la pareja es muy rígida y, (e) tareas orientadas tanto a interrumpir estratégicamente el patrón de interacción problemático como a experimentar con patrones anti-problema o alternativos.

No quiero acabar este apartado sin hacer mención a una cuestión de vital importancia para la intervención y que hemos pasado por alto hasta el momento por motivos de simplicidad expositiva. Del mismo modo que se construye el diagrama sobre el patrón de interacción problemático, es importante construir el diagrama del círculo virtuoso en algún punto del proceso terapéutico. Para ello, basta con seguir los mismos principios y reglas descritos aquí para el círculo vicioso, pero aplicados a una lógica anti-problema o excepcional. Esta cuestión, no obstante, será abordada en un trabajo futuro. Aun así, espero que haya ya quedado claro que la propuesta terapéutica consiste, en esencia, en articular el proceso en torno a una dialéctica

entre los patrones asociados al problema y las dinámicas de interacción que lo disuelven y promueven el bienestar relacional, signifique este lo que quiera significar para cada pareja. Nosotros hemos puesto el mapa, ahora vosotros exploráis el territorio.

Referencias bibliográficas

- Benson, L. A., McGinn, M. M., & Christensen, A. (2012). Common principles of couple therapy. *Behavior Therapy, 43*, 25-35.
- Beyebach M. (1995). Uso de metáforas en terapia familiar. En J. Navarro Góngora y M. Beyebach (eds.), *Avances en Terapia Familiar Sistémica* (pp 57-75). Barcelona: Paidós.
- Bruner, J. (1986) *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ciro, 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), 5-22. <http://revistadepsicoterapia.com/rp104-02.html>
- Dallos, R., & Stedmon, J. (2014). Systemic formulation: mapping the family dance. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making Sense of People's Problems*. (pp. 67-95). New York: Routledge.
- Greenberg, L.S. & Goldman, R. (2008). *Emotion-Focused Couples Therapy: The Dynamics of Emotion, Love, and Power*. Washington: APA Books.
- Gurman, A. S., Lebow, J., & Snyder, D. K. (2015). *Clinical handbook of couple therapy* (5th ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Johnson, S.M., Bradley, B., Furrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D. & Woolley, S. (2005). *Becoming an Emotionally Focused Therapist: The Workbook*. New York: Brunner/Routledge.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (Eds.). (2014). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd ed.) Hove, East Sussex: Routledge.
- Kelly, G. (1955/1991). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Lebow, J. (2013). *Couple and family therapy: An integrative map of the territory*. Washington, DC: APA Books
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia, 89*, 5-50. <http://revistadepsicoterapia.com/la-perspectiva-narrativa-en-terapia-familiar-sistemica.html>
- Montesano, A. (2015). Claves fundamentales en terapia de pareja: Una guía de navegación para la práctica. *Revista de Psicoterapia, 26*(102), 161-174. <http://revistadepsicoterapia.com/rp102-13.html>
- Montesano, A. (2016, July). Transforming couples' narrative by means of the circular diagram: from problematic patterns to relational innovations. Workshop: *Co-constructing bridges of meaning*. Fourth European Conference of Narrative Therapy and Community Work. Barcelona, Spain.
- Palazzoli Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity- neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process, 19*,3-12.
- Procter, H. (1985). A personal construct approach to family therapy and systems intervention. In E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health*. (pp. 327-350). London: Croom Helm.
- Tomm, K., (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Reflexive or Strategic Questions? *Family Process, 27*, 1-15.
- Tomm, K., St. George, S., Wulff, D., & Strong, T. (2014). *Patterns in interpersonal interactions: Inviting relational understandings for therapeutic change*. New York: Routledge.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós

CÓMO LIDIAR CON LA AMBIVALENCIA EN PSICOTERAPIA: UN MODELO CONCEPTUAL PARA LA FORMULACIÓN DE CASO

HOW TO DEAL WITH AMBIVALENCE IN PSYCHOTHERAPY: A CONCEPTUAL MODEL FOR CASE FORMULATION

João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga y António P. Ribeiro

Centro de Investigación de Psicología. Escuela de Psicología, Universidade do Minho

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. y Ribeiro A. P. (2016). Cómo Lidar con la Ambivalencia en Psicoterapia: Un Modelo Conceptual para la Formulación de Caso. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 83-100.

Traducción del artículo: Danilo Moggia

Resumen

Se ha considerado que la ambivalencia ejerce un rol determinante en el proceso y en el resultado terapéutico. A lo largo del proceso los clientes suelen adoptar dos posiciones opuestas acerca del cambio. Por un lado, piensan en la necesidad de cambio, por el otro, la rechazan. Investigaciones empíricas precedentes han sugerido que la ambivalencia es un proceso común, tanto en casos de buen y mal resultado, sin embargo, cuando ésta no se resuelve, el proceso terapéutico tiende a fracasar. En este sentido, la comprensión de este fenómeno tiene el potencial de promover mejores resultados en la práctica clínica. En este artículo presentamos un marco conceptual transteórico que terapeutas de diferentes orientaciones pueden utilizar para conceptualizar la ambivalencia en psicoterapia. Específicamente discutimos: a) los movimientos a favor del cambio; b) los movimientos que en contra del cambio; c) los procesos involucrados en la resolución de la ambivalencia. Se utiliza un caso de psicoterapia para ilustrar nuestra propuesta y se sugiere un conjunto de guías para ayudar a los terapeutas a conceptualizar y a lidiar con uno de los procesos más asociado al fracaso terapéutico.

Palabras clave: ambivalencia, psicoterapia, cambio, momentos de innovación, formulación de caso

Abstract

Ambivalence has been considered to exert a determinant role in the therapeutic process and outcome. Throughout the process clients often adopt two opposite positions about change. On one hand, they think about the need for change, on the other, they reject it. Previous empirical studies have been suggesting that ambivalence is a common process both in poor- and good-outcome cases, however, when it's not resolved the therapeutic process tends to fail. In this sense the understanding of this phenomenon has the potential to promote better results in clinical practice. In this paper we present a transtheoretical conceptual framework that therapists from different approaches can use to conceptualize ambivalence in psychotherapy. Specifically, we discuss a) the movements towards change; b) the movements away from change, and; c) the processes involved in the ambivalence resolution. One psychotherapy case is used to illustrate our proposal and a set of guidelines is suggested to help therapists to conceptualize and deal with one of the processes most associated with therapeutic failure.

Keywords: ambivalence, psychotherapy, change, innovative moments, case formulation

Fecha de recepción: 10 mayo 2016. Fecha de aceptación: 20 mayo, 2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mgoncalves@psi.uminho.pt

Dirección postal: Miguel M. Gonçalves, CIPsi – Centro de Investigación de Psicología, Unidad de Investigación en Psicoterapia y Psicopatología, Escuela de Psicología, Universidade do Minho, Campus Gualtar 4710-057 Braga, Portugal.

© 2016 Revista de Psicoterapia



El rol de la psicoterapia como práctica sanitaria es innegable (Lambert, 2013; Wampold, 2010). En los años recientes, las investigaciones acerca de los efectos de la psicoterapia se han multiplicado, mostrando tamaños del efecto entre .75 y .85 (Wampold & Imel, 2015). De hecho, este efecto es mucho mayor que el de muchas prácticas médicas “basadas en la evidencia”, incluyendo intervenciones en cardiología, geriatría, asma, entre otras (Wampold, 2007). Sin embargo, de momento, la pregunta más importante no es si la psicoterapia verdaderamente funciona, sino que “¿Por qué y cómo la terapia conduce al cambio?” (Kazdin, 2009, p. 418).

Desde la perspectiva del cliente, la psicoterapia puede compararse a escalar una gran roca en el que no hay puntos claros de apoyo. Después de tomar la decisión de comenzar a escalar, que en sí misma ya constituye un gran paso, el/ la cliente debe lidiar con el reto que implica cada etapa, conociendo y confiando en la seguridad de los puntos donde pondrá sus manos y pies, con el objetivo de alcanzar la cumbre. El principal problema es que, algunas veces, el final del recorrido es visto como inalcanzable, llevando al escalador a tener que volver atrás y desistir del reto. De forma similar, a pesar de la bien establecida efectividad de la psicoterapia (Lambert, 2013), cerca del 50% de los clientes termina la terapia prematuramente (Leahy, 2012; Swift & Greenberg, 2012) y aun peor, entre un 5 a un 10% presentan ciertos niveles de deterioro al término de la terapia (Lambert & Ogles, 2004). Esta cuestión ha conducido a diversos investigadores a considerar que el estudio de “¿Por qué las personas no cambian?” puede aportar pistas importantes en la búsqueda de vías para alcanzar el cambio conductual (Arkowitz & Lilienfeld, 2007).

Un robusto cuerpo de investigación ha resaltado la importancia del compromiso del cliente con la terapia para el logro de buenos resultados (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Por otra parte, altos niveles de resistencia al cambio, reactividad o incumplimiento, están asociados con malos resultados en psicoterapia y con altas tasas de abandono (Beutler, Harwood, Michelson, Song, & Holman, 2011; Engle & Arkowitz, 2006; Jin, Sklar, Min Sen Oh, & Chuen Li, 2008). Así pues, la comprensión de los mecanismos que le hacen difícil al cliente cumplir con las sugerencias que provienen de otros resulta crucial para entender cómo la terapia conduce al cambio (Beutler et al., 2011; Boutin, Dumont, Ladouceur, & Montecalvo, 2003; Callard, 2014; Rowa et al., 2014).

El cambio es un proceso oscilatorio que implica tiempo y esfuerzo, avances y retrocesos (Mahoney, 1991). A lo largo de la terapia, los clientes suelen presentar conductas, actitudes u objetivos que van en la dirección opuesta a la del cambio o que van en contra de las sugerencias del terapeuta (resistencia), aun cuando ellos verbalizan un deseo por cambiar (Hagedorn, 2011). En otras palabras, los clientes habitualmente sienten dos posiciones diferentes e incluso opuestas acerca del cambio. Por una parte, piensan acerca de la necesidad de cambio. Por otra, la rechazan. Estos movimientos oscilatorios, expresados en un conflicto de aproximación-evitación (Dollard & Miller, 1950), sugiere que el cliente está experimentando ambivalencia respecto al cambio (Engle & Arkowitz, 2006).

La ambivalencia es un proceso natural que puede ocurrir en cualquier cliente de psicoterapia. Sin embargo, cuando no se resuelve, los problemas tienden a intensificarse (Miller & Rollnick, 2002). La ambivalencia implica un conflicto intrapsíquico entre “Quiero cambiar” y “No quiero cambiar” (Button, Westra, Hara, & Aviram, 2014) o, como sugirió Kaplan (1972) una actitud tanto favorable como desfavorable frente a un estímulo u objeto. De forma sistemática podemos considerar que la ambivalencia está presente cuando se observa lo siguiente: a) el cliente cree que el cambio será positivo para su vida; b) el cliente tiene el conocimiento de lo que es necesario hacer para conseguir el cambio; c) la presencia de conductas que indican movimientos a favor del cambio; d) conductas que indican movimientos en contra del cambio, y e) el cliente experimenta emociones negativas a causa del hecho de no estar cambiando (Engle & Arkowitz, 2006).

Formulación de Caso en Psicoterapia: Un Marco Conceptual para la Ambivalencia

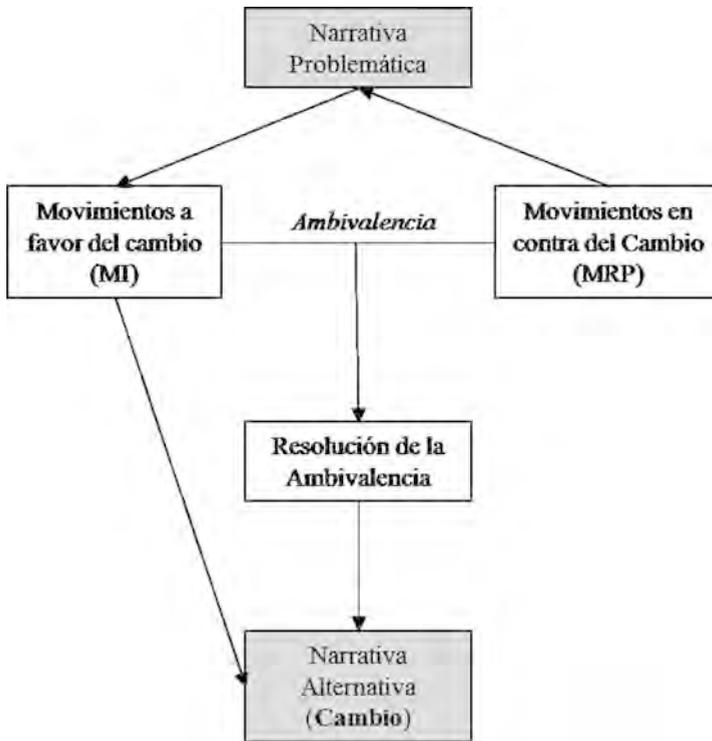
Para la formulación de caso de cualquier psicoterapia, necesitamos formular hipótesis acerca de las causas, factores precipitantes y mantenedores del problema de la persona (Eells, 2011). Nuestro propósito no es desarrollar una teoría que explique el funcionamiento humano, sino presentar un marco conceptual transteórico que terapeutas de diferentes orientaciones puedan utilizar para conceptualizar la ambivalencia en psicoterapia. Así pues, con la finalidad de conceptualizar la ambivalencia al cambio de un determinado cliente, después de identificar donde el cliente se encuentra actualmente—el problema—y cuál es el escenario que a nosotros (terapeuta y cliente) nos gustaría alcanzar, necesitamos definir: 1) los momentos en los que el cliente se está moviendo a favor del cambio; 2) los momentos en los que el cliente cancela estos movimientos; y 3) cómo el cliente resuelve este bloqueo. La Figura 1 ilustra estos procesos.

Ambivalencia: Movimientos cíclicos a favor y en contra del cambio

Nuestro trabajo está inspirado en la Terapia Narrativa (White, 2007), sin embargo, los terapeutas pueden utilizar este conocimiento en el contexto de cualquier otra orientación terapéutica (ej. Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Focalizada en la Emoción) para guiar su conceptualización. A continuación presentamos brevemente cómo el terapeuta puede identificar la ambivalencia al cambio, considerando los principales aspectos del fenómeno: los movimientos cíclicos a favor y en contra del cambio.

Identificando los movimientos a favor del cambio. Las personas damos significado a nosotros mismos, a los otros y al mundo, a través de la construcción de narrativas (e.g., McAdams, 1993; Sarbin, 1986; White & Epston, 1990). Estas estructuras funcionan como reglas implícitas que guían la construcción de significados que emergen desde la experiencia, dando forma a nuestros procesos conductuales, cognitivos, emocionales e interpersonales (Ribeiro et al., 2014). Una

Figura 1. Representación esquemática de la ambivalencia a lo largo del proceso de cambio. MI: Momentos de Innovación; MRP: Marcadores de Retorno al Problema.



narrativa debe ser lo suficientemente flexible como para incorporar diferentes voces (perspectivas) acerca de la experiencia, aun cuando estas son discrepantes acerca de cómo la persona se percibe a sí misma. Los clientes en psicoterapia presentan narrativas consideradas problemáticas cuando éstas son rígidas, desorganizadas y/o monotemáticas, fracasando en el poder captar partes importantes de la propia experiencia (Lysaker & Lysaker, 2002; McAdams, 1993; Ribeiro et al., 2014). En este sentido, el cambio sucede a través del surgimiento de excepciones a las reglas de la narrativa problemática, en la forma de pensamientos, emociones, acciones o proyectos (White & Epston, 1990), las que Gonçalves y colaboradores (2011) denominaron Momentos de Innovación (MI; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009). Estos acontecimientos dan la oportunidad a que voces excluidas, que son cruciales para la construcción de una narrativa nueva y más adaptativa, aparezcan y más adelante sean asimiladas.

Los resultados de investigaciones empíricas sugieren siete tipos de MI: Acción I y II, Reflexión I y II, Protesta I y II, y Reconceptualización (Tabla 1). Estas investigaciones también sugieren un patrón consistente de cambio a lo largo de diferentes orientaciones terapéuticas y a lo largo de diferentes condiciones clínicas (e.g., Alves et al., 2013; Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro, & Gonçalves,

2014; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa, 2015; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010). En términos generales, los MI tienden a incrementarse a lo largo del tratamiento en casos de buenos resultados (e.g., Matos et al., 2009). Específicamente, en las etapas tempranas de la terapia, tanto casos de buenos como de malos resultados presentan MI de bajo nivel (acción I, reflexión I y protesta I), mientras que desde la mitad hasta el final del proceso psicoterapéutico, sólo en los casos de buenos resultados emerge de forma significativa innovación narrativa de mayor complejidad (acción II, reflexión II, protesta II y re-conceptualización) (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, et al., 2011). Investigaciones recientes también sugieren que los MI son un predictor de la reducción de síntomas psicopatológicos a lo largo del tratamiento (Gonçalves et al., 2015).

Tabla 1
Momentos de Innovación con Ejemplos

Tipos de MI	Subtipos	Definición	Ejemplos (Narrativa problemática: depresión)
MI de bajo nivel (Crean distancia del problema)	Acción I	Acciones realizadas e intentadas para enfrentar el problema	C: ¡Ayer fui al cine por primera vez en meses!
	Reflexión I	Nuevas comprensiones acerca del problema	C: Me doy cuenta que lo que estaba haciendo no era humanamente posible, me estaba presionando a mí misma y no me daba tiempo libre, uh, para mí... y es más natural y más sano permitir algunas de estas actividades extras...
	Protesta I	Oponerse al problema y a sus supuestos	C: ¿En qué me estoy convirtiendo finalmente? ¿En qué me estoy metiendo? ¿¡Me voy a estancar aquí!?
MI de alto nivel (Centrados en el cambio)	Desempeño del cambio (Acción II)	Generalización de buenos resultados hacia el futuro y otras dimensiones de la vida (realizados o acciones proyectadas)	T: ¡Pareces tener tantos proyectos para el futuro a partir de ahora! C: Sí, tienes razón. Quiero hacer todas las cosas que me eran imposibles de hacer cuando estaba dominado por la depresión. Quiero trabajar de nuevo y tener el tiempo para disfrutar de mi vida con mis hijos. Quiero tener amigos nuevamente. La pérdida de todas las amistades del pasado es algo que aún me duele profundamente.
	Reflexión II	Contraste del sí-mismo (¿qué ha cambiado?) O Proceso de transformación (¿cómo/por qué ha ocurrido el cambio?)	C: Me siento fuerte y positivo. Está bien preguntarse por estas cosas [sus necesidades], es una nueva parte de mí, así que no voy a derrumbar.

Protesta II	Asertividad y empoderamiento	C: Soy un adulto y soy responsable de mi vida, y quiero reconocer estos sentimientos y ¡me voy a permitir sacarlos fuera! Quiero experimentar la vida, quiero crecer y se siente bien estar a cargo de mi propia vida.
Re-conceptualización	Momento de distanciamiento de la experiencia (meta-posición) donde el sí-mismo es reposicionado fuera de la experiencia problemática Y existe una comprensión del proceso involucrado en esta transformación	C: Actualmente me siento diferente. No me preocupa lo que otros piensen acerca de lo que estoy diciendo. Descubrí que necesito respetar mis necesidades y opiniones, incluso si hay personas que están en desacuerdo. Antes de protegerme de discordar con otros estaba siempre en conflicto conmigo mismo – pensando una cosa, diciendo otra. ¿Qué hace que el desacuerdo con otros sea peor que esta lucha interna?

Identificando los momentos contra el cambio. Consideremos el escalador y su ascenso a la cumbre. Algunas transiciones entre los puntos de apoyo son menos difíciles y ocurren con menos sobresaltos. Otras suponen un reto mayor e implican dejar un punto de apoyo donde el escalador se siente seguro, aunque esa seguridad sea sólo aparente, para alcanzar un nuevo punto que, si bien está más cerca del objetivo, es desconocido y por lo tanto puede ser más inseguro. Algunas veces, el escalador intenta alcanzar este nuevo punto, primero apoyando su mano, para luego desplazar todo su cuerpo. Pero como no se siente seguro y capaz de hacerlo sin cierto nivel de riesgo, vuelve al punto inicial, que si bien no es el ideal sí el punto más seguro.

Para conseguir un cambio, las personas necesitan moverse desde una posición donde ellos ven, la mayoría de las veces, las dificultades asociadas al cambio; a una nueva posición donde se dan cuenta tanto de las ventajas como de las dificultades (McEvoy & Nathan, 2007). Sin embargo, todo cambio psicológico introduce discrepancia, incongruencia o contradicción interna (Engle & Arkowitz, 2007), y sabemos que cuando la identidad se ve amenazada, a mayor grado de conflicto, mayor será el nivel de ambivalencia (Montesano, Gonçalves, & Feixas, 2015). Es por esto que la elaboración y emergencia de los MI tiene el potencial de promover el cambio, pero implica a su vez un desafío difícil para la persona, ya que amenaza la estabilidad de la propia identidad (Ribeiro & Gonçalves, 2010). Esta sensación de amenaza evoca una respuesta de auto protección, y el poder del MI de promover el cambio es devaluado por un rápido retorno a la narrativa dominante, reduciendo con ello la discrepancia creada por la innovación –Marcador de Retorno al Problema (MRP; Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011)– “*Quiero ser más seguro en las relaciones sociales*” (MI) “*pero es muy difícil y doloroso*” (MRP).

En este sentido, la ambivalencia puede ser concebida como una forma de dar estabilidad a la propia identidad a través de dos posiciones del sí-mismo que se

perpetúan alimentándose mutuamente (Ribeiro et al., 2014). El cliente oscila, primero elaborando un MI, que temporalmente desajusta la narrativa dominante, luego el cliente lo minimiza, desprecia o trivializa, resultando en un retorno a la narrativa dominante (Ribeiro & Goncalves, 2011; Ribeiro, Goncalves, Silva, Brás, & Sousa, 2015).

Resultados previos utilizando el MRP como un marcador empírico de ambivalencia, sugieren que: a) la ambivalencia es un proceso común tanto en casos de buenos como de malos resultados, independientemente de la modalidad terapéutica, y b) un descenso en la ambivalencia a lo largo de la terapia en los casos de buenos resultados y su mantenimiento, o incluso su intensificación, en los casos de malos resultados (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011; Ribeiro et al., 2015; Ribeiro et al., 2014).

La Resolución de la Ambivalencia: Los Procesos de Dominación o Negociación

En este contexto, la ambivalencia es un proceso importante en el transcurso de la psicoterapia, que debe ser identificado apropiadamente, abordado, y más importante, resuelto para dar lugar a un cambio sostenido en el tiempo (Miller & Rollnick, 2002).

El Sistema de Codificación de Resolución de la Ambivalencia (SCRA; Braga, Oliveira, Ribeiro, & Gonçalves, 2016) fue desarrollado para permitir el estudio de los procesos involucrados en la resolución del conflicto entre dos posiciones del sí-mismo (ej. ambivalencia). Las investigaciones con el SCRA (Braga, Oliveira, et al., 2016; Braga, Ribeiro, & Gonçalves, 2016) han propuesto que el ciclo paralizante de creación de significado producido por la ambivalencia puede ser superado a través de, al menos, dos procesos diferentes:

- 1) La dominación de la posición innovadora con la consecuente inhibición de la posición problemática.
- 2) La negociación entre las dos posiciones y la involucración de ambas en una acción conjunta.

En el proceso de dominación, la posición innovadora lucha por controlar a la posición problemática re-afirmando su propia autoridad como posición dominante, en un proceso que sugiere una inversión de roles: la posición dominada anteriormente (la nueva posición) ahora pasa a ser la dominante. En el proceso de negociación, las posiciones en conflicto parecen comunicarse respetuosamente la una con la otra, promoviendo un flujo dinámico entre los opuestos, más que la dominación de una por sobre la otra (Braga, Oliveira, et al., 2016).

Por ejemplo, supongamos que la posición problemática de un determinado cliente está vinculada al tema de la culpa, esto es, el cliente constantemente se siente responsable y coge excesiva responsabilidad por un sinnúmero de situaciones que suceden a su alrededor, una resolución de ambivalencia de tipo dominación podría ser: *Ahora sé que no es mi culpa que esta relación no funcionara, hice todo lo que pude, pero él no.* En este ejemplo, la posición de innovación se impone severamente

sobre la posición problemática ejerciendo su autoridad, produciendo con ello una inversión de roles: la posición dominada anteriormente (la nueva posición) es ahora la dominante.

Por el contrario, un ejemplo de proceso de negociación podría ser: *Nadie está sólo en una relación, por lo que supongo que ambos somos responsables por todo lo que pasó. Pienso que él podría haber hecho las cosas distintas, pero creo que yo también.* En este caso, ambas posiciones contribuyen a la resolución y establecen un tipo diferente de relación: en lugar de la confrontación previa, ahora parecen comunicarse considerablemente y colaborar en el proceso de elaboración de significados.

En el SCRA, estos ejemplos constituyen lo que sus autores denominan micro-resoluciones, estas son, momentos en los que hay una resolución desde la determinación y la agencia, aun cuando es momentánea (Braga, Oliveira, et al., 2016). Estas pueden ser expresadas en reflexiones, acciones, intenciones, etc. Se ha sugerido que es la repetición de estas micro-resoluciones a lo largo del tratamiento lo que permite la progresiva disolución de la relación paralizante establecida entre las posiciones del sí-mismo en conflicto que caracterizan a la ambivalencia.

Ambos procesos de resolución de la ambivalencia, dominación y negociación, han sido encontrados en diferentes orientaciones psicoterapéuticas (Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Narrativa y Terapia Focalizada en la Emoción) (Braga, Ribeiro, et al., 2016) y han mostrado una clara tendencia de progresión, independientemente del modelo de intervención. Primero, la dominación de la posición de innovación parece ser el proceso de resolución de la ambivalencia más frecuentemente utilizado a lo largo del tratamiento. Sin embargo, mientras que en casos recuperados el proceso de dominación tiende a ser menos frecuente y la negociación tiende a ser gradualmente más común a medida que el tratamiento avanza, en los casos en los que no hay cambio, este cambio gradual entre dominación y negociación parece no suceder: La dominación es utilizada frecuentemente desde el inicio hasta el final del tratamiento, siendo escasa la presencia de negociación en las diferentes etapas de la terapia.

Estos resultados son teóricamente coherentes con las investigaciones que han venido sugiriendo que a lo largo del proceso terapéutico se da un incremento en la integración de partes opuestas del sí-mismo. Por ejemplo, el modelo de asimilación (Stiles et al., 1990; Stiles et al., 1991) sugiere que los casos exitosos de psicoterapia tienden a seguir un patrón de cambio en el que la posición problemática es gradualmente incorporada en la comunidad de voces del sí-mismo. Consistentemente con el modelo de asimilación, en el modelo de momentos de innovación, los MI de re-conceptualización están relacionados con los procesos psicoterapéuticos exitosos. La re-conceptualización es una forma de *insight* en la que un lenguaje común entre las posiciones problemática y de innovación permite el diálogo, más que una disputa de fuerzas entre ellas. Finalmente, en Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg & Watson, 1998) las técnicas de la silla vacía y de las dos sillas permiten

al cliente actuar las posiciones internalizadas del sí-mismo, promoviendo el diálogo entre ellas con la finalidad de permitir el procesamiento emocional y la integración, y con ello el vivenciar una experiencia emocional más adaptativa.

Concluyendo, las investigaciones en resolución de la ambivalencia parecen sugerir que, para resolverla satisfactoriamente, (a) la dominación es un proceso muy importante, al menos, en la etapa inicial, ya que la posición de innovación necesita ganar terreno con la finalidad de crecer y consolidarse, y dada la posición de máxima autoridad que ostenta la posición problemática, esto sólo puede ser alcanzado a través de un férreo control de su poder; (b) la negociación necesita entrar al proceso en alguna de sus etapas, y crecer a medida que se desarrollan las sesiones, puesto que un cambio sostenido significa no sólo que la posición de innovación está bien establecida, sino que es también capaz de adaptarse y comunicarse con otros aspectos importantes del sí-mismo, promoviendo una narrativa flexible y dinámica.

Ilustración de Caso

Jan (pseudónimo), es una mujer de 42 años que participó en un ensayo clínico aleatorizado en que fue asignada aleatoriamente a Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y realizó dieciséis sesiones (Greenberg & Watson, 1998). Este es un caso de psicoterapia que se ha utilizado en diversas investigaciones (Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2014) y además utilizado por Greenberg y Goldman (2010) para mostrar la formulación de tareas por parte del terapeuta en TFE (Honos-Webb et al., 1999).

La cliente llega a terapia refiriendo sentirse deprimida, con frecuentes episodios de llanto compulsivo sin ninguna razón aparente y presentando síntomas psicósomáticos (urticaria y dificultad para tragar):

“Me he estado sintiendo bastante deprimida, creo, la mayor parte de mi vida, pero este ha sido un año particularmente malo, perdí a algunas personas cercanas e importantes para mí, que me ayudaban en mi vida personal...” (Greenberg & Goldman, 2010, p. 396)

[...]

Cliente: *Tiendo a comenzar a llorar de inmediato*

Terapeuta: *mm-hm*

C: *como ya dije en el formulario, no tengo control sobre – mi llanto (llora)*

[...]

C: *He estado teniendo un montón de – tengo urticaria*

T: *uh-huh*

C: *y estuve teniendo un ataque que me ha estado viniendo desde hace – Supongo que desde cinco, seis semanas*

T: *mm*

C: *y se ha ido poniendo cada vez peor y peor, y um – He estado intentando muchas cosas con mi propio doctor y medicación y no ha sido de ayuda*

T: *mm-hm*

C: *y siempre me está diciendo que se debe al estrés y demás...*

Siendo la hija de padres bastante ausentes, Jan siempre se ha sentido cercana a sus tres hermanas. Tras una niñez y adolescencia problemáticas, se casó cuando veinte años con un hombre con quien tuvo dos hijos. Se divorció después de 5 años, durante los cuales ella y sus hijos fueron abusados físicamente por su esposo. Después de un tiempo, se casó por segunda vez, y lleva casada 15 años en el momento de acudir a terapia.

Ella menciona que sus hermanas siempre han sido muy importantes para ella, siendo su principal fuente de soporte, sin embargo, ella se describe a sí misma como una figura protectora dado que fue la mayor de cuatro hijas.

C: *-Recuerdo la primera vez que fui a –esto es hace muchos, muchos años atrás, fui a ver una película, y por ese época se solía dibujar sobre las entradas, había matinés los sábados por la tarde, para los niños, y mi entrada estaba dibujada, y me gané una muñeca.*

T: *mm*

C: *y estaba tan orgullosa, era la primera muñeca que me traía, compraba o como fuese, porque solía hacer mis propias muñecas de trapo – cuando era más pequeña – y yo la traía a casa, y tenía diez años (llora) – y la traía a casa y estaba tan orgullosa de ello – y mi hermana, sabes, la vio y le gustó y comenzó a llorar. Ella la quería. Mi madre me la quitó y se la dio a ella –ella dijo que yo estaba muy mayor para –jugar con muñecas*

T: *–que amable quitándotela inmediatamente –y dándosela a ella– y*

C: *y-*

T: *era tú muñeca –tú te la habías ganado*

C: *-y toda mi vida recuerdo que han sucedido cosas así, y si hablas con mi hermana al respecto –ella siente que- yo tengo todo porque era- la mayor*

T: *mm*

C: *y que tuve la primera opción en todo y*

T: *-entonces ella tiene su propia historia*

C: *bueno, todos supongo que interpretamos*

T: *mm-hm*

C: *sabes, dos personas diferentes – describirán una acción a su modo*

T: *suenan como que tú - - sintieras realmente – como si ella fuese – una favorita – y tú fueses como un segundo plato*

C: *bueno, yo era la mayor, y era –mi responsabilidad cuidar de ellas*

En el momento que ella vino a terapia, el esposo de Jan estaba pasando por diversas dificultades, principalmente debido a problemas económicos que él no quería compartir con ella, lo que la hacía sentir muy incómoda. Sin embargo, ella siempre intentó lidiar con eso sola, con la finalidad de no preocupar a su esposo:

C: *mm-hm - - bueno, mi esposo y yo estamos hasta cierto punto – pasando por un verdadero y difícil contratiempo económico en el último par de años*

T: *mm-hm*

C: *-y estoy segura de que no es- debe ser de esas cosas con las que él no está lidiando y que no hablamos entre nosotros -y no quiero presionar hasta el punto en el que él piense que lo estoy haciendo sentir- culpable, o - - hacerlo sentir peor*

T: *mm-hm*

C: *entonces – deajo este asunto ahí solo*

T: *¿entonces no quieres volver sobre este asunto, eh? porque piensas que lo podrás molestar*

C: *mm-hm*

A lo largo de la primera sesión Jan se describe a sí misma como una persona controladora, asumiendo virtualmente todas las responsabilidades relacionadas a su familia, su esposo y su trabajo. Ella refiere sentir la necesidad de complacer y ayudar a otros, dejando fuera y relegando sus necesidades y sentimientos:

C: *Yo, a lo largo de los años –he mantenido esta imagen de mí misma como súper, sabes, como una súper mujer*

T: *mm*

C: *de ser capaz de hacer todo y de aguantar un trabajo a tiempo completo, un trabajo a tiempo parcial y hacerme cargo de todo el trabajo de casa, la limpieza, la cocina y todo lo demás y hacer voluntariado en la iglesia al mismo tiempo, así que*

En este sentido, y desde el mismo comienzo de la terapia, la narrativa problemática de Jan versa sobre la noción de “Necesito ser una súper mujer”. Esta estructura rígida implica la necesidad de ser fuerte, independiente, y la necesidad de complacer y recibir aprobación de los otros. Como fue sugerido por Honos-Webb et al. (1999) estas necesidades pueden ser conceptualizadas como estrategias destinadas a suprimir sentimientos de vulnerabilidad en el momento en que ella no puede reconocer sus propias necesidades y debilidades.

Muy temprano en la terapia ella presentó movimientos a favor del cambio, hacia una nueva narrativa que implicaba el reconocimiento de sus necesidades, de la importancia de sentirse amada y la noción de que ella no podía hacerse responsable de todo lo que ocurría en su vida:

T: *hmm... suena como si fuese realmente duro afrontar las cosas del día a día, como has mencionado, tu trabajo*

C: *se está poniendo más difícil. En verdad, la otra noche di un paso y dejé que mi esposo supiera que yo pensaba que mi carga de trabajo era mucho más que la suya y que deberíamos compartir nuestras cosas más a menudo y él pensó que era una buena idea y yo pensé que para mí lo era el escribir todas las cosas que se necesitan hacer en el piso, que por cierto lo hice, y luego él dijo que se lo miraría.*

(movimiento a favor del cambio)

Sin embargo, estos movimientos eran usualmente cancelados por la necesidad

de Jan de complacer y recibir aprobación de los otros, conduciéndola a un bloqueo:

C: [...] *él pensó que era buena idea contratar a alguien para que nos ayudara*

T: *mm-hm*

C: *porque es un- es un pasota - - el no parece encontrar el momento para hacer su parte - y a mí me sabe mal, sabes, yo algunas veces haré mi parte y la suya también*

T: *mm*

C: *pero luego me sabe mal haberlo hecho*

T: *mm, así que lo haces*

C: *entonces ahora no lo estoy haciendo tampoco, así que no estoy haciendo su parte ni la mía*

T: *mm-hm*

C: *y se llega- el desorden me llega a mí*

T: *mm-hm*

(movimiento en contra del cambio)

En las etapas iniciales de la terapia, Jan tendía a resolver la ambivalencia, esencialmente a través de la dominación de la posición innovadora y la consecuente inhibición de la posición problemática. El siguiente ejemplo ilustra este proceso:

C: *No puedo ser amada por todo el mundo*

T: *mm-hm*

C: *Es una fantasía donde, tu sabes, vivir en un mundo donde todos te aman y te adoran, sabes, y les gustas y además, que te lleva bien con todo el mundo*

T: *suenas como...*

C: *eso no es realista (sesión 3)*

[...]

C: *así que perdí la calma y le grité a todo el mundo*

T: *¿lo hiciste?*

C: *¡les dije que no estaba contenta con eso!*

T: *mm (sesión 4)*

En el primer ejemplo, Jan reconoce que “no puede ser amada por todo el mundo” y que el hecho de intentar ser amada por todos está basado en una fantasía. Esta afirmación representa una dominación de la posición de innovación, siendo un movimiento claro y decidido para alejarse de la necesidad, sostenida por la posición problemática, de ser aprobada por todos. En el segundo ejemplo, este proceso es actuado, en el momento que Jan “pierde la calma” y grita a todo el mundo, expresa sus pensamientos y necesidades de manera más flagrante. Esto es considerado una resolución por medio de un proceso de dominación, ya que la cliente resuelve la tensión entre querer ser una *súper mujer* y también el querer que sus necesidades sean expresadas abiertamente, descartando el deseo de la posición problemática de querer tener el control de todo sin molestar a nadie. En contraste a lo que sucede al

inicio de la terapia, hacia las etapas intermedias y finales, el proceso de resolución de la ambivalencia se va caracterizando gradualmente por una relación simétrica entre las posiciones del sí-mismo. Los siguientes son ejemplos de un proceso de negociación:

C: *yo dije: Estoy comenzando a gustarme mucho más a mí misma, entonces no es importante, sabes, no estoy diciendo que no sea tan importante que yo le guste a la gente pero no siento que tenga que ir a comprárselo...*

T: *cierto*

C: *sabes*

T: *cierto (sesión 15)*

[...]

C: *Sí, bueno supongo que me miraba más o menos a mí misma, quiero continuar siendo de la forma en que lo he hecho y que me he convertido. Una Algo así como llevar esto en mi cabeza: qué es lo que quiero para mí y cuál es la mejor forma de conseguirlo, y cómo aprovecharlo. No quiero echarlo a perder, sabes, y ah, ya sabes, hacer las cosas peor.*

T: *mm-hm*

C: *Porque los cambios que he hecho también son cambios para él, porque él está viendo un nuevo lado de mí que antes no había visto, y cuanto más positivo es para mí, él probablemente lo verá de una manera más negativa. Porque él probablemente se sentirá amenazado porque yo estoy más positiva y asertiva.*

T: *mm, ya veo, una especie de demasiado cambio en la otra dirección*

C: *Sí, sabes, entonces no quiero llegar al punto en el que... de nuevo sostenerlo para protegerle –porque eso no es lo que quiero hacer– pero quiero enfocarle de una forma que sea clara para mí mente.*

En el primer ejemplo, Jan dice que porque ella se gusta más a sí misma, ya no es tan importante que ella le guste a la gente, pero, al mismo tiempo, ella dice que esto no significa que no sea importante para ella gustarle a la gente, sólo que ella no va a hacer nada para “comprarles” esta apreciación. Este es un proceso de negociación porque ambas posiciones involucradas son tomadas en cuenta de una forma no excluyente: es posible gustar y hacerse cargo de sí misma, y al mismo tiempo, ser amada por los demás. Ambos aspectos son importantes para ella, el cambio crucial aquí es el abandono del esfuerzo (problemático) que ella hacía para ser amada.

En el segundo ejemplo, una vez más, ambas posiciones son tomadas en cuenta para el proceso de elaboración de significados. Por una parte, Jan quiere seguir siendo más asertiva con su esposo, pero por otra parte, ella no quiere “echarlo a perder” porque reconoce que los cambios que ha logrado en sí misma también tendrán un impacto en su esposo. Es por esto que ella no desea retroceder al punto de tener que sostenerlo para protegerle, y es importante para ella ser asertiva de

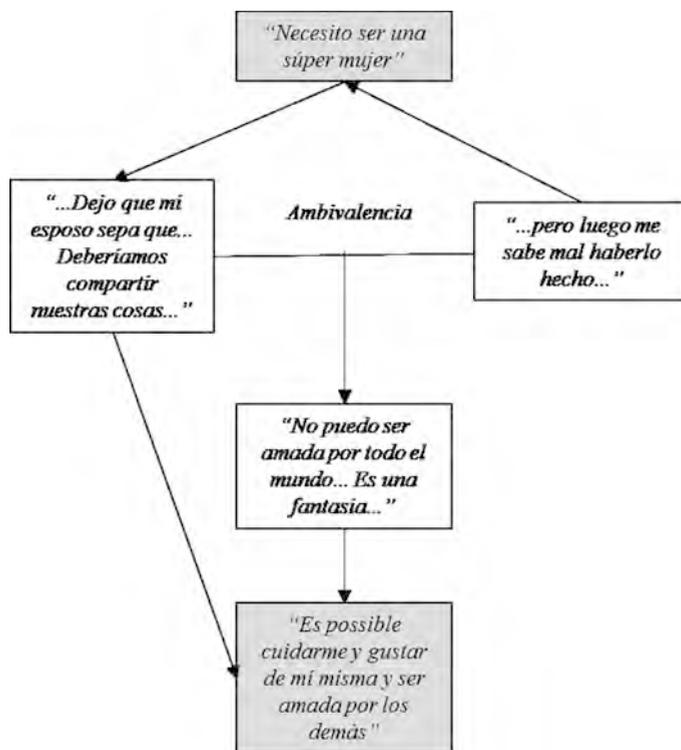
modo tal que él tome su postura en consideración.

Más allá de ser un buen caso para ilustrar el proceso de ambivalencia, el caso de Jan fue uno de los procesos psicoterapéuticos más exitosos en la condición de TFE. Por ejemplo, la puntuación de Jan en el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996) mejoró de 30 puntos al comienzo de la terapia, a 5 puntos luego del tratamiento, y estas mejoras se mantuvieron a los 18 meses de seguimiento (Honos-Webb et al., 1999; Leiman & Stiles, 2001).

Consideraciones Finales

El caso de Jan claramente ilustra la importancia de abordar la ambivalencia con la finalidad de lograr un cambio efectivo. En la figura 2 podemos ver algunos ejemplos de los movimientos a favor del cambio (MI: “... *dejé que mi esposo supiera que... debemos compartir nuestras cosas...*”) y como estos momentos eran sistemáticamente interrumpidos con movimientos en contra del cambio (MRP: “... *pero luego me sabe mal haberlo hecho...*”), resultando en un bloqueo y en la mantención de una estabilidad problemática (asentada en su narrativa: “*necesito ser una súper mujer*”). La tensión producida por estos movimientos, como dos vectores en direcciones opuestas (Abbey & Valsiner, 2005), fue resuelta sólo después de muchos momentos donde se le dio más poder a un sí-mismo alternativo para dominar o negociar con el sí-mismo problemático (en la figura 2, se ilustra un proceso de dominación: “*No puedo ser amada por todo el mundo... Es una fantasía...*”). Todo el proceso lleva a mayores niveles de flexibilidad y a la emergencia de una nueva narrativa, más adaptativa: “*Es posible gustar y cuidar de mí misma y ser amada por los demás*”, asociada a un cambio efectivo.

Una aproximación abarcadora de la ambivalencia es el primer paso para lidiar con ella de forma apropiada a lo largo de la terapia. En la Tabla 2 sugerimos diez pasos que pueden guiar a los terapeutas en la conceptualización de la ambivalencia de sus clientes. Algunos de ellos pueden estar asociados a técnicas de intervención específicas (ej. 10. Promover el diálogo entre las voces identificadas), no es nuestra intención focalizarnos en tales estrategias en este artículo. Nuestra propuesta integra algunos elementos de diferentes orientaciones respecto de la ambivalencia (ej. Engle & Arkowitz, 2006; Lewis & Osborn, 2004; Polster, 1995; Sato, Hidaka, & Fukuda, 2009) y algunos de los pasos pueden ser abordados utilizando técnicas bien establecidas como el Trabajo de las dos sillas (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Perls, Hefferline, & Goodman, 1951). En este sentido, terapeutas de diferentes orientaciones pueden utilizar esta aproximación.

Figura 2. Conceptualización de la ambivalencia de Jan.**Tabla 2****Guías para conceptualizar la ambivalencia del cliente en psicoterapia**

1. Definir y obtener información acerca de la narrativa problemática del cliente.
2. Definir una narrativa alternativa, más adaptativa.
3. Identificar movimientos a favor del cambio.
4. Identificar movimientos en contra del cambio.
5. Conceptualizar estos movimientos oscilatorios como un diálogo entre voces.
6. Presentar las dos voces identificadas al cliente (a favor y en contra del cambio).
7. Aislar cada voz y explorarlas separadamente.
8. Expresar validación y reconocimiento a cada voz.
9. Cuando esté presente, identificar el proceso utilizado por el cliente para superar la ambivalencia.
10. Promover el diálogo entre las voces identificadas.

Retomando la metáfora que hemos venido utilizando desde el principio del artículo, la escalada es llevada a cabo con la ayuda de otra persona que permanece en el suelo, quien identifica diferentes formas de proceder, estando atento tanto a los momentos de avance y retroceso. En un proceso psicoterapéutico, el terapeuta

debe ser capaz, desde un comienzo, de identificar la presencia de la ambivalencia, promover el reconocimiento de las diferentes perspectivas que están en conflicto (aquí conceptualizadas como voces) y validar constantemente a cada una de ellas con la finalidad de clarificar su existencia para el cliente y disminuir con ello el surgimiento de la resistencia al cambio.

Agradecimientos:

Esta investigación fue realizada en el Centro de Investigación de Psicología (UID/PSI/01662/2013) de la Universidad de Minho y fue financiada por la Fundación portuguesa de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Educación Superior de Portugal, mediante fondos nacionales otorgados a João Tiago a través de la beca doctoral (SFRH/BD/92408/2013), bajo el POCH y co-financiada por FEDER a través de COMPE-TE2020 bajo el Acuerdo de Colaboración PT2020 (POCI-01-0145-FEDER-007653).

Referencias bibliográficas

- Abbey, E., & Valsiner, J. (2005). *Emergence of Meanings Through Ambivalence*. Paper presented at the Forum: Qualitative Social Research.
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2013). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research, 24*(1), 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence and innovative moments in grief psychotherapy: The cases of Emily and Rose. *Psychotherapy, 51*(2), 308-321. doi:10.1037/a0031151
- Arkowitz, H., & Lilienfeld, S. O. (2007). Why Don't People Change? *Scientific American Mind, 18*(3), 82-83.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 133-142. doi:10.1002/jclp.20753
- Boutin, C., Dumont, M., Ladouceur, R., & Montecalvo, P. (2003). Excessive Gambling and Cognitive Therapy: How to Address Ambivalence. *Clinical Case Studies, 2*(4), 259-269. doi:10.1177/1534650103256297
- Braga, C., Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2016.1169331
- Braga, C., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). *Ambivalence resolution in psychotherapy*. Manuscript in preparation.
- Button, M. L., Westra, H. A., Hara, K. M., & Aviram, A. (2014). Disentangling the Impact of Resistance and Ambivalence on Therapy Outcomes in Cognitive Behavioural Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*(1), 44-53. doi:10.1080/16506073.2014.959038
- Callard, F. (2014). Psychiatric diagnosis: the indispensability of ambivalence. *Journal of Medical Ethics*. doi:10.1136/medethics-2013-101763
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Eells, T. D. (2011). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). New York.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2007). Viewing Resistance as Ambivalence: Integrative Strategies for Working With Resistant Ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*. doi:10.1177/0022167807310917
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research, 22*(4), 389-401. doi:10.1080/10503307.2012.662605

- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010). Innovative Moments and Change in Emotion-Focused Therapy: The Case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology, 23*(4), 267-294. doi:10.1080/10720537.2010.489758
- 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. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research, 1*-11. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 21*(1), 27-40. doi:10.1080/10503307.2010.507789
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. (2010). Case formulation in Emotion-Focused Therapy *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 379-411). New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210-224. doi:10.1093/ptr/8.2.210
- Hagedorn, W. B. (2011). Using Therapeutic Letters to Navigate Resistance and Ambivalence: Experiential Implications for Group Counseling. *Journal of Addictions & Offender Counseling, 31*(2), 108-126. doi:10.1002/j.2161-1874.2011.tb00071.x
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*(4), 448-460. doi:10.1037/0022-0167.46.4.448
- Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V., & Chuen Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag, 4*(1), 269-286.
- Kaplan, K. J. (1972). On the ambivalence-indifference problem in attitude theory and measurement: A suggested modification of the semantic differential technique. *Psychological Bulletin, 77*(5), 361-372. doi:10.1037/h0032590
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51. doi:10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Leahy, R. L. (2012). *Overcoming resistance in cognitive therapy*: Guilford Press.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*(3), 311-330. doi:10.1093/ptr/11.3.311
- Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-Focused Counseling and Motivational Interviewing: A Consideration of Confluence. *Journal of Counseling & Development, 82*(1), 38-48. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00284.x
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2002). Narrative Structure in Psychosis: Schizophrenia and Disruptions in the Dialogical Self. *Theory & Psychology, 12*(2), 207-220. doi:10.1177/0959354302012002630
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York, NY, US: Basic Books.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*(1), 68-80. doi:10.1080/10503300802430657
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioral change: Reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology, 63*(12), 1217-1229. doi:10.1002/jclp.20424
- 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? *Psychother Res, 20*(6), 692-701. doi:10.1080/10503307.2010.514960

- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Montesano, A., Gonçalves, M. M., & Feixas, G. (2015). Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy Research*, 1-16. doi:10.1080/10503307.2015.1080874
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. B. S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 270-376). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press.
- Polster, E. (1995). *A population of selves: A therapeutic exploration of personal diversity*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2010). Commentary: Innovation and Stability within the Dialogical Self: The Centrality of Ambivalence. *Culture & Psychology*, 16(1), 116-126. doi:10.1177/1354067x09353211
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2011). Maintenance and transformation of problematic self-narratives: a semiotic-dialogical approach. *Integr Psychol Behav Sci*, 45(3), 281-303. doi:10.1007/s12124-010-9149-0
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in Narrative Therapy: A Comparison Between Recovered and Unchanged Cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1945
- Ribeiro, A. P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*, 24(6), 702-710. doi:10.1080/10503307.2013.879620
- Rowa, K., Gifford, S., McCabe, R., Milosevic, I., Antony, M. M., & Purdon, C. (2014). Treatment Fears in Anxiety Disorders: Development and Validation of the Treatment Ambivalence Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 979-993. doi:10.1002/jclp.22096
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative and the root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Sato, T., Hidaka, T., & Fukuda, M. (2009). Depicting the Dynamics of Living the Life: The Trajectory Equifinality Model. In J. Valsiner, M. P. C. Molenaar, C. D. P. M. Lyra, & N. Chaudhary (Eds.), *Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences* (pp. 217-240). New York, NY: Springer US.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 411-420. doi:10.1037/0033-3204.27.3.411
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(2), 195-206. doi:10.1037/0033-3204.28.2.195
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873. doi:10.1037/0003-066X.62.8.857
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*: Routledge.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*: WW Norton & Company.

LA FORMULACIÓN DE CASO EN SUPERVISIÓN CLÍNICA: PROCESO COLABORATIVO APOYADO POR MAPAS CONCEPTUALES

CASE FORMULATION IN CLINICAL SUPERVISION: COLLABORATIVE PROCESS SUPPORTED BY CONCEPT MAPPING

Marcela Paz González-Brignardello

Depto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Servicio de Psicología Aplicada.
Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

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.

Resumen

La práctica supervisada se encuentra en el ápice del proceso de formación y entrenamiento de los profesionales dedicados a la promoción del bienestar humano –en sentido amplio– y a la salud mental, de manera específica. En la práctica supervisada, los psicólogos noveles encuentran el apoyo del supervisor quien, además, debe asegurar los niveles de calidad del servicio prestado al paciente y al desarrollo de las competencias del supervisado. La capacidad de realizar formulaciones clínicas de casos es una de las competencias nucleares para el ejercicio de la práctica profesional. En concreto, la formulación clínica es el proceso de integración de la información obtenida a lo largo de las diferentes fases del proceso terapéutico y, a su vez, es el objeto de análisis sobre el cual el terapeuta y el supervisor realizarán el proceso de supervisión. Es en esta doble vertiente, de objeto y proceso, donde se hace necesario un método de representación gráfica sobre el cual se pueda representar y relacionar la información y, a la vez, negociar los significados correspondientes. Los mapas conceptuales son herramientas gráficas ampliamente utilizadas para organizar y representar el conocimiento. La elaboración de mapas promueve el proceso compartido de negociación de significados, y a la vez, facilita la expresión del conocimiento experto. Se propone aquí la utilización de los mapas conceptuales como herramienta idónea para la elaboración y representación gráfica de la formulación de casos y como herramienta colaborativa de amplia utilidad en el proceso de supervisión clínica.

Palabras clave: *supervisión clínica, formulación de caso, mapas conceptuales*



Abstract

Supervised practice is at the apex of the formation of professionals dedicated to promoting human welfare in a wide sense, and specifically mental health. In supervised practice, novice psychologists find support in supervisor who also must ensure quality levels of service provided to the patient and the development of competencies in the supervised. Case formulation is a basic clinical skill for mental health professionals. Specifically, the clinical formulation is the process of integrating the information obtained during the different phases of the therapeutic process and, in turn, is the object of analysis about which therapist and supervisor will conduct the supervision process. It is on this dual role, as an object and process, when a method of graphic representation about which can be represented and relate information is necessary and, simultaneously, negotiate the corresponding meanings. Concept maps are widely used graphical tools for organizing and representing knowledge. Making maps in a collaborative way promotes negotiating meanings, and at the same time, facilitates the expression of expert knowledge. The author proposes the use of concept maps as a suitable tool for processing and graphical representation of the case formulation and as a collaborative tool of broad utility in the clinical supervision process.

Keywords: clinical supervision, case formulation, concept mapping

Introducción

La práctica psicoterapéutica requiere un amplio entendimiento de las causas, motivos y consecuencias que afectan y provocan el malestar de un paciente. En ese sentido, la formulación de caso nos otorga un marco comprensivo de los procesos del paciente (Berman, 2010; Eells, 2007; Johnstone y Dallos, 2006, 2014; S. T. Meier, 2003). Como tarea del terapeuta, la formulación representa lo que el profesional es capaz de observar, medir y comprender a partir del encuentro con el paciente en la entrevista clínica. Necesariamente, entonces, el proceso de elaboración de la formulación de caso será un proceso que se enriquecerá a través de la experiencia.

El proceso de ser terapeuta no es un proceso categórico –lo soy o no lo soy– es más bien un proceso relativamente continuo, con mini ciclos recursivos de aprendizaje consciente. En este camino, el terapeuta va adquiriendo conocimientos y desarrollando habilidades y capacidades que se transformarán, con la práctica constante, en conocimiento experto, seguro y, en gran parte, tácito.

El conocimiento experto puede ser una evolución del propio entender y saber hacer, o bien, un conocimiento externo que se ofrece como medio para guiar y apoyar la acción profesional. En este sentido, la supervisión clínica es un proceso en el cual un profesional más experimentado ayuda a analizar lo que ocurre en el proceso terapéutico con determinado paciente y, a la vez, asegura el nivel de calidad de la atención que se está ofreciendo (Canadian Psychological Association, 2010; Falender y Shafranske, 2004; Fleming y Steen, 2012). La supervisión clínica es el *setting* donde los ciclos de aprendizaje reflexivo toman lugar (Matthews y Treacher, 2004), promovidos por una parte por el supervisor, y por otra, por los múltiples actos comunicativos que toman lugar entre el supervisor y el supervisado, promoviendo finalmente la creación de un *conocimiento compartido* (Rueda, García, y Simari, 2004).

En este artículo, nos proponemos presentar los mapas conceptuales de Novak, como herramienta de representación gráfica de la información compleja (A. J. Cañas et al., 2000; Novak y Cañas, 2008) proveniente de la formulación de caso dentro de la supervisión clínica. La elaboración de lo que podríamos llamar “mapa conceptual clínico” es, a la vez, una herramienta de colaboración en el proceso de supervisión, facilitando los procesos de negociación de significados, provocando la emergencia del conocimiento experto y una interesante herramienta para detectar ausencias e incoherencias dentro del marco de conocimiento de la información clínica.

1. La formulación de caso: una visión integradora

Comprender la problemática de un paciente requiere integrar información proveniente de diferentes niveles, ámbitos y momentos. En concreto, es necesario organizar datos de diferentes áreas del paciente, por ejemplo, conductual, cognitiva y emocional; datos de ámbitos externos: familia, entorno, aspectos socio-culturales;

y también información referida a diferentes momentos en la vida del sujeto. Con ello, el terapeuta deberá plantear hipótesis para explicar las causas y los procesos de mantenimiento del o los problemas que aquejan al paciente, de cara a planificar una intervención que le permita superarlos. Esto implica darle sentido al problema en el contexto interno y externo del paciente y a los procedimientos psicoterapéuticos que se planificarán para conseguir los objetivos definidos, a corto, medio y largo plazo. La formulación de caso es, en sí misma, este proceso de dar sentido e integrar la información en un relato coherente. El resultado de este proceso se suele presentar en una narración o bien en una representación gráfica (e.g. Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes, y Gavino, 2013).

La formulación de caso, sinónimo de conceptualización de caso (Liese y Esterline, 2015), se ha ido desarrollando, desde mediados del siglo pasado, como un tema de creciente interés para las profesiones relacionadas con la salud mental, como la psiquiatría y la psicología (Division of Clinical Psychology, 2011). Como expresión de ello, en los últimos años ha habido una expansión y desarrollo de los métodos de formulación de casos dentro de diversas orientaciones psicoterapéuticas, como la psicodinámica, la cognitivo-conductual, la experiencial, y la integrativa (Eells, 2007). La formulación de caso es un proceso independiente del modelo psicoterapéutico, y por lo tanto, presenta características comunes a todos ellos; pero también es cierto que cada acercamiento teórico-práctico integra en ella los elementos que le dan sentido y son coherentes con sus principios y supuestos teórico-prácticos.

Eells (2007) define la formulación de caso como la generación de hipótesis “acerca de las causas, los factores desencadenantes, y las influencias de mantenimiento de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona” (p. 4). Desde un modelo cognitivo-conductual, la formulación de caso se define como “un conjunto integrado de hipótesis y juicios clínicos acerca de las relaciones funcionales entre los comportamientos-problemas u objetivos de tratamiento y sus variables causales” (Kaholokula et al., 2013, p. 119). La formulación de caso facilita, por una parte, una comprensión detallada de los problemas del paciente; por otra, identifica las variables que están funcionalmente relacionadas con las dificultades de éste; y, finalmente, permite delinear metas y objetivos de tratamiento (Nezu, Nezu, y Cos, 2007).

En términos similares, pero dentro de un marco psicodinámico, la formulación permite describir la naturaleza del problema, delinear las metas, y servir de guía a las intervenciones, a la vez que permite la evaluación de logro final como de los resultados obtenidos sesión a sesión (Levenson y Strupp, 2007). La formulación clínica psicoanalítica es un conjunto de inferencias clínicas acerca de la naturaleza de la psicopatología del paciente, de su estructura de personalidad, sus dinámicas de funcionamiento y su desarrollo (Messer y Wolitzky, 2007).

En este punto, podemos entender que –como proceso mental y tarea del terapeuta– la formulación de caso presenta grandes similitudes entre modelos

terapéuticos. Sin embargo, a nadie se le escapa que los contenidos de la misma será lo que determine la diferencia entre unos y otros. Pero no es lo único que las diferencia, también lo hace el papel que juega la formulación de caso en el proceso terapéutico y que depende del rol que cada modelo otorga al terapeuta y al paciente, como podremos ver en las dos terapias que se comentan a continuación.

En la Terapia Focalizada en la Emoción, la formulación de caso se realiza en conjunto con el paciente y es una co-construcción que emerge de la relación terapéutica en lugar de ser elaborada por el psicoterapeuta (Greenberg y Goldman, 2007). A través del proceso empático con el cual se desarrolla la alianza, el terapeuta y el paciente negocian los términos de la relación de trabajo, definen y clarifican cuáles son los problemas, acuerdan las tareas y las metas inmediatas, así como las responsabilidades del tratamiento. En términos de Greenberg y Goldman (2007), la formulación y la intervención son, en este modelo terapéutico, inseparables y abarcan todo el curso del tratamiento (p. 387).

Por otra parte, en la Terapia Sistémica la formulación se realiza junto con la familia. En un proceso co-construccional entre el terapeuta, el equipo de supervisión y los miembros de la familia, se desarrollarán nuevas formulaciones de los problemas (Dallos y Stedmon, 2014). En un acercamiento al concepto tradicional de formulación de caso, el equipo de Milán plantea que la terapia y la formulación están entrelazados, e inevitablemente progresan a través de un proceso recursivo de formulación de hipótesis. La formulación del equipo de Milán, a diferencia de otros modelos de Terapia Sistémica, es elaborada en un primer momento por el terapeuta con la información que posee sobre la familia. Con esto establece un punto de partida sobre el cual proceder con método científico y habilidades para intentar verificarla a través del proceso terapéutico. (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980, citado por (Dallos y Stedmon, 2014, p. 70). En ambos modelos queda de manifiesto que la elaboración de la formulación puede ser un proceso colaborativo, en el cual el o los pacientes pueden incorporar sus propios significados, enriqueciendo la validez del producto resultante. Además, la elaboración genera un proceso de reflexión y comprensión de las dinámicas del problema, siendo entonces, un proceso de intervención en sí mismo.

En este conjunto de similitudes y diferencias, podemos concluir que existen puntos de comunalidad entre modelos y que estos se refieren a los procesos inferenciales y organizacionales de la información. En esta línea de búsqueda de aspectos comunes, Johnstone y Dallos (2006) listan una serie de características compartidas por las diferentes modalidades de formulación de caso:

1. sintetizar el problema central del paciente,
2. sugerir como las dificultades del paciente se relacionan entre sí basándose en principios y teorías psicológicas,
3. explicar –basándose en la teoría– el desarrollo y mantenimiento de las dificultades del paciente en la actualidad,
4. indicar un plan de intervención basado en principios y procesos psicoló-

- gicos ya identificados,
5. estar abiertos a revisión y reformulación.

La formulación como un proceso cíclico

La última característica listada en el apartado anterior, referida a la revisión y reformulación de las conceptualizaciones de caso, nos permite dibujar el proceso de formulación como una espiral de funcionamiento. El devenir terapéutico nos obliga a mantener una visión global y actualizada de la información recogida y de los datos que dieron origen a la primera formulación. Esta actualización requiere nuevas etapas de evaluación y re-evaluación, a través de las cuales se irán incluyendo los resultados parciales del proceso terapéutico; haciendo necesaria una reelaboración de las hipótesis e inferencias lo que deberá verse reflejado en los correspondientes ajustes a la intervención (DCP, 2011; Eells, 2007; Persons y Tompkins, 2007).

Dicho de manera casi esquemática, el proceso de formular se integra dentro del ciclo característico de la práctica psicológica del siguiente modo: evaluar, formular, intervenir y evaluar nuevamente (DCP, 2011) y comienza con el primer contacto, la entrevista inicial, pero continúa siendo refinado hasta la última sesión (Beck, 1995).

Una integración nomotética e idiográfica

Una de las decisiones que se nos presenta a la hora de elaborar una formulación de caso, es acerca de qué tipo de información incluiremos en ella. La formulación normalmente comienza con información referida al paciente y su problemática, es decir, aquella que provenga del modelo ideográfico. En ese sentido, el foco puesto en los aspectos únicos y particulares del individuo y sus situaciones vitales hace que, sobre todo en los casos complejos, la información ideográfica sea especialmente relevante (Persons, 2013).

Sin embargo, en la práctica clínica, la generación de hipótesis explicativas y de funcionamiento, no es azarosa ni voluntarista. Las hipótesis se apoyan en los hallazgos en el campo de la psicopatología, la evaluación y el tratamiento (Kaholokula et al., 2013), es decir, se basan en aspectos nomotéticos.

El equilibrio entre ambos tipos de información debe salvaguardarse, ya que si se intenta ajustar al paciente al modelo teórico olvidando sus aspectos particulares (visión nomotética), no será posible atender a su situación específica; y por otra parte, sobreindividualizar la formulación de caso, prestando atención solo a los aspectos ideográficos, puede hacernos cometer errores por no considerar aspectos clínicos y psicopatológicos bien descritos y conocidos (Eells, 2007).

Es necesario, por lo tanto, poner énfasis en la elaboración de formulaciones basadas en la evidencia nomotética que sirvan de base al desarrollo de formulaciones idiográficas (Persons y Tompkins, 2007), las cuales ayudarán a la toma de decisiones de cara al paciente y su realidad particular (Persons, 2013). La inclusión

de información ideográfica, siguiendo a Meier (2003), ha de hacerse de un modo riguroso, superando así, un modo habitualmente poco preciso.

La formulación de caso como competencia específica

Realizar una formulación o conceptualización de caso implica habilidades y capacidades cognitivas relacionadas con el procesamiento de la información que permiten dar sentido a la información recogida. Recordemos que el producto final será una narración coherente o una representación gráfica significativa, que cumplan con los criterios de parsimoniosa y utilidad, y de estar basados en las evidencias (Persons y Tompkins, 2007),

La relevancia que ha adquirido esta competencia en los últimos tiempos, se ve reflejada, por ejemplo, en que se considera un requisito formativo para la práctica profesional en algunos países, como Reino Unido (DCP, 2011). Sin embargo, Meier (2003) plantea que muchos clínicos tienen poca experiencia en el proceso de integrar la conceptualización, la evaluación y la intervención de una manera explícita. En el caso de los estudiantes, se ha observado que éstos raramente logran realizar un todo integrado con la información y utilizarlo de cara al trabajo con los pacientes. Por ese motivo, Meier propone un énfasis en la formación y entrenamiento, a nivel de prácticum de pregrado, por ejemplo (Meier, 1999, citado por Meier, 2003)

Por otra parte, la experiencia clínica imprime al terapeuta de un grado de conocimiento teórico y práctico, que puede ser difícil de expresar y emerger, pero que es fácilmente evidenciable si observamos los productos o los resultados de su actuación profesional. En este sentido, Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, y Lucas (2005) analizaron la calidad de las formulaciones realizadas por psicoterapeutas de diferentes grados de experticia (novatos, experimentados, expertos), pertenecientes a modelos cognitivo conductuales y psicodinámicos. Las formulaciones de caso que generaron, ante la presentación de diferentes viñetas, corroboraron la hipótesis planteada: las formulaciones de los psicoterapeutas expertos eran más exhaustivas, elaboradas, complejas y sistemáticas. Junto a eso, los planes de tratamiento de los expertos eran más elaborados y estaban más vinculados a las formulaciones generadas (Eells et al. 2005).

Dada la importancia que tiene la experiencia en la elaboración de formulaciones de calidad, las preguntas que nos surgen, son: ¿es posible entrenar y desarrollar la capacidad de formular casos? o ¿se trata de una capacidad que se desarrolla solo con el tiempo y la práctica profesional prolongada?

En este sentido, se analizó a través de un estudio comparativo de grupo experimental con grupo control, el efecto de un entrenamiento breve sobre la calidad de las formulaciones de caso. El entrenamiento consistió en la creación de en una formulación basada en componentes genéricos, es decir, no adscrita a ningún modelo o escuela psicoterapéutica. Los componentes fueron: “(a) síntomas y problemas, (b) factores precipitantes, (c) eventos y condiciones predisponentes, y

(d) un mecanismo explicativo inferido que de cuenta de los tres componentes anteriores” (Kendjelic y Eells, 2007, p. 68). Los resultados mostraron que el grupo experimental realizó formulaciones más exhaustivas, con mayor cantidad de información en cada componente genérico y con mayor nivel inferencial.

Acerca de la elaboración de formulaciones de caso: la estructura

De cara a la formación y entrenamiento en el proceso de formulación de caso, es de utilidad la existencia de modelos genéricos, creados con un objetivo básicamente integrador, no adscritos a ningún modelo psicoterapéutico y que se basan en una estructura dada por categorías de información.

Un ejemplo de este tipo de propuesta integradora es la formulación de caso basado en componentes genéricos (Kendjelic y Eells, 2007), que ha sido utilizada en investigación de los procesos de formación y entrenamiento, y cuyos componentes son: (a) síntomas y problemas, (b) factores precipitantes, (c) eventos y condiciones predisponentes, y (d) un mecanismo explicativo inferido.

Por otra parte, El “modelo de las 5P” (Weerasekera, 1996, citado por Winiarski, 1998), propone un modelo multifactorial o multiperspectiva, nacido en el área de la formación de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Este modelo se adscribe también dentro del movimiento de integración e incluye la siguiente información: experiencias Predisposicionales, factores Precipitantes, Problemas, factores Perpetuadores o mantenedores y factores Protectores (Weerasekera, 1996, citado por Minoudis et al., 2013). En una línea similar, aplicaron una escala para evaluar formulaciones de caso en investigación basada en los siguientes ítems: a) Lista de Problemas, b) Factores Predisponentes, c) Factores Precipitantes, d) Factores Perpetuadores o mantenedores, e) Conceptualización Provisional, f) Problemas Potencialmente obstaculizadores y fortalezas y cualidades (bienes que posee).

De un modo aún más sintético, el modelo de formulación propuesto por Persons (2008) implica cuatro componentes básicos, como son: (a) síntomas, trastornos y problemas, (b) mecanismos, (c) precipitantes; y (d) el origen de los mecanismos.

Tal como hemos comentado, este tipo de modelos pueden ser un buen punto de partida para la formación, sin embargo, presentan un peligro debido a que pueden generar un listado de factores, bien categorizados, pero que no consiguen generar una narrativa coherente e integrada. Estos modelos tampoco permiten incluir los significados personales dados a la experiencia, a los factores y los eventos vitales. (DCP, 2011). Superar este tipo de riesgos nos ha llevado a plantear los mapas conceptuales como método de representación significativa de la formulación de caso, lo que desarrollaremos con detalle más adelante.

De un modo amplio, es posible plantear que la diversidad de formulaciones clínicas son válidas dependiendo de la función a la cual se destinen. Una formulación simple puede ser de gran utilidad a la formación y al entrenamiento de

estudiantes de psicología. Otras, pueden desarrollar con mayor dedicación aspectos específicos, como las causas –por ejemplo– si nos encontramos frente a tareas de prevención, y otras sobre aspectos nomotéticos si deseamos dar sentido teórico y fortalecer modelos de intervención. Una formulación amplia, que incluya variables contextuales culturales e históricas, puede ser de gran utilidad a la hora de planificar intervenciones de salud pública.

Por otra parte, en relación con el contenido de la formulación, es un evento y a la vez un proceso (Johnstone y Dallos, 2014). En el primer sentido, la formulación toma una forma determinada, es decir, se desarrolla en un informe, un registro clínico o un diagrama o representación gráfica, probablemente lo más común en investigación en formulación. Sin embargo, en el ámbito clínico y aplicado, la formulación también es un proceso recursivo de sugerencia, discusión, reflexión, *feedback* y revisión que es parte del proceso momento a momento de terapia (Johnstone y Dallos, 2014) y que forma parte primordial del análisis que se realiza en el proceso de supervisión clínica.

La Supervisión Clínica

La supervisión clínica es el proceso donde el psicoterapeuta pondrá en común la formulación de caso y el proceso terapéutico para su análisis y reflexión colaborativa con el supervisor.

La supervisión de la práctica clínica tiene una larga tradición, como se puede observar a través de las cartas que Freud mantenía con sus colegas, en los comienzos de la actividad psicoterapéutica. Sin embargo, esa modalidad está muy lejos de la estructura formal de supervisión de nuestros días (Fleming y Steen, 2012)). Actualmente, la supervisión es una práctica habitual que se encuentra en expansión en la práctica clínica y psicoterapéutica, independientemente del modelo en el cual se realice dicha práctica (Annunziata y Bock Gálvez, 2015).

El proceso de supervisión conforma un escenario óptimo para el desarrollo de competencias específicas del ámbito psicoterapéutico, tanto del estudiante como del profesional novel (Romans, Boswell, Carlozzi, y Ferguson, 1995), así como de apoyo a psicoterapeutas que se encuentran en ejercicio y que la solicitan ante casos y situaciones clínicas complejas.

Siguiendo a Falender y Shafranske (2004), podemos definir la supervisión clínica como un proceso interpersonal y colaborativo a través del cual se asegura que el ejercicio profesional se realiza bajo los estándares éticos requeridos y que se respetan las obligaciones legales; a la vez que se promueve y protege el bienestar del paciente, de la profesión y, de manera amplia, de la sociedad. Añadiendo la perspectiva del supervisado, la supervisión debe atender también al desarrollo de las habilidades y competencias de éste (Carroll, 1996, citado por Townend, Iannetta, y Freeston, 2002).

La abundante literatura concuerda en que la supervisión clínica tiene dos funciones claras: por una parte, asegurar el bienestar del cliente y, por otra, facilitar

el desarrollo del supervisado y de sus competencias (Carroll, 1996, citado por Townend et al., 2002; Falender y Shafranske, 2004). Es así como se la considera un método clave y básico del entrenamiento clínico y, en ese sentido, es un proceso jerárquico y evaluativo. Sin embargo, la utilidad de la supervisión clínica se ve extendida cuando se la considera un proceso importante de cara a prevenir la aparición de trastornos profesionales propios del ámbito de la psicoterapia (Martínez, 2007), y específicamente ante trauma vicario (Berger y Quiros, 2014; Pearlman y Mac Ian, 1995; Salston y Figley, 2003; Walker, 2004).

Una relación basada en contenidos

Normalmente, el escenario de supervisión incluye un profesional novel o *junior* –el supervisado– y un profesional experimentado –el supervisor– que desarrollan una relación de trabajo y aprendizaje a través del análisis de los procesos terapéuticos que el supervisado se encuentra realizando. En este formato, los supervisores clínicos asumen la responsabilidad de entrenar, dirigir y estimular a los supervisados. Como tal proceso de enseñanza, es fundamental que el supervisado tenga experiencias positivas de aprendizaje. Ampliando esta idea, Riggs y Bretz (2006) subrayan la importancia de establecer una relación positiva entre supervisor-supervisado, la que es posible independientemente de las similitudes o diferencias que existan entre supervisor y supervisado en la orientación teórica, personalidad, o estilo relacional. Sin embargo, el doble rol del supervisor, y la naturaleza evaluativa de la supervisión, pueden dificultar el establecimiento de una relación positiva o una buena alianza de trabajo.

En cuanto a la relación, el formato habitual de desarrollo de la supervisión clínica es 1:1; pero la creciente demanda y la tendencia a mejorar la eficiencia, hacen necesario desarrollar formatos diferentes y más flexibles, como son las supervisiones entre pares con participación de supervisor, de grupo de supervisores especializados por áreas, etc. (ver Milne y Oliver, 2000). En este sentido, es interesante el actual desarrollo de la supervisión apoyada por tecnología (Steen, 2012).

Como proceso basado en la interacción, en la supervisión existen dinámicas positivas, orientadas a la tarea y al bienestar de los participantes, pero también existen dinámicas entorpecedoras. En relación a los posibles problemas entre supervisado y supervisor, se han elaborado explicaciones basadas en las características de la personalidad del supervisado (e.g. Glickauf-Hughes, 1994) o las resistencias y características del supervisor (e.g. Watkins, 2010). Dada la importancia que la alianza tiene de cara al desarrollo de una supervisión exitosa, Matthews y Treacher (2004) proponen la utilización de métodos co-constructivos y la formación de una “reciprocidad genuina” (p. 194).

En esta línea, definir la supervisión como un proceso colaborativo, es frecuente y está ampliamente aceptado, sin embargo, es una característica que nos merece una atención especial. Rousmaniere y Ellis (2013) encontraron que el concepto de supervisión colaborativa se distribuye en un continuo, con un polo donde se

encuentra la *supervisión explícita colaborativa* (ECS), en la cual el supervisor invita, empodera y está abierto a la participación activa del supervisado en la supervisión; y otro polo de *supervisión no colaborativa* (NCS) en la cual el supervisor no hace lo anterior y puede, incluso, desalentar la entrada del supervisado en la relación (Rousmaniere y Ellis, 2013). Los autores encontraron, además, que la supervisión colaborativa es importante para el establecimiento de la alianza, es decir, se relaciona pero es distinta de ella.

En cuanto a los contenidos, las diferentes escuelas han desarrollado formatos o modelos de supervisión, sin embargo, aquí expondremos brevemente dos que, de un modo genérico, puedan ser de utilidad independientemente del modelo teórico-práctico bajo el cual se trabaje. El Modelo de Proceso, clasifica los diferentes focos de atención de las supervisiones del siguiente modo: (a) el paciente, (b) las estrategias e intervenciones, (c) la relación entre el paciente y el supervisado, (d) el supervisado, (e) la relación de supervisión, (f) el proceso del supervisor, (g) el contexto amplio (Hawkins y Shohet, 2006, citado en Hughes, 2012).

De un modo similar, pero esta vez poniendo el énfasis en el proceso reflexivo y de búsqueda de sentido, Matthews y Treacher (2004), desde un enfoque sistémico, hacen una propuesta integradora; un modelo práctico de supervisión que puede servir de guía:

1. reflexionar sobre el contenido de la sesión de terapia (como se presenta el paciente, que información comparte, como se relaciona el contenido con otras sesiones anteriores, etc.)
2. explorar las estrategias e intervenciones usadas por el terapeuta (persiguiendo la formación y desarrollo de habilidades técnicas)
3. explorar el proceso de terapia y la relación paciente-terapeuta
4. focalizar en las reacciones emocionales o resonancias del terapeuta (foco sobre la contra-transferencia; la búsqueda del “material personal” del terapeuta que puede estar influyendo en la terapia)
5. explorar las similitudes entre la supervisión y la terapia (lo que sucede en sesión puede trasladarse a la supervisión, en el sentido, por ejemplo, de qué patrones en terapia pueden ser repetidos en supervisión y ayudar a considerar como poder cambiarlos).
6. Explorar las resonancias del supervisor (contra-transferencia o búsqueda de lo que impacta al supervisor, como clave de información).

En ambos modelos, podemos ver como la formulación de caso forma parte de los primeros focos de atención siendo los aspectos relacionales y los provenientes del supervisado y del supervisor, los focos posteriores. El Modelo de Proceso ofrece una estructura que nos permite organizar los contenidos en categorías, mientras que el modelo de Matthews y Treacher (2004) nos plantea una visión más procesual y relacional dando paso a los aspectos personales de los agentes. Ambos modelos promueven la combinación de dos aspectos: la teoría y los principios psicológicos, por un lado, y los pensamientos, sentimientos y significados, por otro, a través de

un proceso continuo y colaborativo de “dar sentido” a la información que se está recogiendo a través del proceso de terapia y de supervisión.

En esa línea, y desde un acercamiento claramente constructivista, Bob (1999) pone el énfasis en que la supervisión implica la creación conjunta de una narrativa que tome en cuenta el significado que los tres agentes –paciente, supervisado y supervisor– han dado a la historia del paciente. Esto se traduce, finalmente, en el desarrollo de una nueva formulación y plan de tratamiento.

Los Mapas Conceptuales: herramienta para una supervisión colaborativa

La propuesta planteada en este artículo consiste en la utilización de mapas conceptuales (Novak y Cañas, 2008), dentro del proceso de supervisión clínica, como método que facilite la colaboración, el análisis y la reformulación desde un planteamiento multinivel.

Los mapas conceptuales, creados por Novak (ver Novak y Cañas, 2008) son un método de representación del conocimiento basado en una representación gráfica de un conjunto de conceptos y sus relaciones sobre un dominio específico de conocimiento, construido de tal forma que las interrelaciones entre los conceptos son evidentes. En estos mapas, los conceptos se representan como nodos y las relaciones entre ellos se dibujan a través de flechas que los conectan. La unión o relación asociativa –y por tanto lingüística– que existe entre un nodo y otro se expresa sobre la flecha, dando paso a unidades semánticas (proposiciones o frases simples). Los mapas conceptuales han demostrado ser un medio efectivo para la representación y comunicación del conocimiento (Alberto J. Cañas et al., 2004). El mapa completo se transforma así en la representación de un dominio de conocimientos, en este caso, la problemática del paciente, el proceso psicoterapéutico y el trabajo en supervisión.

Las siguientes características de los mapas conceptuales aportan flexibilidad y dinamismo al proceso de análisis de la formulación de caso en el proceso de supervisión clínica: (a) permiten una organización significativa de la información gracias a la asociación lingüística entre constructos; (b) permiten toda información o dato mientras se pueda representar a través de un nodo conceptual y tenga relación con otro concepto; (c) permite el ciclo de verificación y reformulación sistemática ya que se ha desarrollado una herramienta informática que permite fácilmente modificar la representación tantas veces sea necesario; (d) en el proceso de asociar conceptos y formar proposiciones, emerge el conocimiento experto, por una parte, y se refina y negocia el significado personal; y, por último, (e) permite la integración de información multinivel, es decir, nivel I (formulación de caso), nivel II (proceso terapéutico) y nivel III (proceso de supervisión) ya sea en un formato bidimensional, de representación gráfica en papel o simple, o a través de mapas enlazados por medio de hipervínculos, en formato web o, al menos, digitales.

¿Por qué una representación gráfica?

Dada la gran cantidad de información que se recoge en el proceso de elaboración de la formulación de caso, es frecuente encontrar métodos representacionales que faciliten la exposición de la misma. La representación gráfica ha sido utilizada desde las diferentes perspectivas teóricas para sintetizar la información y explicitar las hipótesis causales. Mattaini (1993) explica que utilizar gráficos ayuda a organizar información compleja y permite identificar patrones que tendrán repercusión sobre el tratamiento, así como ayuda a recordar datos. Por su parte, Dansereau y Simpson (2009), basándose en diferentes estudios y autores, explican que la información representada visualmente ofrece ventajas en comparación con la información expresada lingüísticamente, ya que la primera estimula la síntesis en el receptor a diferencia del proceso de descomposición analítica que genera el lenguaje; representa mejor procesos de naturaleza holística como el afecto, y mejora la memoria y el recuerdo en comparación con el lenguaje hablado y escrito. Estos autores plantean que el uso de la representación gráfica puede mejorar también la comunicación entre los diferentes agentes que participan en torno a la atención clínica: clínicos, investigadores, supervisores y formadores, o a nivel organizacional; sin olvidar que también ayuda a la comprensión del problema por parte del paciente. (véase Figura 1)

Como ejemplo de utilización en el ámbito clínico, en el modelo de terapia cognitivo conductual, la representación gráfica se ha promovido como método para comunicar con claridad el análisis funcional a otras personas, para enseñar a formular casos clínicos y para elegir el mejor enfoque para el tratamiento (Kaholokula et al., 2013).

Entre los diferentes formatos gráficos, hay evidencia de que los nodos unidos por flechas pueden prestar mejor servicio al objetivo de comunicar y analizar procesos complejos (Dansereau y Simpson, 2009). Los mapas conceptuales de Novak son un buen ejemplo de este tipo de representación.

Negociación de significados

Los mapas conceptuales pueden ser vistos como una representación jerarquizada de palabras relacionadas, sin embargo, cuando debemos definir claramente cuál es la relación entre conceptos y las proposiciones e ideas que se forman, "... uno comienza a ver que un buen mapa conceptual es a la vez, simple pero también elegantemente complejo con profundos significados" (Novak y Cañas, 2008, p. 31).

En el proceso de elaboración "paso a paso" de un mapa conceptual clínico, se produce un proceso de precisión de significados que en supervisión se transforma en un proceso de análisis de cada dato, negociación acerca de lo que cada información significa y con qué se relaciona y, finalmente, de elaboración conjunta de la información en un todo significativo cuyo conocimiento es compartido (González-Brignardello y Gago, 2010).

En un sentido inverso, pero no por ello menos interesante, Goodyear, Tracey,

Claiborn, Lichtenberg, y Wampold (2005) plantea que los mapas conceptuales permiten identificar las estructuras de conocimiento que posee un individuo o pequeños grupos de individuos, lo que en el ámbito clínico podría ser de utilidad a la hora de evaluar los conocimientos.

Por otra parte, Mayfield, Kardash, y Kivlighan (1999) compararon la elaboración de mapas conceptuales de expertos y noveles, en el ámbito del consejo psicológico, y encontraron que los expertos elaboraban relaciones más complejas y mejor organizadas.

Mapas conceptuales multiniveles

El proceso de formulación, de un modo amplio, permite múltiples niveles de análisis, de manera que el proceso de formular puede enfocarse como un proceso de “zoom” o acercamiento/alejamiento a determinados niveles de información. Por ejemplo, (Persons y Tompkins, 2007) plantean la existencia de un nivel de síntoma, un nivel de trastorno o problema y un nivel de caso. Otro planteamiento similar es el propuesto por Eelss y Lombart (2003) que distinguen entre lo que ellos llaman focos de atención de la formulación, de manera que existirían un foco de formulación de caso, otro foco modal para el trastorno, y un foco sobre el episodio o situación que surge dentro o fuera de la terapia. Para estos autores, estos diferentes focos están interrelacionados y se informan mutuamente.

Un modelo multinivel de representación de la información psicoterapéutica, es aquel que permite el análisis de la formulación del caso (Nivel I) a la vez que incorpora la información del proceso de terapia (Nivel II) y del proceso de supervisión (Nivel III), enriqueciendo así el análisis del proceso terapéutico en sentido amplio.

Las nuevas tecnologías permiten que los mapas conceptuales elaborados, por ejemplo, con CmapTools (Cañas et al., 2004), puedan conectar contenidos hiperenlazados publicables a nivel web o en sistema local. Esto da la posibilidad de generar un conjunto de mapas que formen una red de información enlazada por conceptos o contenidos de diferentes formatos (Cañas et al., 2000).

En este sentido, los mapas conceptuales tienen la posibilidad de transformarse en una gran herramienta de formación y entrenamiento, que por una parte expone conocimientos declarativos y teórico-prácticos, y por otra, permite la incorporación de información ideográfica propia de una formulación de caso.

Conclusión

A medida que la clasificación nosológica de los problemas psicológicos aumenta, se hace más necesario y relevante contar con herramientas y métodos que generen narrativas ideográficas, apoyadas sobre el conocimiento nomotético y las evidencias empíricas. De este modo, hemos puesto la formulación de caso en el centro del proceso de supervisión y hemos dotado a éste de una herramienta capaz de representar diferentes niveles de información.

Los mapas conceptuales pueden convertirse en el medio a través del cual los procesos de negociación de significados clínicos, entre el psicólogo experto y el psicólogo novel, transcurran de un modo colaborativo y orientado hacia la obtención de la comprensión del proceso del paciente, de la intervención que se lleva a cabo y de los procesos ocurridos en la supervisión. En ese sentido, la supervisión clínica apoyada por mapas conceptuales, genera un proceso de análisis colaborativo de la información que, al elaborarse en representación gráfica provoca la expresión de contenidos tanto de supervisado como del supervisor que forman un todo comprensivo, donde la información del terapeuta (experto en la relación con el paciente y en el proceso terapéutico que lleva a cabo) y la información del supervisor (experto en el proceso teórico-práctico y en el proceso de supervisión que lidera), generan un modelo de conocimiento del paciente enriquecido con los significados compartidos, en un proceso de construcción conjunta similar a una formulación de nivel superior.

Es necesario el desarrollo de investigación orientada a analizar, entre otras cosas, la relación que el uso de mapas conceptuales pueda tener con resultados a nivel de relación, alianza, proceso formativo y de desarrollo del terapeuta y proceso terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Annunziata, P. A., y Bock Gálvez, K. Y. (2015). Identidad Profesional del Supervisor Clínico: Un Estudio de Casos Desde la Perspectiva del Sí-Mismo Dialógico. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 93-102.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. Guilford, New York.
- Berger, R., y Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. *Traumatology*, 20(4), 296-301. <http://doi.org/10.1037/h0099835>
- Berman, P. S. (2010). *Case Conceptualization and Treatment Planning. Integrating theory with clinical practice*. California: Sage Publications.
- Bob, S. R. (1999). Narrative approaches to supervision and case formulation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 146.
- Canadian Psychological Association. (2010). *Resource Guide for Psychologists: Ethical Supervision in Teaching, Research, Practice, and Administration*. Ottawa: Canadian Psychological Association. Recuperado a partir de <http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/COEresGuideSuperAppNov2010Rev14June2011.pdf>
- Cañas, A. J., Ford, K. M., Coffey, J., Reichherzer, T., Carff, R., Shamma, D., ... Bready, M. (2000). Herramientas para construir y compartir modelos de conocimiento basados en mapas conceptuales. *Revista de Informática Educativa*, 13(2), 145-158.
- Cañas, A. J., Hill, G., Carff, R., Suri, N., Lott, J., Eskridge, T., ... Carvajal, R. (2004). CmapTools: A knowledge modeling and sharing environment. En *Concept maps: Theory, methodology, technology. Proceedings of the first international conference on concept mapping* (Vol. 1, pp. 125-133). Recuperado a partir de http://www.geogr.unijena.de/fileadmin/Geoinformatik/projekte/brahmatwinn/Workshops/FEEM/Software/Canas_2004_Cmap_tools.pdf
- Dallos, R., y Stedmon, J. (2014). Systemic Formulation. Mapping the Family Dance. En *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making Sense of People's Problems* (2nd ed., pp. 67-95). Nueva York: Routledge.
- Dansereau, D. F., y Simpson, D. D. (2009). A picture is worth a thousand words: The case for graphic representations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 104-110. <http://doi.org/10.1037/a0011827>

- Division of Clinical Psychology. (2011). Good practice guidelines on the use of psychological formulation - DCP-Guidelines-for-Formulation.pdf. Recuperado 12 de mayo de 2016, a partir de <https://www.canterbury.ac.uk/social-and-applied-sciences/salmons-centre-for-applied-psychology/docs/resources/DCP-Guidelines-for-Formulation.pdf>
- Eells, T. D. (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd ed.). Nueva York: Guilford.
- Eells, T. D., y Lombart, K. G. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13(2), 187-204.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., y 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. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>
- Falender, C. A., y Shafranske, E. P. (2004). *Clinical Supervision. A Competency-Based Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fleming, I., y Steen, L. (2012). *Supervision and Clinical Psychology. Theory, Practice and Perspectives*. (2nd ed.). NUEVA YORK: Routledge.
- Glickauf-Hughes, C. (1994). Characterological resistances in psychotherapy supervision. *Psychotherapy*, 31(1). Recuperado a partir de <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uned.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4688622b-cc60-4608-a402-516b010e3cb5%40sessionmgr103yvid=0yhid=116>
- González-Brignardello, M. P., y Gago, S. (2010). Utilización de mapas conceptuales como facilitadores del proceso de supervisión clínica y formulación significativa de casos. En *Concept Maps: Making Learning Meaningful*. Viña del Mar, Chile. Recuperado a partir de <http://cmc.ihmc.us/cmc2010papers/cmc2010-198.pdf>
- Goodyear, R. K., Tracey, T., Claiborn, C. D., Lichtenberg, J. W., y Wampold, B. E. (2005). Ideographic Concept Mapping in Counseling Psychology Research: Conceptual Overview, Methodology, and an Illustration. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 236-242. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.236>
- Greenberg, L. S., y Goldman, R. (2007). Case Formulation in Emotion-Focused Therapy. En T.D. Eells (Ed) *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. NUEVA YORK: Guilford.
- Hughes, J. (2012). Practical Aspects of Supervision: All you ever wanted to know but were too afraid to ask. En *Supervision and Clinical Psychology. Theory, Practice and Perspectives*. (2nd ed., pp. 184-205). NUEVA YORK: Routledge.
- Johnstone, L., y Dallos, R. (2006). *Psychology and Psychotherapy. Making Sense of people's problems*. NUEVA YORK: Routledge.
- Johnstone, L., y Dallos, R. (2014). *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making sense of people's problems*. (2nd ed.). New York.: Routledge.
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud [online]*, 24, 117-127. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kendjelic, E. M., y Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 66-77. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.44.1.66>
- Levenson, H., y Strupp, H. H. (2007). Cyclical Maladaptive Patterns: Case Formulation in Time-Limited Dynamic Psychotherapy. En *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd ed., pp. 164-197). NUEVA YORK: Guilford.
- Liese, B. S., y Esterline, K. M. (2015). Concept mapping: A supervision strategy for introducing case conceptualization skills to novice therapists. *Psychotherapy*, 52(2), 190-194. <http://doi.org/10.1037/a0038618>
- Mattaini, M. A. (1993). *More than a thousand words: Graphics for clinical practice*. NASW Press.
- Martínez, J. G. (2007). Un homenaje a MJ Mahoney: Los riesgos del ejercicio de la psicoterapia (un viaje al lugar peligroso). Presentado en II congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas - Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas, Sevilla (España). Recuperado a partir de <http://sppc.org.pt/downloads/mahoney+jgm.pdf>
- Matthews, S., y Treacher, A. (2004). Therapy Models and Supervision in Clinical Psychology. En *Supervision and Clinical Psychology: Theory, Practice and Perspectives*. (pp. 187-210). NUEVA YORK: Routledge.
- Mayfield, W. A., Kardash, C. M., y Kivlighan, D. M., Jr. (1999). Differences in experienced and novice counselors' knowledge structures about clients: Implications for case conceptualization. *Journal of counseling Psychology*, 46(4), 504.
- Meier, S. T. (2003). *Bridging case conceptualization, assessment, and intervention*. California: Sage.
- Meier, S., T. (2003). *Bridging Case Conceptualization, Assessment, and Intervention*. Sage Publications.

- Messer, S. B., y Wolitzky, D. L. (2007). The Psychoanalytic Approach to Case Formulation. En *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd ed., pp. 67-104). NY: Guilford.
- Milne, D., y Oliver, V. (2000). Flexible formats of clinical supervision: Description, evaluation and implementation. *Journal of Mental Health, 9*(3), 291-304.
- Minoudis, P., Craissati, J., Shaw, J., McMurrin, M., Freeston, M., Chuan, S. J., y Leonard, A. (2013). An evaluation of case formulation training and consultation with probation officers. *Criminal Behaviour and Mental Health, 23*, 252-262. <http://doi.org/0.1002/cbm.1890>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Cos, T. A. (2007). Case Formulation for the Behavioral and Cognitive Therapies. A Problem-Solving Perspective. En *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. NUEVA YORK: Guilford.
- Novak, J. D., y Cañas, A. J. (2008). The theory underlying concept maps and how to construct and use them. Recuperado a partir de <http://eprint.ihmc.us/5/>
- Pearlman, L. A., y Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(6), 558.
- Persons, J. B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. NUEVA YORK: Guilford.
- Persons, J. B. (2013). Who needs a case formulation and why: Clinicians use the case formulation to guide decision-making. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 9*(4), 448-456.
- Persons, J. B., y Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. NUEVA YORK: Guilford.
- Riggs, S. A., y Bretz, K. M. (2006). Attachment processes in the supervisory relationship: An exploratory investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(5), 558-566. doi: 10.1037/0735-7028.37.5.558
- Romans, J. S., Boswell, D. L., Carlozzi, A. F., y Ferguson, D. B. (1995). Training and supervision practices in clinical, counseling, and school psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(4), 407.
- Rousmaniere, T. G., y Ellis, M. V. (2013). Developing the construct and measure of collaborative clinical supervision: The supervisee's perspective. *Training and Education in Professional Psychology, 7*(4), 300-308. <http://doi.org/10.1037/a0033796>
- Rueda, S. V., García, A. J., y Simari, G. R. (2004). Alternativas para la representación del conocimiento compartido entre agentes colaborativos. En *X Congreso Argentino de Ciencias de la Computación*. Recuperado a partir de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/22567>
- Salston, M., y Figley, C. R. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working With Survivors of Criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16*(2), 167-174.
- Steen, L. (2012). Formats of Supervision. En *Supervision and Clinical Psychology: Theory, Practice and Perspectives*. (2nd ed.). Nueva York: Routledge.
- Townend, M., Iannetta, L., y Freeston, M. H. (2002). Clinical Supervision in Practice: A Survey of UK Cognitive Psychotherapists Accredited by the BABCP. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 485-500. <http://doi.org/0.1017/S1352465802004095>
- Walker, M. (2004). Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: counter transference; secondary traumatization and terror. *Psychodynamic Practice, 10*(2), 173-193. <http://doi.org/10.1080/14753630410001686753>
- Watkins, C. E. (2010). Considering characterological resistances in the psychotherapy supervisor. *American Journal of Psychotherapy, 64*(3). Recuperado a partir de <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uned.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=826bd423-c168-41e4-97d6-64b83cdc600b%40sessionmgr105&vid=0&hid=116>
- Winiarski, M. (1998). Book Review Multiperspective Case Formulation: A Step Towards Treatment Integration, by Priyanthy Weerasekera. Malabar, FL: Krieger Publishing Co., 1996, 335 pages; \$38.50 cloth, \$29.50 paperback - Springer. *Journal of Psychotherapy Integration, 8*(3), 183-185. <http://doi.org/10.1023/A:1023241630627>

HOW TO DEAL WITH AMBIVALENCE IN PSYCHOTHERAPY: A CONCEPTUAL MODEL FOR CASE FORMULATION

CÓMO LIDIAR CON LA AMBIVALENCIA EN PSICOTERAPIA: UN MODELO CONCEPTUAL PARA LA FORMULACIÓN DE CASO

João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga, & António P. Ribeiro

CIPSI -Psychology Research Centre, Psychotherapy and Psychopathology Research Unit,
School of Psychology, University of Minho, Braga, Portugal

This article was published in Spanish. This is the English version.

Link to the Spanish version: (<http://revistadepsicoterapia.com/rp104-06.html>).

How to reference this article:

Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. & Ribeiro A. P. (2016). Cómo Lidar con la Ambivalencia en Psicoterapia: Un Modelo Conceptual para la Formulación de Caso. [How to Deal with Ambivalence in Psychotherapy: A Conceptual Model for Case Formulation]. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 83-100.

Acknowledgements:

This study was conducted at Psychology Research Centre (UID/PSI/01662/2013), University of Minho, and supported by the Portuguese Foundation for Science and Technology and the Portuguese Ministry of Science, Technology and Higher Education through national funds via the doctoral grant to João Tiago Oliveira (SFRH/BD/92408/2013), under the POCH, and co-financed by FEDER through COMPETE2020 under the PT2020 Partnership Agreement (POCI-01-0145-FEDER-007653).



Abstract

Ambivalence has been considered to exert a determinant role in the therapeutic process and outcome. Throughout the process clients often adopt two opposite positions about change. On one hand, they think about the need for change, on the other, they reject it. Previous empirical studies have been suggesting that ambivalence is a common process both in poor- and good-outcome cases, however, when it's not resolved the therapeutic process tends to fail. In this sense the understanding of this phenomenon has the potential to promote better results in clinical practice. In this paper we present a transtheoretical conceptual framework that therapists from different approaches can use to conceptualize ambivalence in psychotherapy. Specifically, we discuss a) the movements towards change; b) the movements away from change, and; c) the processes involved in the ambivalence resolution. One psychotherapy case is used to illustrate our proposal and a set of guidelines is suggested to help therapists to conceptualize and deal with one of the processes most associated with therapeutic failure.

Keywords: ambivalence, psychotherapy, change, innovative moments, case formulation

Resumen

La ambivalencia se ha considerado que ejerce un papel determinante en el proceso y el resultado de la terapia. A lo largo del proceso, los clientes adoptan a menudo dos posiciones opuestas sobre el cambio. Por un lado, piensan acerca de la necesidad de cambio, por otro, lo rechazan. Los estudios empíricos previos han sugerido que la ambivalencia es un proceso común tanto en casos de buen y mal resultado, sin embargo, cuando la ambivalencia no se resuelve, el proceso terapéutico tiende a fallar. En este sentido, la comprensión de este fenómeno tiene el potencial de promover mejores resultados en la práctica clínica. En este artículo se presenta un marco conceptual transteórico que los terapeutas de diferentes enfoques pueden utilizar para conceptualizar la ambivalencia en psicoterapia. En concreto, se discuten a) los movimientos hacia el cambio; b) los movimientos en contra el cambio, y; c) los procesos que intervienen en la resolución de la ambivalencia. Se presenta un caso real de psicoterapia para ilustrar nuestra propuesta y se sugiere un conjunto de directrices para ayudar a los terapeutas a conceptualizar y lidiar con uno de los procesos más asociados con el fracaso terapéutico.

Palabras Clave: ambivalencia, psicoterapia, cambio, momentos de innovación, formulación de caso.

The role of psychotherapy as a healing practice is undeniable (Lambert, 2013; Wampold, 2010). Recently, studies about the effects of psychotherapy have multiplied, revealing effect sizes between .75 and .85 (Wampold & Imel, 2015). In fact, this effect is higher than many “evidence-based” medical practices, including some interventions in cardiology, geriatric medicine, asthma, among others (Wampold, 2007). However, at the moment, the most important question is not if psychotherapy actually works but, rather, “why and how does therapy lead to change?” (Kazdin, 2009, p. 418).

From the client’s perspective, psychotherapy could be equated with climbing a big cliff, with no clear support points. After the decision to start climbing which, in itself, constitutes a major step, he or she has to deal with the challenge of each stage and to know and rely on the safety spots where he or she will put the hands and feet, in order to achieve the summit. The main problem is that, sometimes, the journey’s end is perceived as unapproachable, leading the climber to turn back and give up the challenge. Similarly, despite the well-established effectiveness of psychotherapy (Lambert, 2013), about 50% of clients terminate the therapy prematurely (Leahy, 2012; Swift & Greenberg, 2012) and, even worse, about 5 to 10% present some level of deterioration at the end of therapy (Lambert & Ogles, 2004). This issue led several researchers to consider that the study of “Why don’t people change?” can provide important clues in the pursuing of effective paths to foster behavior change (Arkowitz & Lilienfeld, 2007).

A robust body of research has been highlighting the importance of client’s engagement with therapy in the achievement of good results (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). On the other hand, high levels of resistance to change, reactance to change or noncompliance are associated with poorer outcomes in psychotherapy and higher dropout rates (Beutler, Harwood, Michelson, Song, & Holman, 2011; Engle & Arkowitz, 2006; Jin, Sklar, Min Sen Oh, & Chuen Li, 2008). Thus, the understanding of mechanisms that make it difficult to the client to comply with suggestions coming from others is crucial to understand how therapy leads to change (Beutler et al., 2011; Boutin, Dumont, Ladouceur, & Montecalvo, 2003; Callard, 2014; Rowa et al., 2014).

Change is an oscillatory process that implies time and effort, advances and retreats (Mahoney, 1991). Throughout therapy, clients often present behaviors, attitudes or goals that stand in the opposite direction of change or go against the suggestions of the therapist (resistance), even while they verbalize a desire for change (Hagedorn, 2011). In other words, clients often feel two different, and even opposite, ways about change. On the one hand, they think about the need for change. On the other, they reject it. These oscillatory movements, expressed as an approach-avoidance conflict (Dollard & Miller, 1950), suggest that the client is experiencing ambivalence towards change (Engle & Arkowitz, 2006).

Ambivalence is a natural process that could occur in all psychotherapy clients. However, when it is not resolved problems tend to intensify (Miller & Rollnick,

2002). Ambivalence implies an intrapsychic conflict between “I want to change” and “I don’t want to change” (Button, Westra, Hara, & Aviram, 2014) or, as suggested by Kaplan (1972), a both favorable and unfavorable attitude to a given stimulus or object. Systematizing, we know that we are in the presence of ambivalence when the following can be observed: a) the client’s belief that the change will be positive to his/her life; b) the client’s knowledge about what is necessary to do in order to achieve change; c) the presence of behaviors that indicate a movement towards change; d) behaviors that indicate the movement away from change, and; e) negative emotions experienced by the client because he/she is not changing (Engle & Arkowitz, 2006).

Psychotherapy Case Formulation: A Conceptual Framework for Ambivalence

For any psychotherapy case formulation we need to design hypothesis about causes, precipitants and maintaining factors of a person’s problem (Eells, 2011). Our purpose is not to develop a theory that explains human functioning but to present a transtheoretical conceptual framework that therapists from different approaches can use to conceptualize ambivalence in psychotherapy. Hence, in order to conceptualize a given client’s ambivalence about change, after identifying where the client presently stands – the problem – and what is the scenario that we (therapist and client) want to achieve, we need to define: a) the moments when the client is moving towards change; b) the moments when the client cancels these movements, returns to the problem, and is stuck, and; c) how the client resolves this impasse. Figure 1 illustrates these processes.

Ambivalence: Cyclical movements towards and away from change

Our framework is inspired by Narrative Therapy (White, 2007), however, therapists can use this knowledge in the context of any other therapeutic approach (i.e. Cognitive-Behavioral Therapy, Emotion Focused Therapy) to guide the conceptualization. Next, we briefly present how the therapist can identify ambivalence towards change, considering the main aspect of the phenomenon: the cyclical movements towards and away from change.

Identifying the movements towards change. People give meaning to the self, the others and the world through the construction of self-narratives (e.g., McAdams, 1993; Sarbin, 1986; White & Epston, 1990). These structures work as implicit rules that guide the construction of meaning that emerges from experience, shaping behavioral, cognitive, emotional, and interpersonal processes (Ribeiro et al., 2014). An adaptive self-narrative must be flexible enough to incorporate different voices (perspectives) about the experience, even when they are discrepant from how the individual perceives him/herself. Clients in psychotherapy present self-narratives considered as problematic once they are rigid, disorganized and/or monothematic, failing to acknowledge important parts of one’s experience (Lysaker & Lysaker, 2002; McAdams, 1993; Ribeiro et al., 2014). In this sense, change

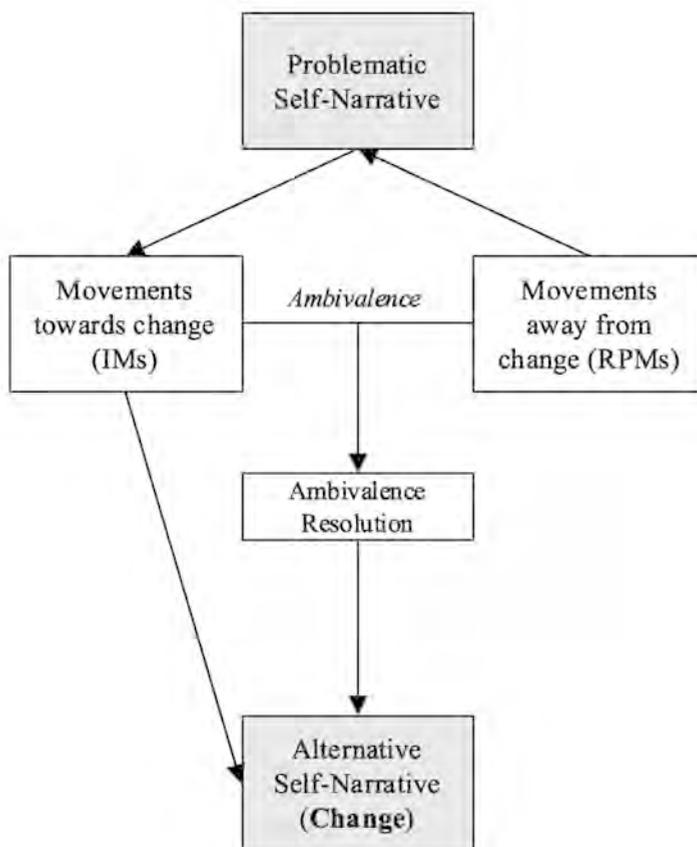


Figure 1.

Schematic representation of ambivalence throughout a process of change. IMs: Innovative Moments; RPMs: Return-to-the-Problem Markers.

happens through the emergence of exceptions to the problematic self-narratives' rules, under the format of thoughts, emotions, actions or projects (White & Epston, 1990) that Gonçalves and colleagues (2011) called Innovative Moments (IMs; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009). These occurrences give opportunity for the appearance and later on for the assimilation of the excluded voices that are crucial to the construction of a new, more adaptive self-narrative.

Results from empirical studies have suggested seven types of IMs: Action I and II, Reflection I and II, Protest I and II, and Reconceptualization (Table 1). These studies also suggested a consistent pattern of change across different therapeutic approaches and among different clinical conditions (e.g., Alves et al., 2013; Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro, & Gonçalves, 2014; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa, 2015; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010). Generically,

IMs tend to increase throughout treatment in good-outcome cases (e.g., Matos et al., 2009). Specifically, in early stages of therapy, both poor- and good-outcome cases present low-level IMs (action I, reflection I and protest I), while from the middle to the end of the psychotherapy process, only in good-outcome cases do more complex narrative novelties emerge significantly (action II, reflection II, protest II and reconceptualization) (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, et al., 2011). Recent studies also suggest that IMs are a predictor of psychopathological symptoms reduction along treatment (Gonçalves et al., 2015).

Table 1
Innovative Moments with Examples

Types of IM	Subtypes	Definition	Examples (Problematic narrative: depression)
Low level IMs (Creating distance from the problem)	Action I	Performed and intended actions to overcome the problem	C: Yesterday, I went to the cinema for the first time in months!
	Reflection I	New understandings of the problem	C: I realize that what I was doing was just, not humanly possible because I was pushing myself and I never allowed myself any free time, uh, to myself ... and it's more natural and more healthy to let some of these extra activities go...
	Protest I	Objecting the problem and its assumptions	C: What am I becoming after all? Is this where I'll be getting to? Am I going to stagnate here!?
High Level IMs (Centered on change)	Performing change (Action II)	Generalization into the future and other life dimensions of good outcomes (performed or projected actions)	T: You seem to have so many projects for the future now! C: Yes, you're right. I want to do all the things that were impossible for me to do while I was dominated by depression. I want to work again and to have the time to enjoy my life with my children. I want to have friends again. The loss of all the friendships of the past is something that still hurts me really deeply.
	Reflection II	Contrasting Self (what changed?) OR Self-Transformation process (how/why change occurred?)	C: I feel positive and strong. It's okay to ask for these things [her needs], it's a new part of me, so I'm not going to turn it down.

Protest II	Assertiveness and empowerment	C: I am an adult and I am responsible for my life, and, and, I want to acknowledge these feelings and I'm going to let them out! I want to experience life, I want to grow and it feels good to be in charge of my own life.
Re-conceptualization	Moments distanced from the experience (meta-positions) where the self is repositioned outside the problematic experience AND also understands the processes involved in this transformation	C: I feel differently nowadays. I don't worry about what others think about what I'm saying. I discovered that I need to respect my needs and opinions, even if other people disagree with me. Before to protect me from disagreeing with others I was always in conflict with myself – thinking one thing, saying another. What does the disagreement with others need to be worse than this internal fighting?

Note. Adapted from "Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution: Coding systems and main findings," by M. M. Gonçalves, A. P. Ribeiro, I. Mendes, D. Alves, J. Silva, C. Rosa, ... J. T. Oliveira, 2016, Manuscript submitted for publication.

Identifying the movements away from change. Consider the climber and his ascent to the summit. Some transitions between support points are less difficult and happen with little jolt. Others are more challenging, imply leaving a toehold where the climber feels safe, even if that security is only apparent, to try to reach a new point that, while closer to the goal, is unknown and therefore may be less secure. Sometimes, the climber tries to reach this new point by first placing his hand, to then transfer the entire body. But as he does not feel safe and does not feel able to do it without a certain amount of risk, he goes back to the initial point that, while not being ideal, is nonetheless the safer one.

In order to change, individuals need to move from a position where they see, mostly, the difficulties associated with change, to a new one where they realize both their advantages and difficulties (McEvoy & Nathan, 2007). However, all psychological changes introduce discrepancy, incongruity or inner contradiction (Engle & Arkowitz, 2007), and we know that, when identity is threatened, the greater the conflict, the greater the ambivalence (Montesano, Gonçalves, & Feixas, 2015). Thus, the elaboration and emergence of IMs has the potential to promote change but it also implies a difficult challenge to the individual since it threatens one's self-stability (Ribeiro & Gonçalves, 2010). This sense of threat evokes a self-protective response and the IMs' power to promote change is devaluated by a quick return to the dominant self-narrative, reducing the discrepancy created by the innovation – Return-to-the-Problem Markers (RPM; Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011) – “*I want to be more secure in social relations*” (IM) “*but it is too difficult and painful*” (RPM).

In this sense, ambivalence can be conceived as a form of self-stability with two opposing parts that keep feeding into each other (Ribeiro et al., 2014). The client oscillates, first elaborating an IM, which temporarily disrupts the dominant self-narrative, then minimizing, depreciating or trivializing it, resulting in a return to the dominant self-narrative (Ribeiro & Goncalves, 2011; Ribeiro, Goncalves, Silva, Brás, & Sousa, 2015).

Previous results using RPMs as empirical markers of ambivalence suggested that: (a) ambivalence is a common process both in poor and good outcome cases independently of the therapeutic modality, and (b) a decrease in ambivalence throughout therapy in good outcome cases, and a maintenance or even an intensification in poor outcome cases (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011; Ribeiro et al., 2015; Ribeiro et al., 2014).

Ambivalence Resolution: The Dominance and Negotiation processes

In this context, ambivalence is an important process in the course of psychotherapy, one that should be properly identified, addressed and, more importantly, resolved, if sustained change is to take place (Miller & Rollnick, 2002).

The Ambivalence Resolution Coding System (ARCS; Braga, Oliveira, Ribeiro, & Gonçalves, 2016) was developed to allow for the study of the processes involved in the resolution of the conflict between opposing positions of the self (i.e., ambivalence). Studies with the ARCS (Braga, Oliveira, et al., 2016; Braga, Ribeiro, & Goncalves, 2016) have proposed that the paralyzing cycle of the meaning making process produced by ambivalence can be surpassed by means of, at least, two different processes:

- 1) The dominance of the innovative position and consequent inhibition of the problematic position.
- 2) The negotiation and engaging in joint action between both positions.

In the dominance process, the innovative position struggles to control the problematic position by affirming the innovative's position authority, in a process which suggests a role reversal: the previously dominated position (the new position) now seems to be the dominating one. In the negotiation process, the conflicting positions seem to be respectfully communicating with one another, promoting a dynamic flow between opposites, rather than the dominance of one of them (Braga, Oliveira, et al., 2016).

For example, assuming that a given client's problematic position revolves around the theme of guilt, that is, the client constantly feels responsible and takes excessive responsibility for a large range of events happening in his or her surroundings, a dominance type of ambivalence resolution could be: *Now I know that it's not my fault that this relationship did not work, I did everything I could, but he did not.* In this example, the innovative position severely imposes itself unto the problematic position by upholding its authority, producing a role reversal: the

previously dominated position (the new position) is now the dominating one.

On the contrary, an example of the negotiation process could be: *No one has a relationship on his own, so I guess we both are responsible for everything that happened. I think he could have done things differently but again, so could I.* In this case, both positions contribute to the resolution and establish a different kind of relationship: instead of the previously confrontational one, they now seem to considerably communicating and collaborating for the meaning-making process.

In the ARCS, these examples constitute what the authors name *micro-resolutions*, that is, *moments when there is an agentic and determined resolution of ambivalence, even if this is a momentary one* (Braga, Oliveira, et al., 2016). These can be expressed in reflections, actions, intentions, etc. It is suggested that it is the repetition of these micro-resolutions throughout treatment that enables the progressive dilution of the paralyzing relationship established between conflicting positions of the self that characterizes ambivalence.

Both dominance and negotiation processes of ambivalence resolution have been found in different psychotherapeutic approaches (Cognitive Behavioral, Therapy, Narrative Therapy and Emotion-Focused Therapy) (Braga, Ribeiro, et al., 2016) and clear progression tendencies have been shown, independently of the specific intervention models. Firstly, the dominance of the innovative position seems to be the most frequently used process of ambivalence resolution throughout treatment. However, while in recovered cases the dominance process tends to be less frequent and negotiation is gradually more common as treatment evolves, in unchanged cases this apparent gradual shift between dominance and negotiation does not seem to happen: Dominance is frequently used from the beginning to the end of treatment and negotiation is scarce at any stage of therapy.

These results are theoretically coherent with studies that have been suggesting an increasing integration of opposing elements of the self along the therapeutic process. For example, the assimilation model (Stiles et al., 1990; Stiles et al., 1991) suggests that successful psychotherapy cases tend to follow a pattern of change in which the problematic position is gradually incorporated in the community of voices. Consistently with the assimilation model, in the innovative moments' model, reconceptualization IMs are related with successful psychotherapeutic processes. Reconceptualization is a form of insight in which a common language between the problematic and the innovative positions enables the dialogue between positions rather than a trial of strength between them. Finally, in Emotion-Focused Therapy (Greenberg & Watson, 1998) empty chair and two chair techniques enable the client to enact internalized positions of the self, promoting the dialogue between positions in order to enable emotional processing and integration and thus a more adaptive emotional experience.

In conclusion, studies on ambivalence resolution seem to suggest that, in order for ambivalence to be successfully resolved, (a) dominance is a very important process, probably because, at least in an initial stage, the innovative position needs

to win some ground in order to grow and consolidate itself and, due to the problematic position's heavy authority, this can only be achieved by means of some harsh control of its power; (b) negotiation needs to enter the process at some stage, and grow in frequency as sessions develop, as sustained change means that the innovative position is not only well established, but is also capable of adapting and communicating with other important aspects of the self, promoting a flexible and dynamic self-narrative.

Case Illustration

Jan (pseudonym), a 42-year-old woman, participated in a randomized clinical trial where she was randomly assigned to Emotion-Focused Therapy (EFT) and seen for sixteen sessions (Greenberg & Watson, 1998). This is a psychotherapy case that has been used in several studies (Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2014) and used by Greenberg and Goldman (2010) to illustrate the therapist's task of case formulation in EFT (Honos-Webb et al., 1999).

The client comes to therapy referring feeling depressed, with frequent episodes of compulsive crying, without any apparent reason, and presenting psychosomatic symptoms (hives and difficulty swallowing):

"I've been feeling quite depressed, I think, most of my life, but this has been a particularly bad year and I lost a few people who were close to me and helped me in my personal life..." (Greenberg & Goldman, 2010, p. 396)

[...]

Client: *I tend to start crying right away*

Therapist: *mm-hm*

C: *like, as I mentioned on the form, I have no control over - my crying (sniffs)*

[...]

C: *I was having a lot of - I break out in hives*

T: *uh-huh*

C: *and I was having an attack that had been going on and on for about - I guess was about five, six weeks*

T: *mm*

C: *and it was really getting worse and worse, and um - I've been trying so many things with my own doctor and medication and it wasn't really helping*

T: *mm-hm*

C: *and they're always telling me that it's due to stress and whatever...*

Being a daughter of quite absent parents, Jan always felt closer to her three sisters. After a problematic childhood and adolescence, she married when she was twenty years-old with a man with whom she had two children. She divorced after 5 years during which she and her children were physically abused by her husband.

Before long, she married for the second time and had been married for 15 years at the time she entered therapy.

She refers that her sisters have always been very important to her since they were her main source of support however, she also described herself as a protective figure since she was the eldest of four daughters.

C: - *I remember the first time I had gone to a - this goes back years and years, I had gone to a movie and at that time they used to draw tickets, they had matinees for Saturday afternoon for children - and my ticket was drawn - and I had won a doll*

T: *mm*

C: *and I was so proud of it, it was the first doll that was ever store bought or whatever, because I used to make myself rag dolls - when I was younger - and I brought it home, and I was ten years old (sniff) - and I brought it home and I was so proud of it - and sh- my sister, you know, saw it and she liked it and she started to cry. She wanted it. My mother took it away from me and gave it to her - she said I was too old to - play with dolls*

T: - *so kind of snatched it - right from you - and gave it to her - - - and*

C: *and+*

T: *it was your doll - you'd won it*

C: - - *and all of my life I remember things like that happening, yet if you speak to my sister about it - she feels that - I got everything because I was - the older one*

T: *mm*

C: *and I got first choice on everything and*

T: - *so she has her own story*

C: *well, everybody I guess interprets it*

T: *+mm-hm*

C: *you know, two different people - will describe an action in their own way*

T: *it sounds like you ah - - you really felt - as if she was - a favorite - and you were kind of the second - person*

C: *well, I was the oldest one, and it was - my responsibility to look after them*

At the moment that she came to therapy, Jan's marriage was passing through several difficulties, mainly due to financial problems that her husband wouldn't share with her, which made her very uncomfortable. However, she always tried to deal with it alone in order not to worry her husband:

C: *mm-hm - - well, my husband and I are at some - really difficult financial setbacks in the last couple of years*

T: *mm-hm*

C: *and he's not - - he's keeping things bottled in*

T: *mm-hm*

C: - *and I'm sure that it's not- it must be things that he's not dealing with and by us not talking about it - and I don't want to press the point thinking*

that I'm going to make him feel - guilty, or - - make him feel worse

T: *mm-hm*

C: *so I - leave the issues alone*

T: *so you don't want to sort of turn on that ground, eh? 'cause you think you'll upset him. so you keep it to yourself*

C: *mm-hm*

Throughout the first session Jan describes herself as a controlling person, assuming virtually all responsibilities related to her family, her marriage and her working place. She refers feeling the need to please and help others, relegating her needs and feelings to the offstage:

C: *I, over the years - I have (sniffs) guess this image of myself as super, you know, superwoman*

T: *mm*

C: *to be able to do everything and hold down a full-time job, a part-time job and look after all the house work and the cleaning and the cooking and everything else and doing a lot of volunteer work in our church at the same time, so*

In this sense, and right from the beginning of therapy, Jan's problematic self-narrative clearly revolved round the notion "I need to be a superwoman". This rigidified structure implies the necessity to be strong, independent, and also her need to please and receive approval from others. As suggested by Honos-Webb et al. (1999) these needs can be conceptualized as strategies to suppress feelings of vulnerability once she cannot acknowledge her own needs and weaknesses.

Very early in therapy, she presented some movements towards change, towards a new self-narrative that implied the acknowledgement of her own needs, the importance of feeling loved and the notion that she could not be held responsible for everything that happened in her daily life:

T: *hmm... it sounds like it must be really hard to cope with the day to day things, like you mentioned, your work*

C: *it's getting more difficult. I actually took a step the other night and I let my husband know that I thought that my work load was a lot more than his was and that we should share our things more evenly and he thought that was a good idea and for me to write out all the things that need to be done around the apartment, which I did, and then he said he would look at it.*

(movement towards change)

However, these movements were often canceled by Jan's need to please and receive approval from others, leading to an impasse:

C: *[...] he thought it was a good idea to hire somebody to help out*

T: *mm-hm*

C: *because it's a- it's a drain - - he doesn't seem to find the time to do his*

share - and I resent, you know, I will only sometimes I'll do my share and do his also

T: *mm*

C: *but then I resent having done it*

T: *mm, so you do it*

C: *so now I'm not doing it also so I'm not doing his share or mine*

T: *mm-hm*

C: *and it's get- the messiness is getting to me*

T: *mm-hm*

(movement away from change)

At the initial stages of therapy, Jan tended to resolve ambivalence essentially through the dominance of the innovative position and consequent inhibition of the problematic position. The following examples illustrate this process:

C: *I can't be loved by everybody*

T: *mm-hm*

C: *It's a fantasy where, you know, ah you live in a world where everybody loves you and ador- you know, and likes you and ah, you get along well with everybody*

T: *it sounds like...*

C: *that's not realistic. (session 3)*

[...]

C: *so I lost my cool and yelled at everybody*

T: *you did, eh?*

C: *told them I was not really too pleased with it!*

T: *mm (session 4)*

In the first example, Jan acknowledges that she “can't be loved by everyone” and that trying to be loved by everyone is based on a fantasy. This affirmation represents a dominance of the innovative position since it is a clear and decisive movement away from the need to be approved by everyone that is instigated by the problematic position. In the second example, this process is acted out, since Jan “loses her cool” and yells at everybody, expressing her thoughts and needs in the most blatant way. This is considered a dominance process of resolution since the client resolves the tension between wanting to be a *superwoman* and also wanting her needs to be met by overtly expressing her needs in a way that completely dismisses the problematic position's desire to be able to take control of everything, and to do it without disturbing anyone.

In contrast with what happens in the beginning of therapy, by the middle and final stages of therapy, the process of ambivalence resolution is gradually more characterized by a symmetrical relationship between positions of the self. The following are examples of the negotiation process:

C: *I said: I'm starting to like myself a lot more so it's not that important, you know, I'm not saying that it's not that important that people like me*

but I don't feel I have to buy it with...

T: *right*

C: *you know...*

T: *right (session 15)*

[...]

C: *yeah, well I guess I had to more or less look at myself, what I had become and did I want to continue being that way. Sort of go through it in my head: what it is that I want for myself and what's the best way to get this, and how to approach it. I don't want to come across as gang busters, you know, and ah, you know, make things worse.*

T: *mm-hm*

C: *Because, the changes I've been going through are also changes for him, because he's seeing a new side of me that he hasn't seen before and as much as it's positive for me, he might see it in a negative way. Because he might feel threatened because I'm more positive and assertive*

T: *mm, I see, kind of too much of a shift in the other way*

C: *Yes, you know, so I don't want it to get to the point where... again I'm sort of going to hold back to protect him - because that's not what I want to do - but I want to approach it in a way that is clear in my mind.*

In the first example, Jan says that because she likes herself more, it is not that important that people like her. But, at the same time, she says that this does not mean that it is not also important for her that people still like her, it's just that she is not going to do anything to "buy" this appreciation. This is a negotiation process because both position's concerns are taken into account in a not mutually exclusive manner: it is possible to like and take care of herself and, at the same time, to be loved by others. Both aspects are important for her, the crucial change here is the abandonment of the (problematic) effort she used to put in being loved.

In the second example, once again both positions are taken into account in the meaning making process since on the one hand, Jan wants to keep being more assertive with her husband but on the other hand, she does not want to come across as "gang busters" because she acknowledges that the changes she has operated in herself will also impact on her husband. Thus, although she does not want to go back to hold herself back to protect him, it is also important to her to be assertive in a way that takes his position into consideration.

Besides being a good case to illustrate the process of ambivalence, Jan was one of the most successful psychotherapeutic processes in the EFT condition. For example, Jan's score on the Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Brown, 1996) improved from 30 at the beginning of the therapy to 5 after treatment and the gains were maintained at 18-month follow-up (Honos-Webb et al., 1999; Leiman & Stiles, 2001).

Final Remarks

Jan’s case clearly illustrates the importance of overcoming ambivalence in order to achieve an effective change. In Figure 2 we can see some examples of movements towards change (IMs: “... *I let my husband know that ... we should share our things...*”) and how those instances were systematically interrupted by movements away from change (RPMs: “... *but then I resent having done it...*”), resulting in impasse and the maintenance of a problematic stability (anchored on the self-narrative: “*I need to be a superwoman*”). The tension produced by these movements, like two vectors in opposite directions (Abbey & Valsiner, 2005) was only resolved after several moments where more power was given to an alternative self that dominated or negotiated with the problematic one (in the figure 2, a dominance process is illustrated: “*I can’t be loved by everybody... It’s a fantasy...*”). The whole process led to higher levels of flexibility and to the emergence of a new, more adaptive, self-narrative: “*It’s possible to like and take care of myself and to be loved by others*”, associated with an effective change.

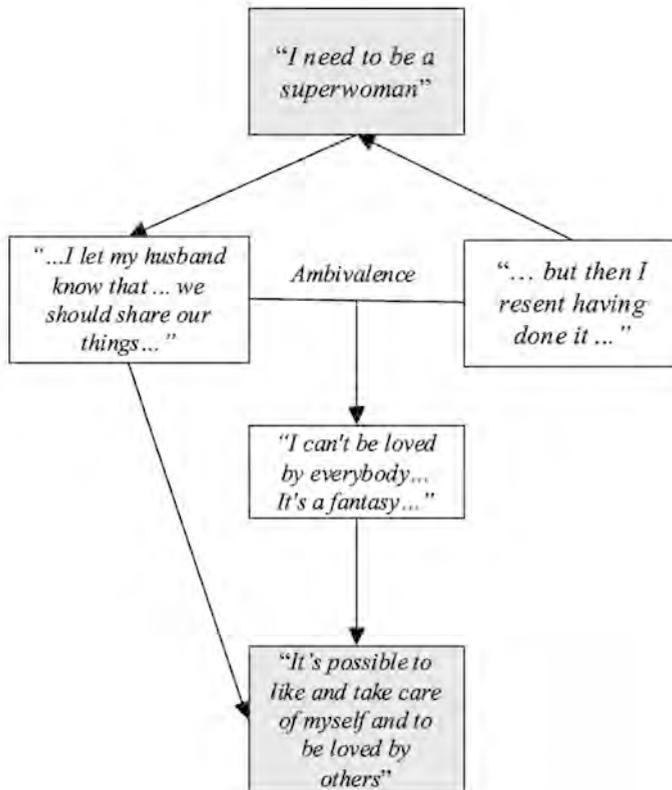


Figure 2.
Conceptualization of Jan’s ambivalence.

A comprehensive approach to ambivalence is the first step in dealing with it in a proper manner throughout therapy. In Table 1 we suggest ten steps that may guide therapists in conceptualizing their clients' ambivalence. Despite some of them being close to specific intervention techniques (e.g., 10. Promote dialogue between the identified voices), it is not our intention with this article to focus on such strategies. Our proposal integrates some elements from different approaches to ambivalence (e.g., Engle & Arkowitz, 2006; Lewis & Osborn, 2004; Polster, 1995; Sato, Hidaka, & Fukuda, 2009) and some steps can be answered using well-established techniques like Two-Chair Work (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Perls, Hefferline, & Goodman, 1951). In this sense, therapists from different approaches can use this approach.

Table 2
Guidelines to conceptualize client's ambivalence in psychotherapy

-
1. Define and gather information about the client's problematic self-narrative;
 2. Define an alternative, more adaptive, self-narrative;
 3. Identify movements towards change;
 4. Identify movements away from change;
 5. Conceptualize these oscillatory movements as a dialogue between voices;
 6. Present both identified voices to the client (towards and away from change);
 7. Isolate each voice and explore them separately;
 8. Express validation regarding each voice;
 9. When present, identify the processes used by the client to overcome ambivalence;
 10. Promote the dialogue between the identified voices.
-

Revisiting the metaphor we have been using since the beginning of the article, climbing is carried out with the support of another person belaying from the ground, who identifies different ways to proceed and goes with both moments of progression and setbacks. In a psychotherapeutic process, the therapist should be able to early identify the presence of ambivalence, promote the knowledge of different perspectives that are in conflict (here conceptualized as voices) and constantly validate each one of them in order to clarify their existence to the client and decrease the emergence of resistance to change.

Bibliographic references

- Abbey, E., & Valsiner, J. (2005). *Emergence of Meanings Through Ambivalence*. Paper presented at the Forum: Qualitative Social Research.
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2013). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research, 24*(1), 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence and innovative moments in grief psychotherapy: The cases of Emily and Rose. *Psychotherapy, 51*(2), 308-321. doi:10.1037/a0031151
- Arkowitz, H., & Lilienfeld, S. O. (2007). Why Don't People Change? *Scientific American Mind, 18*(3), 82-83.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 133-142. doi:10.1002/jclp.20753
- Boutin, C., Dumont, M., Ladouceur, R., & Montecalvo, P. (2003). Excessive Gambling and Cognitive Therapy: How to Address Ambivalence. *Clinical Case Studies, 2*(4), 259-269. doi:10.1177/1534650103256297
- Braga, C., Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2016.1169331
- Braga, C., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). *Ambivalence resolution in psychotherapy*. Manuscript in preparation.
- Button, M. L., Westra, H. A., Hara, K. M., & Aviram, A. (2014). Disentangling the Impact of Resistance and Ambivalence on Therapy Outcomes in Cognitive Behavioural Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*(1), 44-53. doi:10.1080/16506073.2014.959038
- Callard, F. (2014). Psychiatric diagnosis: the indispensability of ambivalence. *Journal of Medical Ethics*. doi:10.1136/medethics-2013-101763
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy; an analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Eells, T. D. (2011). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). New York.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2007). Viewing Resistance as Ambivalence: Integrative Strategies for Working With Resistant Ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*. doi:10.1177/0022167807310917
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research, 22*(4), 389-401. doi:10.1080/10503307.2012.662605
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010). Innovative Moments and Change in Emotion-Focused Therapy: The Case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology, 23*(4), 267-294. doi:10.1080/10720537.2010.489758
- 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. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research, 1-11*. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 21*(1), 27-40. doi:10.1080/10503307.2010.507789
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. (2010). Case formulation in Emotion-Focused Therapy *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 379-411). New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210-224. doi:10.1093/ptr/8.2.210

- Hagedorn, W. B. (2011). Using Therapeutic Letters to Navigate Resistance and Ambivalence: Experiential Implications for Group Counseling. *Journal of Addictions & Offender Counseling, 31*(2), 108-126. doi:10.1002/j.2161-1874.2011.tb00071.x
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*(4), 448-460. doi:10.1037/0022-0167.46.4.448
- Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V., & Chuen Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag, 4*(1), 269-286.
- Kaplan, K. J. (1972). On the ambivalence-indifference problem in attitude theory and measurement: A suggested modification of the semantic differential technique. *Psychological Bulletin, 77*(5), 361-372. doi:10.1037/h0032590
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51. doi:10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Leahy, R. L. (2012). *Overcoming resistance in cognitive therapy*: Guilford Press.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*(3), 311-330. doi:10.1093/ptr/11.3.311
- Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-Focused Counseling and Motivational Interviewing: A Consideration of Confluence. *Journal of Counseling & Development, 82*(1), 38-48. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00284.x
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2002). Narrative Structure in Psychosis: Schizophrenia and Disruptions in the Dialogical Self. *Theory & Psychology, 12*(2), 207-220. doi:10.1177/0959354302012002630
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York, NY, US: Basic Books.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*(1), 68-80. doi:10.1080/10503300802430657
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioral change: Reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology, 63*(12), 1217-1229. doi:10.1002/jclp.20424
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Goncalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: how is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychother Res, 20*(6), 692-701. doi:10.1080/10503307.2010.514960
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Montesano, A., Gonçalves, M. M., & Feixas, G. (2015). Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy Research, 1-16*. doi:10.1080/10503307.2015.1080874
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. B. S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 270-376). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press.
- Polster, E. (1995). *A population of selves: A therapeutic exploration of personal diversity*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Ribeiro, A. P., & Goncalves, M. M. (2010). Commentary: Innovation and Stability within the Dialogical Self: The Centrality of Ambivalence. *Culture & Psychology, 16*(1), 116-126. doi:10.1177/1354067x09353211
- Ribeiro, A. P., & Goncalves, M. M. (2011). Maintenance and transformation of problematic self-narratives: a semiotic-dialogical approach. *Integr Psychol Behav Sci, 45*(3), 281-303. doi:10.1007/s12124-010-9149-0
- Ribeiro, A. P., Goncalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in Narrative Therapy: A Comparison Between Recovered and Unchanged Cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1945

- Ribeiro, A. P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research, 24*(6), 702-710. doi:10.1080/10503307.2013.879620
- Rowa, K., Gifford, S., McCabe, R., Milosevic, I., Antony, M. M., & Purdon, C. (2014). Treatment Fears in Anxiety Disorders: Development and Validation of the Treatment Ambivalence Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 70*(10), 979-993. doi:10.1002/jclp.22096
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative and the root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Sato, T., Hidaka, T., & Fukuda, M. (2009). Depicting the Dynamics of Living the Life: The Trajectory Equifinality Model. In J. Valsiner, M. P. C. Molenaar, C. D. P. M. Lyra, & N. Chaudhary (Eds.), *Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences* (pp. 217-240). New York, NY: Springer US.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(3), 411-420. doi:10.1037/0033-3204.27.3.411
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*(2), 195-206. doi:10.1037/0033-3204.28.2.195
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist, 62*(8), 857-873. doi:10.1037/0003-066X.62.8.857
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*: Routledge.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*: WW Norton & Company.

WHAT IS AN EVIDENCE-BASED CASE FORMULATION?

Tracy D. Eells

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, EEUU

This article was published in Spanish. This is the English version.

Link to the Spanish version: (<http://revistadepsicoterapia.com/rp104-04.html>).

How to reference this article:

Eells, T. D. (2016). ¿Qué es una Formulación de Caso Basada en la Evidencia? [What is an evidence-based case formulation?]. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 47-57.

Resumen:

Este trabajo plantea y responde a la pregunta acerca de '¿Qué es una formulación de caso basada en la evidencia?' Trata de arrojar luz sobre el tema proponiendo tres criterios clave, que cualquier terapeuta puede tener en cuenta a la hora de valorar desde esta perspectiva un modelo de formulación de caso (FC) concreto, o al tomar en consideración su propia práctica: El primero, relativo a la fundamentación de la hipótesis central de la formulación en una teoría con apoyo en una evidencia sólida y relevante; el segundo, relativo a las características del razonamiento en el que se basa el juicio que nutre la formulación; y el tercero, relativo al grado en que el proceso de formulación se ha apoyado en un sistema o modelo de FC estructurado. Además, se revisan los antecedentes de la FC basada en la evidencia como parte de la Práctica Basada en la Evidencia en Psicología (PBEP), se discute qué se considera una evidencia adecuada en FC, y se ofrece un marco de trabajo sistemático y basado en la evidencia para esta tarea.

Palabras clave: Formulación de caso, Psicología basada en la Evidencia, Psicoterapia

Abstract:

This work posits and answers the question about 'What is an evidence-based case formulation?' It tries to shed some light on the topic by proposing three key criteria that any therapist could follow to assess a particular model of case formulation (CF), or when taking into consideration his or her own practice: The first criterion relates to the grounding of the CF's core hypothesis on a theory supported by a solid and relevant evidence; the second criterion relates to the features of the kind of reasoning, in which the clinical judgement that nurtures the formulation is based; and the third criterion, that relates to the extent in which a given formulation is founded on a structured model of CF. Furthermore, the background of evidence-based CF as a form of Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) is reviewed, as well as what constitutes appropriate evidence in CF. An evidence-based, systematic framework for CF is also provided and explained.

Keywords: Case Formulation, Evidence-Based Psychology, Psychotherapy

Received: 05/30/2016. Accepted: 06/15/2016.

Correspondence:

E-mail: tracy.eells@louisville.edu

Postal address: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, 550 S Jackson St, Louisville, KY 40202, Estados Unidos, Tlfno:+1 502-852-1937.

© 2015 Revista de Psicoterapia



The idea of an “evidence-based” case formulation (EBCF) may sound oxymoronic initially since a case formulation is essentially a hypothesis. It is the therapist’s inferences about the causes, precipitants and maintaining influences of a person’s psychological, interpersonal, and behavioral problems (Eells, 2015). In contrast, “evidence” refers to something empirical not theoretical. However, just as ideally a hypothesis in an experimental design is based on a combination of theory and evidence, so may a case formulation. In this paper, I propose three criteria to consider when evaluating whether a case formulation is evidence-based. First, a case formulation may be considered evidence-based if the hypothesis offered is based on theory with sound and relevant supporting evidence, whether from the psychotherapy research literature or the psychological research literature more broadly. Second, since clinical judgment is involved, a case formulation may be considered evidence-based if empirically based reasoning skills were followed in developing the formulation. Third, a formulation is evidence-based if it is systematically developed following a structured format that facilitates the presentation and evaluation of relevant information. I begin with some background and perspectives on the concept of evidence-based practice in psychology.

Background and Perspectives on EBCF

In 2005 the American Psychological Association (APA) published a task force report on evidence-based practice in psychology (EBPP) (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). EBPP is defined as “the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences” (p. 273). The report asserted that EBPP “promotes effective psychological practice and enhances public health by applying empirically supported principles of psychological assessment, *case formulation*, therapeutic relationship, and intervention” [italics added] (p. 271). The task force gives high priority to case formulation; indeed, one could consider systematic case formulation as at the center of EBPP. As stated in the report, “Although clinical practice is often eclectic or integrative. . . , and many effects of psychological treatment reflect nonspecific aspects of therapeutic engagement . . . , psychologists rely on well-articulated case formulations, knowledge of relevant research, and the organization provided by theoretical conceptualizations and clinical experience to craft interventions designed to attain desired outcomes” (p. 278).

The task force’s discussion of EBPP helps advance our understanding of EBCF. As noted, EBPP entails the integration of three major components: best available research, clinical expertise, and patient characteristics. Case formulation may be considered a form of clinical expertise since it is the structure that contains the integration of these components. The task force prescribed specific desirable features of a case formulation for it to be consistent with EBPP and to reflect expertise. It should be “systematic” (p. 276), “planful” (p. 278), “clear and theoretically coherent” (p. 276), and should “assess patient psychopathology as

well as clinically relevant strengths, understand complex patient presentations, and make accurate diagnostic judgments” (p. 276). According to the APA task force, “EBPP articulates a decision-making process for integrating multiple streams of research evidence—including but not limited to [randomized clinical trials] RCTs—into the intervention process” (p. 273). A systematic, well-planned case formulation provides a structure for this task. With the APA’s concept of EBPP in mind, we now explore some specific perspectives on evidence-based case formulation.

Luborsky’s (1977; Luborsky & Barrett, 2007) Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) may be the original and best example of a systematic, structured and evidence-based approach to case formulation. The CCRT is a method for case formulation and a tool for psychotherapy research that involves careful parsing of psychotherapy transcripts to identify the patient’s core relationship conflict, specifically, the patient’s wishes, responses of others to those wishes, and the patient’s responses to the responses of others. Once identified, the CCRT remains consistent through time, across different relationships and throughout therapy; it also predicts therapy outcome and symptom onset, and specific CCRTs are associated with specific diagnoses and defense styles (Luborsky & Barrett, 2007; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

Kuyken and colleagues (Bieling & Kuyken, 2003; Kuyken, 2006; Kuyken, Padesky, & Dudley, 2009) describe EBCF from the cognitive-behavioral therapy (CBT) perspective as “the crucible where the individual particularities of a given case, relevant theory, and research synthesize into an understanding of the person’s presenting issues in CBT terms which then informs the treatment” (Kuyken, 2006, p. 12). They examined the extent to which CBT case formulation can accurately be described as evidence-based. From the “top down” perspective, they explored whether the theory underpinning CBT formulation is empirically supported. From the “bottom up” perspective, they asked questions about the impact, process, and utility of CBT case formulation. These refer to issues such as the reliability of case formulations, their incremental validity and contribution to outcome, cross-validation issues, cost-effectiveness, and the relevance of case formulation to patients’ experiences. Kuyken and colleagues’ review of EBCF from the CBT perspective is mixed but generally positive and a paucity of evidence is noted.

Also from the CBT perspective, Persons (2008) described a case formulation approach that places empirical evidence at its center. For example, when inferring an explanatory mechanism of an individual’s problems, she proposed that the default explanation be the implicit formulation underlying empirically supported treatments (EST). This default explanation should be modified only as warranted by the specifics of the individual’s case. For example, the individual may present with problems for which an EST has not been developed, or the individual may have a host of problems for which ESTs exist but none for the specific combination of problems, or the individual may have moderating factors requiring clinical attention, including poverty, unemployment, or physical disability or disease. Under these

circumstances, Persons advises developing mechanisms based on empirically supported basic cognitive and behavioral principles, such as Aaron T. Beck's cognitive theory, attribution theory, mindfulness theory, and operant and responding conditioning. She also advises drawing from well-supported theories of emotion.

An additional perspective of evidence-based case formulation is offered by Fishman (1999) from the context of pragmatic psychology, which he contrasts with positivistic psychology. Fishman proposes a strategy of "disciplined inquiry" that begins with the individual, continues with an assessment, and then leads to a formulation combining experience, research and a guiding conception as they apply to the specific individual's case. An action plan is developed and monitored, with adjustments made as needed. Fishman (2002) envisions a research strategy moving "from single case to database", with each case contributing to an ever accumulating, accessible, indexable, and pragmatic knowledge base about psychotherapy processes and outcomes. Fishman has explored and expanded this idea through the development of the online journal, *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* (<http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp>), which he edits. Each case presented in the journal includes a systematic case formulation that is developed based on theory and evidence, and serves as the basis for interventions which are then described and evaluated. The contribution of the formulation to the outcome is also assessed.

The perspectives on EBCF just described share multiple related features. First, they call for the use of a case formulation as a structure in which theory, evidence, clinical expertise and the idiographic circumstances of a single individual with distinct problems at a particular time and in a specific cultural and social context, all come together to create an integrated and coherent explanation that guides treatment. Second, they call for a systematic construction of case formulations and using these formulations as a primary guide to conducting psychotherapy. Third, they are practical and patient-centered while also scientifically based. Since EBCF requires a systematic process of sifting and selecting evidence, it leads to the question: What constitutes appropriate evidence in a case formulation? It is to that question that I now turn.

What Constitutes Appropriate Evidence in a Case Formulation?

Evidence for a case formulation can be of many types and come from multiple sources, including patient self report, psychometric instruments, psychotherapy process and outcome research, psychopathology research, and epidemiological findings (Eells, 2015; Eells & Lombart, 2011). Other sources are therapist intuitions, expert advice, remembered experiences from previous patients, and the therapist's experience of the patient in the consultation room. Although these are not all equally valuable in every circumstance, no consensus exists on what constitutes appropriate evidence for a case formulation. For this reason, and since case formulation always involves making inferences and forming hypotheses to be tested, it is helpful to view evidence in relative terms—as more or less probative—than categorically as valid or

invalid. Therefore, drawing from their knowledge base and taking into account potential systematic biases in judgment, which are discussed in the next section, therapists might think of an evidence continuum, one end representing strong forms and the other weaker forms. At the former end, one could imagine compelling outcomes from empirically supported treatments, well-demonstrated and general mechanisms underlying forms of psychopathology, powerfully predictive epidemiological data, or well-documented and replicated findings about basic psychological processes, for example, the age at which reliable autobiographical memories can be formed. At the other end of the continuum one might place a therapist's hunches or intuitions. These might offer valuable insights that could be tested, but in themselves might not be described by most observers as evidence-based. Between these two end points might be included data such as psychological test findings, remembered examples of similar cases, rating scale results, a patient's narrative of a relationship episode, a dream account, a thought record, a patient's account of automatic thinking or an assertion by the patient or therapist that a thought is a core belief. Criteria for placing a type of evidence along the continuum could include consistency with well-established outcome and process studies; consistency with well-established knowledge about psychopathology, personality development, and cognition; plausibility in terms of base rate knowledge; as well as factors such as internal consistency, parsimony, and comprehensiveness. Of course, obtaining the patient's view of the formulation is also important in evaluating it.

Sound Reasoning as a Criterion of an Evidence-Based Case Formulation

Since formulation involves clinical judgment in applying theory and evidence to a specific case, it is critical that such judgments be sound. In the last several decades, cognitive science researchers have identified systematic errors in reasoning and judgment that affect everyone, and may adversely affect how a therapist conceptualizes patients. Kahneman (2011) attributes these reasoning errors to the interaction of two well-researched cognitive systems, which he calls "System 1" and "System 2." System 1 is automatic, effortless, quick, impulsive, and intuitive. It is the system responsible when a therapist concludes a patient is depressed or "borderline", based on a quick interaction. In contrast, System 2 involves intentional efforts to apply inductive or deductive reasoning and logic to solve a problem. System 2 is deliberate, slow, effortful, and systematic, but requires a considerable expenditure of concentration and attention. System 2 is involved when a therapist compares a patient's symptoms with a set of diagnostic criteria and weighs whether or not each criterion is part of the clinical presentation. System 1 tends to dominate cognition since it is less taxing, but we need System 2 as a check on System 1. The two systems operate in an uneasy alliance to produce patterns of heuristic thinking that allow us to make quick decisions that may often be adequate, although not optimal. One example is the "availability heuristic", which is based on the principle

that we make judgments based on information that most easily comes to mind. As applied to case formulation, the availability heuristic may lead therapists to overvalue their own personal experience or impressions and undervalue objective, empirical evidence. For example, a therapist may tend to agree with a patient who compellingly asserts through tears and anger that she is the victim of satanic ritual abuse, when other explanations are readily available and despite evidence that base rates of such abuse are diminishingly low. Another example is the “representative heuristic”, which is a mental shortcut based on the principle that “like goes with like.” For example, one might infer that all victims of child sexual abuse have borderline personality disorder and are significantly damaged in their capacity for love and intimacy. Such a conclusion would fail to acknowledge evidence that many – although clearly not all – victims of child sexual abuse find success in life and love (Rind, Tromovitch, & Bauserman, 1998, 2001). Elsewhere, I describe additional examples of heuristic thinking that can lead to errors in to psychotherapy case formulation (Eells, 2015).

An Evidence-Based, Systematic Framework for Case Formulation

Figure 1 presents a framework for evidence-based, case-formulation-guided psychotherapy. It adapts Fishman’s (1999) disciplined inquiry approach to research and is designed to be simple, practical, stepwise, adaptable to patients of all degrees of complexity and adaptable to multiple theories of psychotherapy and sources of information. For a full description of the model, see Eells (2015). As shown, formulation occurs after initial information gathering and prior to providing treatment; in practice, of course, one moves fluidly among these steps. Information gathering is the first step in any form of psychotherapy and usually involves a standard intake interview (Morrison, 2008). The therapist might also gather information with symptom measures, psychological tests, reports from family members of the patient, and review of medical records or records from previous psychological treatments. All this information serves as input to develop the formulation.

The formulation step has four major components. First is the collaborative identification of a comprehensive problem list that includes symptoms, signs, and problems in living, including how the patient functions interpersonally and in society. It is important to know whether any “red flags” are present since they require immediate attention. These include suicidality, homicidality, neglect, substance abuse, and domestic violence.

The second component is diagnosis, which despite the reliability problem (Regier et al., 2013) is included for at least four reasons: First, most treatment protocols are designed for individuals with specific diagnoses. Knowledge of diagnosis, therefore, helps the clinician select treatment interventions. Second, since treatment models contain implicit formulations and are linked to diagnoses, diagnosis can provide an initial direction in developing an explanatory hypothesis.

Third, diagnosis facilitates communication among mental health professionals. Fourth, diagnosis is often a practical necessity in order to bill and collect for one's services.

The third component of the general formulation model, developing an explanatory hypothesis, is where multiple theoretical and evidentiary sources come to bear on a specific individual. Multiple explanatory hypotheses can often be proposed for a set of problems. There may not be a single correct explanation. Rather, the power of the explanatory hypothesis is evidenced primarily in its practical application. Experts develop explanatory hypotheses that are adequately comprehensive in explaining items on the problem list, sufficiently elaborated and complex in linking together multiple facets of the individual's functioning, coherent and internally consistent, precise in the use of language, and based on a systematic approach to formulation (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, & Lucas, 2005). Although the explanatory hypothesis could have multiple and varying components depending on the specific model one is following, I suggest that five components be included in all formulations. First, consider *precipitants*. These are events, stressors, experiences, or appraisals that trigger symptom onset or the hypothesized mechanism that leads to symptoms. Second, provide an account of the *origins* of the proposed mechanism. This can include a hypothesized learning history that led to the individual's vulnerability to the problems. Alternatively, it can include traumas or empathic failures that hurt the person, genetic or other biological vulnerabilities, or contributing cultural factors. Third, consider the individual's personal *resources* or strengths. These can be used to marshal hope, motivation, and leverage to recover. Examples of resources include unimpaired areas of functioning, pre-morbid functioning, intelligence, inferred level of psychosocial development, social support, capacity for pleasure, and sense of humor or irony. Fourth, consider *obstacles* that may interfere with a successful treatment outcome. These can be quite varied. Examples may include primitive or image distorting defense mechanisms, dichotomous thinking patterns, intolerance of ambiguity, poor social skills, financial problems, or a lack of social support. Finally, a *core hypothesis* is offered to succinctly capture the therapist's and patient's collaborative understanding of the mechanism that is generating problems. The hypothesis is based on well-established theories of psychotherapy and psychopathology.

The final step in the EBCF framework is that of treatment planning, which links the explanatory hypothesis to treatment intervention. The treatment plan should flow directly and logically from the prior formulation steps and should be well-elaborated and sequenced. Figure 1 suggests beginning with some "set point" considerations, all of which have empirical support as factors influencing outcome in psychotherapy (Norcross, 2011). Finally, long- and short-term process and outcome goals are identified and interventions are planned to achieve them.

Once the formulation is developed, it should be tested in treatment and revised, especially if the treatment is not succeeding. The feedback loops in Figure 1 depict

the process of regularly monitoring, testing and assessing problems and progress.

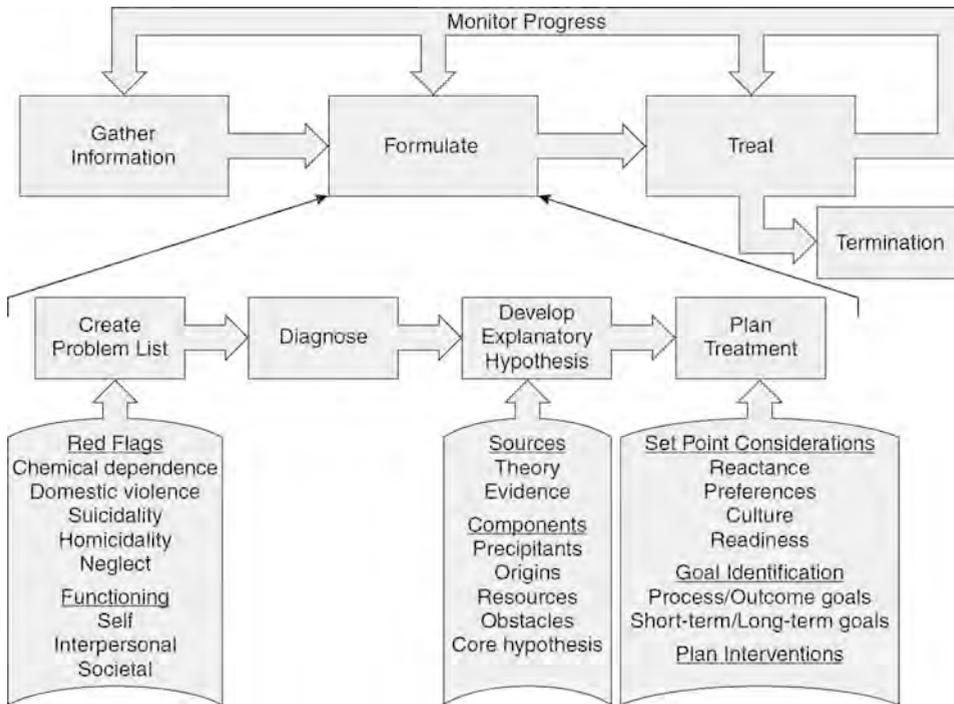


Figure 1.

Framework for Evidence-Based, Case-Formulation Guided Psychotherapy

Why Practice Psychotherapy Using EBCF?

What justifies the time it takes a therapist to develop an EBCF? Clearly, it is ethically and pragmatically untenable to treat based solely on one's personal experiences and unexamined intuition. In contrast, empirically supported treatment (EST) models exist for many psychological conditions (Nathan & Gorman, 2007). Would it not be more straightforward to forego formulation and simply employ these models? Elsewhere I provide a number of reasons to support the claim that the EBCF approach is empirically defensible alternative to the empirically supported treatment movement (Eells, 2013a, 2013b). Here, I provide a brief summary of those reasons. First, if both approaches produce comparable outcomes, there is no empirical basis for preferring one over the other. Although the literature is not extensive, it suggests that outcomes may be comparable. Second, the EBCF approach allows the therapist to tailor the treatment to the full set of problems presented by the patient, not solely to the diagnosis that the treatment approach is designed to address. In addition, the therapist's empirical approach is not limited to

a relatively narrow range of evidence when compared to range of empirical findings in psychological literature, including those in the social, developmental, and cognitive sciences. As Persons (2008) advised, when appropriate to the patient's set of problems the relevant EST can be delivered. Finally, since therapists practicing empirically supported treatments likely tailor treatment to meet patient needs as they arise, a false dichotomy likely exists between the EST and EBCF approaches when considering psychotherapy as it is actually practiced.

In this paper, I suggest three basic criteria for considering a case formulation to be evidence based. First, it should be based on theory that has strong empirical support. Second, since clinical judgment is involved, that judgment should be mindful of pitfalls in human decision-making. Third, the process of case formulation should be systematic and structured. When these criteria are met, the therapist can be assured that a sound and empirically justifiable formulation has been developed. Even so, EBCF is more a process than a product, and the case-formulation-guided therapist constantly reconsiders the formulation as new evidence becomes available.

Bibliographic references

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10(1), 52-69.
- Eells, T. D. (2013a). The case formulation approach to psychotherapy research revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 426-447.
- Eells, T. D. (2013b). In support of evidence-based case formulation in psychotherapy (from the perspective of a clinician). *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9, 457-467.
- Eells, T. D. (2015). *Psychotherapy case formulation*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Eells, T. D., & Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. In P. Sturmey & M. McMurrin (Eds.) (pp. 3-32), *Forensic case formulation*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(4), 579-589.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*: New York, NY: New York University Press.
- Fishman, D. B. (2002). From single case to data base: A new method for enhancing psychotherapy, forensic, and other psychological practice. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 275-304.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? In N. Tarrow (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy? The treatment of challenging and complex cases* (pp. 12-35). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). New York: Plenum Press.
- Luborsky, L., & Barrett, M. S. (2007). The Core Conflictual Relationship Theme: A basic case formulation method. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation*. (2nd ed.) (pp. 105-135). New York: Guilford Press.

- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Morrison, J. (2008). *The first interview* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, *170*(1), 59-70.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, *124*(1), 22-53.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (2001). The validity and appropriateness of methods, analyses, and conclusions in Rind et al. (1998): a rebuttal of victimological critique from Ondersma et al. (2001) and Dallam et al. (2001). *Psychological Bulletin*, *127*(6), 734-758.

APORTACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO AL TRABAJO CON MADRES Y PADRES DE NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS EN SALUD MENTAL: EXPERIENCIAS DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

CONTRIBUTIONS OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) IN WORK WITH THE PARENTS OF CHILDREN IN MENTAL HEALTH SERVICES: EXPERIENCES FROM GROUP INTERVENTIONS.

**Mónica Díaz de Neira Hernando, Carmen Vidal Mariño,
Susana González Rueda y Pedro Gutiérrez Recacha**
Fundación Jiménez Díaz, CEP Argüelles, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Díaz de Neira Hernando, M., Vidal Mariño, C., González Rueda, S. y Gutiérrez Recacha, P. (2016). Aportaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso al Trabajo con Madres y Padres de Niñas y Niños Atendidos en Salud Mental: Experiencias de la Intervención Grupal. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 149-165.

Resumen

En la literatura científica se pueden encontrar distintas propuestas de grupos destinados al entrenamiento de madres y padres de niños y niñas con problemas comportamentales, predominando aquéllas que se basan en la Terapia de Conducta. El desarrollo de las Terapias Contextuales ha supuesto un cambio poniendo la meta del tratamiento no en la reducción/eliminación de síntomas, sino en que la persona logre una vida con más significado, usando para ello estrategias de aceptación. En particular, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha aportado una teoría sobre la cognición y el lenguaje, destacando su influencia en la regulación del comportamiento, integrando los valores en el tratamiento y desarrollando estrategias terapéuticas para enfrentarse de forma diferente a las emociones y pensamientos aversivos que funcionan como barreras para el cambio. El presente artículo describe la propuesta de un programa de diez sesiones basado en la ACT así como la valoración que hicieron los participantes de la utilidad del programa al aplicarlo en un Centro de Salud entre los años 2012 y 2015, a un total de 69 familias.

Palabras clave: ACT, Grupos de Padres, Terapia de Conducta, Problemas de Conducta

Fecha de recepción: 04/04/2016. Fecha de aceptación v1: 05/05/2016. Fecha de aceptación v2: 13/06/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: monicadiazdeneira@gmail.com

Dirección postal: Mónica Díaz de Neira Hernando. Fundación Jiménez Díaz, CEP Argüelles, C/ Quintana, 11, 28008 Madrid, España.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Abstract

Scientific literature proposes different training programs for parents of children with behavioral problems, predominantly those based on Behavior Therapy. The development of contextual therapies has meant a turning point, changing the treatment goal from symptom reduction/elimination to the achievement of a more meaningful life by means of acceptance strategies. Specifically, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has provided a theory of cognition and language, highlighting their influence on behavioral regulation, integrating values in the treatment, and developing therapeutic strategies to deal differently with those emotions and aversive thoughts that may be acting as barriers to change. The current work describes the proposal for a 10-session ACT-based training program and reports the results obtained when applied to 69 families in a health center between 2012 and 2015.

KeyWords: Acceptance and Commitment Therapy, ACT, Group-Based Parent Programs, Behaviour Therapy, Behavioural Disorders

Introducción

Hasta la fecha, se han propuesto programas de entrenamiento de madres y padres que parten de diversas orientaciones psicoterapéuticas, destacando los basados en la Terapia de Conducta. El presente artículo se centra en la puesta en práctica de un grupo para madres y padres tomando como base teórica la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Se analizan los resultados obtenidos después de llevar a cabo nueve ediciones del mismo en un Centro de Salud entre los años 2012 y 2015. En el presente artículo se revisarán las distintas perspectivas sobre grupos de padres y madres que se pueden encontrar en la literatura científica; se abordarán, desde una perspectiva histórica, las terapias contextuales, y en particular la Terapia de Aceptación y Compromiso; se analizarán las intervenciones en población infantil desde esta orientación; se describirán los objetivos y las características de la intervención; se presentará la valoración y adherencia al programa de los participantes y finalmente se discutirán las implicaciones y fortalezas de este enfoque.

Los grupos de entrenamiento para madres y padres: perspectivas, propuestas y resultados.

En las últimas décadas se han desarrollado múltiples programas de entrenamiento de madres y padres, que podrían catalogarse dentro de dos grandes orientaciones teóricas diferentes: la aproximación “democrática” o “basada en las relaciones interpersonales” y la aproximación “conductual” (Barlow, Coren y Stewart-Brown, 2002; Richardson y Joughin, 2002). La primera se apoya en teorías humanistas y adlerianas, y basa su intervención principalmente en la comunicación familiar y en los procesos de interacción ocurridos entre los miembros de la familia. En cambio, la aproximación conductual, utiliza técnicas derivadas de las teorías del aprendizaje para que se produzcan cambios comportamentales positivos, realizando las manipulaciones ambientales necesarias (Sanders y Dadds, 1993; Silveira, 1995).

Robles y Romero (2011) describen la revisión de Todres y Bunston (1993), en la que incluyeron 62 trabajos, encontrando en el grupo de programas conductuales mejores resultados que en el de humanistas y el de adlerianos.

Según Marinho y Ferreira (2000), el programa grupal de entrenamiento a padres más ampliamente evaluado ha sido el propuesto por Webster-Stratton (Webster-Stratton, 1994; Webster-Stratton, 1996; Webster-Stratton y Hammond, 1997) que utiliza métodos de aprendizaje por observación del modelo a través de una serie de programas grabados sobre habilidades de los padres. Se trata de un tratamiento “bien establecido” de los 82 estudios revisados sobre tratamiento a niños con problemas conductuales (Brestan y Eyberg, 1998).

En el trabajo de Furlong *et al* (2012), tras revisar sistemáticamente 13 ensayos con un total de 1078 participantes de grupos de crianza grupales cognitivo-conductuales y conductuales para padres de niños con problemas de conducta,

concluyen que el entrenamiento de los padres produjo una reducción estadísticamente significativa en los problemas de conducta en los niños, tanto evaluados por los padres como de forma independiente. Y en la misma línea la revisión de Barlow y Stewart-Brown (2000) muestra que el entrenamiento de padres es efectivo en la consecución de cambios positivos y en su mantenimiento en el tiempo.

El formato grupal de intervención con padres ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de niños diagnosticados de trastornos del comportamiento, habiéndose señalado que: es menos costoso, más eficiente, menos estigmatizante que la intervención individual (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs y Pelham, 2004); favorece las habilidades de organización y reduce el comportamiento oposicionista, disruptivo e inatento en los niños (Korzeniowsk e Ison, 2008; Marinho y Ferreria, 2000); mejora las atribuciones y expectativas respecto a la problemática de los hijos (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003); incrementa la competencia parental autopercebida (Manjón, 2011); aumenta la frecuencia de emisión de estímulos reforzadores por parte de los padres y aumenta significativamente la frecuencia de interacción y de realización de actividades conjuntas padre-hijo (Marinho y Ferreira, 2000). En la revisión de Zwi, Jones, Thorgaard, York, y Dennis (2011), se analizan cinco estudios con 284 participantes que comparan el entrenamiento para padres de niños diagnosticados de TDAH con el tratamiento habitual de facto, encontrando que el entrenamiento para padres puede tener un efecto positivo sobre el comportamiento de los niños y también sobre la reducción del estrés de los padres, mejorando su confianza.

No obstante, a pesar de los resultados favorables de los estudios sobre la eficacia del entrenamiento de padres y madres, las conclusiones no son inequívocamente positivas (Marinho y Ferreira, 2000). Las investigaciones han demostrado que las desventajas socioeconómicas, los conflictos entre la pareja, los problemas conyugales, los progenitores con síntomas depresivos, el aislamiento de los padres, ser madre soltera y la falta de apoyo social, influyen sobre la participación en el entrenamiento (propensión al abandono prematuro del mismo), sobre la magnitud del cambio terapéutico, sobre el mantenimiento de los cambios a lo largo del tiempo y sobre la satisfacción con el programa de intervención elegido (Furey y Basili, 1988; Kazdin, 1997; McMahan y Forehand, 1983; Webster-Stratton, 1991;), exigiendo que sean adoptadas actitudes eficaces para su superación (Marinho y Ferreira, 2000).

Las terapias contextuales: perspectiva histórica.

En la Terapia de Conducta se contemplan actualmente tres generaciones de terapias (Hayes, 2004; Pérez Álvarez, 2006; Luciano y Valdivia, 2006) que se diferencian entre sí en cuanto a sus principios conceptuales y terapéuticos. La primera generación, la terapia de conducta clásica, representó un cambio de paradigma en la psicoterapia tradicional, asentando sus bases en la psicología del aprendizaje. Los procedimientos terapéuticos se basan en el manejo de contingen-

cias para favorecer el cambio conductual, pudiendo entenderse como un modelo contextual e ideográfico en la medida en que atiende a las condiciones antecedentes y consecuentes que se dan en relación con la conducta problema para cada caso particular. Ante las limitaciones de su utilidad en problemas complejos y la imposibilidad de explicar los eventos internos, se erige una segunda generación de psicoterapias, englobadas bajo la denominación de terapias cognitivo-conductuales, que persiguen el cambio en la conducta de las personas sobre la base de un cambio en el contenido de sus eventos cognitivos y emocionales, constituidos como el origen de la psicopatología. Estos modelos se alejan del contextualismo y la perspectiva ideográfica al atribuir los problemas conductuales y emocionales a disfunciones cognitivas específicas de cada tipo de dificultad. Pese a que las intervenciones bajo este marco han sido ampliamente investigadas y han mostrado su eficacia en la generación de cambios, no han dado cuenta del origen, mantenimiento y modificación de las supuestas cogniciones generadoras de sufrimiento en la personas. Es más, la evidencia experimental sugiere que los componentes conductuales, *per se*, explican la mayor parte de la eficacia de las mismas. La Terapia de Conducta ha alcanzado un tercer desarrollo en el que se rescata la importancia del contexto y de la funcionalidad de la conducta. Se produce un cambio cualitativo en la intervención, dado que se persigue la construcción de repertorios flexibles y efectivos, más que la eliminación de síntomas.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se enmarca en las terapias contextuales, se asienta en el contextualismo funcional y en la Teoría del Marco Relacional (RFT). La ACT encuadra la experiencia de malestar como parte natural de la vida y orienta la intervención hacia la alteración de la función de los síntomas más que su eliminación, para promover una mayor flexibilidad psicológica y con ello una vida con más significado (Luciano y Valdivia, 2006). El Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) se refiere a un patrón de comportamiento rígido orientado a la evitación/control del malestar generado por diversos eventos privados aversivos (como recuerdos, pensamientos, sensaciones, emociones) que, pese a que genera un alivio del malestar inmediato, impide construir una vida orientada a los valores personales. Muchos estudios han encontrado que esta dimensión es común a la mayoría de los trastornos psicopatológicos (Ruiz, 2010).

Terapias Contextuales aplicadas al ámbito infantil

Las investigaciones sobre ACT ofrecen una perspectiva prometedora sobre su eficacia en el abordaje de diversos problemas psicológicos y en su utilidad para minimizar el estigma y eliminar las posibles barreras para comprometerse con un seguimiento psicoterapéutico (Larmar, Wiatrowski y Lewis-Driver, 2014). Existe evidencia sobre la elevada eficacia de protocolos basados en aceptación y valores frente a aquellos que se focalizan en el control del malestar (Ruiz, 2010).

En cuanto a la población infanto-juvenil se están planteando nuevas formas de

intervención que persiguen objetivos distintos a la terapia de conducta tradicional y que tiene un carácter ideográfico (Ferro, Vives y Ascanio, 2009). Algunos autores como Hayes, Strosahl y Wilson (2014) o Murrell, Coyne y Wilson (2004) han realizado adaptaciones de ACT a este tipo de población. Murrell y Scherbarth (2011) plantean que, al igual que con población adulta, es necesario realizar un análisis funcional del problema y evaluar tanto los valores como los patrones de evitación, empleando como fuentes de información también a los padres, especialmente en niños pequeños. Por otra parte plantean que los componentes de sentido del yo como contexto y de contacto con el momento presente pueden ser muy abstractos para la población infantil y recomiendan el empleo de metáforas y ejercicios adaptados. Existen datos sobre el éxito de intervención de corte contextual para abordar las dificultades emocionales en madres y padres con niñas y niños diagnosticados de autismo (Blackledge y Hayes, 2006); y se muestra como prometedora en la mejora de las relaciones parentales (Coyne y Wilson, 2004). Un ejemplo de ello lo constituye el estudio de Gómez, García, Hódar y Martínez (2012) con familias en riesgo social (negligencia y/o maltrato infantil), que encuentra mejoría en el estilo de funcionamiento parental y en las conductas disfuncionales de los menores tras una intervención en valores basada en ACT. El trabajo de Santamaría y colaboradores (Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2006) es otro ejemplo de intervención con padres basada en potenciar la autorregulación a través de técnicas de mindfulness con buena eficacia percibida por las madres participantes.

Objetivos y características de la intervención

En respuesta a la demanda creciente de atención en salud mental en población infantil, queremos describir una propuesta de tratamiento grupal desde el enfoque de ACT, para madres y padres con hijos o hijas que han sido valorados en un Centro de Salud Mental. A la espera de poder evaluar resultados a largo plazo, presentaremos un breve análisis de la valoración realizada por los padres y las madres según la utilidad percibida del grupo.

Los grupos se formaron con progenitores cuyos hijos habían sido evaluados y/o tratados en las consultas de Psicología Clínica de nuestro Centro de Salud derivados tanto desde atención primaria como desde psiquiatría y otras especialidades médicas. Los diagnósticos que presentaban los niños y niñas fueron mayoritariamente trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (trastornos hiperkinéticos, disociales, de ansiedad y de vinculación) y de forma más infrecuente, retraso madurativo y síndrome de Asperger. Un criterio de exclusión fue que los menores tuviesen más de 13 años. No se establecieron diagnósticos específicos como criterio de inclusión/exclusión.

Hemos realizado nueve ediciones de grupos, iniciándose la primera en septiembre de 2012 y la última en septiembre de 2015. El programa se desarrolla

en 10 sesiones con periodicidad semanal y una hora de duración, estructurándose de acuerdo con el esquema de contenidos descrito en la tabla 1. El número total de participantes, entendiendo como tales los padres y las madres que han acudido al menos a una sesión en cada edición del grupo, y teniendo en cuenta que el padre y la madre del mismo niño o niña se cuentan como una unidad, ascendió a 69 (en adelante usaremos el término “madres” para referirnos a padres y madres, y el término “niños” para referirnos a niñas y niños).

Los teóricos de ACT han resumido en el modelo de inflexibilidad psicológica (Hayes *et al.*, 2014) los diversos procesos que explican el comportamiento problemático y en torno a los cuales gira la terapia. Durante el desarrollo del grupo se ayuda a las madres a que sus acciones sean más congruentes con los valores que quieren que guíen la relación con sus hijos, trabajando los procesos de flexibilidad psicológica. A continuación presentamos en la tabla 1, un resumen de objetivos, contenidos y procesos así como una breve descripción de la adaptación de los diversos componentes terapéuticos de ACT para estos grupos.

Tabla 1.

Cuadro-resumen de los objetivos, contenidos y procesos terapéuticos del grupo

Sesión	Objetivos	Contenidos	Procesos terapéuticos
1	Favorecer un clima terapéutico de colaboración activa. Facilitar explicaciones contextuales del comportamiento de los niños. Clarificar valores comunes en los participantes en relación a la crianza.	Presentación y objetivos del grupo El papel del contexto en el comportamiento Ejercicio experiencial sobre el rol de madre Metáfora del viaje	Valores Toma de perspectiva
2	Adquisición de herramientas contextuales para explicar y predecir el comportamiento propio y de los hijos. Contactar emocionalmente con la experiencia de la inutilidad a largo plazo de comportamientos rígidos.	Análisis funcional desde la perspectiva del adulto Análisis funcional desde la perspectiva de los niños	Identificación del patrón de evitación experiencial en las madres Toma de perspectiva Desesperanza creativa Valores
3	Facilitar la observación en vivo (directa o vicariamente) de las consecuencias a corto y largo plazo del comportamiento de las	Representación de interacciones madre-hijo, con sus respectivas mentes Metáfora del autobús	Aceptación Defusión Toma de perspectiva

	<p>madres y de los hijos. Experimentar la inevitabilidad de las emociones negativas en las interacciones difíciles con los niños.</p>		
4	<p>Facilitar el contacto con la incapacidad de controlar a otras personas. Facilitar la aceptación de eventos privados como emociones negativas, preocupaciones, dudas, etc. como algo humanamente inevitable. Adquirir habilidad para de-fusionarse.</p>	<p>Lo que se puede controlar y lo que no Ejercicios experienciales acerca del control de eventos privados Metáforas sobre la fusión Ejercicios de distanciamiento</p>	<p>Aceptación Defusión</p>
5	<p>Obtener conocimientos teóricos y habilidades prácticas para aplicar reforzamiento</p>	<p>Análisis de las técnicas de refuerzo Identificación de barreras pasadas y futuras para su aplicación Ejercicio de defusión</p>	<p>Aceptación Defusión Yo contexto</p>
6	<p>Obtener conocimientos teóricos y habilidades prácticas para aplicar la extinción.</p>	<p>Análisis de la técnica de extinción Identificación de barreras para su aplicación Ejercicios de exposición a la incomodidad</p>	<p>Aceptación Defusión Acciones orientadas a valores Yo contexto</p>
7	<p>Obtener conocimientos teóricos y habilidades prácticas para lograr la reducción y eliminación de comportamientos disruptivos.</p>	<p>Análisis de las técnicas de castigo Identificación de barreras para su aplicación Ejercicio experiencial: actuar siendo criticado Ejercicio de defusion</p>	<p>Defusión Toma de perspectiva Acciones orientadas a valores Yo contexto</p>
8	<p>Contactar con las otras áreas valiosas de la vida y tomar conciencia de la influencia que tiene el abandono del cuidado de los propios valores sobre la relación con los hijos. Elección de compromisos personales para mejorar el sentido de sus propias vidas más allá del rol de madres.</p>	<p>Metáfora del jardín</p>	<p>Valores Aceptación Defusión Acciones orientadas a valores</p>

9	Poner en relación la influencia de las experiencias previas con los cuidadores propios con las dificultades, deseos y valores en la crianza de los hijos. Clarificar valores, distinguir lo que es importante de lo que no lo es tanto.	Ejercicio de toma de perspectiva: identificación de barreras relacionadas con la crianza, influencia de las experiencias con la familia de origen ("yo como niña vs yo como madre") Ejercicio del funeral	Valores Toma de perspectiva Acciones orientadas a valores
10	Facilitar el proceso de despedida del grupo. Reflexionar sobre la experiencia grupal y su repercusión en el ámbito familiar y en otros diferentes.	Ejercicio de mindfulness Resumen de estrategias, puesta en común de la experiencia, cambios producidos Despedida y valoración de la experiencia	Conexión con el presente Acciones orientadas a valores

LOS VALORES Y LAS ACCIONES COMPROMETIDAS:

El trabajo de clarificación de valores con las madres permite que tomen perspectiva de lo que realmente es importante en la relación con sus hijos, así como de su capacidad de transmitir valores. Al comienzo de la terapia, en la primera sesión, como un modo de encuadrar lo que allí se va a hacer, se solicita que pongan en común los valores más importantes que tienen y que querrían transmitir a sus hijos. Éste será el contexto dentro del cual toma sentido el trabajo de aceptación y defusión posterior (Hayes *et al.*, 2014).

Se emplean diversas metáforas como la del viaje (desde la sesión 1) o la del jardín (desde la sesión 8) en diferentes momentos del grupo que permiten remitirnos una y otra vez a los valores para discriminar las interacciones que funcionan y las que no, no según el criterio del terapeuta, sino según el criterio de las propias madres. Esto permite salir del enredo que supone establecer una dinámica de preguntas-respuestas al terapeuta acerca de qué hacer en cada momento como si hubiese una solución inmediata y fácil que resolviera cada conflicto.

La confusión entre valores y objetivos potencia la rigidez en los patrones de comportamiento de las madres. El problema de confundir objetivos ("quiero que se vista solo") con valores ("quiero que sea autónomo") supone una elevada frustración cuando una y otra vez no se consigue el objetivo pese a haber depositado muchos esfuerzos en lograrlo (pedirle muchas veces que se vista, negociar, regañar...). Pero además no es infrecuente que la importancia de ese objetivo sea mucho menor en comparación con las consecuencias dañinas que genera el seguir intentando conseguirlo de forma rígida, "a cualquier precio" (repitiendo todos los días un intercambio de críticas, regañinas, amenazas...). Mediante el análisis funcional que se trabaja principalmente en las sesiones 2 y 3, las madres caen en la

cuenta de su patrón rígido orientado a “resolver a la corta” y sentirse mejor (vistiéndolo para salir a tiempo de casa), perdiendo de vista que a la larga se está invirtiendo en fomentar lo que no se quiere (que continúe siendo dependiente).

La metáfora del viaje nos permite incluir elementos que remarcan las dificultades o los obstáculos que pueden aparecer en un viaje y comenzar a introducir claves que faciliten tanto la aceptación como el distanciamiento. Por ejemplo, les planteamos que a veces en el camino hacia el norte (en equivalencia con los valores que han puesto en común: “respetar a los demás”, “ser trabajadora”, “valerse por una misma”, “ser bueno con los demás”...) llueve, hay caminos cortados, carreteras sin asfaltar, etc. y eso nos tienta a cambiar el rumbo e ir por otro camino más fácil, pero que nos lleva a un sitio que no es el que queremos (nos lleva al sur, a lo opuesto a los valores señalados). Las acciones valiosas son aquéllas que permiten avanzar en dirección norte, pese a los obstáculos. Durante un viaje largo como es el de la crianza de los hijos es muy difícil no desviarse nunca del rumbo. Esta metáfora nos permite no quedarnos estancados en el error sin posibilidad de cambio. Cuando caen en la cuenta de algún error y nos piden respuesta, les preguntamos, “¿qué hacéis si yendo camino a la playa os dais cuenta de que os habéis desviado?”; “¿volvéis a casa y os quedáis sin vacaciones?”, etc. De esta forma, a través de las relaciones de equivalencia entre los elementos de la metáfora y el problema, son las propias madres quienes encuentran respuestas.

Enmarcado dentro de las acciones comprometidas con los valores repasamos con las madres en sesiones más avanzadas (5, 6 y 7) las cuestiones teóricas sobre modificación de conducta (como las técnicas de refuerzo, extinción, control de contingencias como los sistemas de puntos, etc.). En este momento nos encontramos con que la mayoría han probado a aplicar alguna de estas técnicas básicas y sin embargo es excepcional que lo hayan hecho adecuadamente, siguiendo las leyes del aprendizaje. Es habitual que hayan aplicado sistemas de puntos de formas desproporcionadas e inconsistentes; o que en un intento de aplicar extinción terminen invalidando las emociones del niño y reforzando comportamientos disruptivos mucho más intensos.

Suele haber dos momentos muy significativos en la terapia. El primero es el trabajo con la metáfora del jardín en la sesión 8, que amplía la perspectiva para que sean conscientes de cómo está su vida, en sus diferentes ámbitos significativos (según sus valores, cómo están las “plantas” de la salud, de la pareja, de la amistad, del trabajo, del ocio, etc...); y la relación que todo ello tiene en cómo se comportan con sus hijos, en las expectativas y deseos que depositan en ellos. A través de esa metáfora aparecen más obstáculos o “malas hierbas” (como “no tengo tiempo para eso”, “ya lo haré cuando crezcan los niños”, “ahora me tengo que centrar en el problema del niño”, “no me apetece”) y la posibilidad de volver o empezar a “regar” las plantas importantes. El segundo de ellos es el ejercicio del funeral en la sesión 9, en el que se enfrentan de un modo emocionalmente intenso a la discriminación de lo que realmente es importante y lo que no lo es tanto, de lo que verdaderamente

quieren hacer con sus vidas y lo que están haciendo.

EL CONTROL ES EL PROBLEMA. ACEPTACIÓN

A través del análisis funcional que realizamos desde la sesión 2 se facilita la discriminación del efecto a corto y a largo plazo de lo que hacen las madres. En la mayoría de conflictos entre madres e hijos podemos identificar con facilidad un patrón de evitación experiencial tanto en el niño como en las madres. La diferencia es que un niño no tiene adquirida la capacidad de ver la repercusión de sus actos en un futuro lejano, las madres sí y por ello utilizamos ese recurso motivacional, poniendo en relación de oposición lo que hacen ahora con el resultado que querrían tener no sólo ahora sino a medio y largo plazo.

La segunda sesión la dedicamos al análisis funcional de las interacciones hijos-madres. Identificar los eventos privados que pueden estar al mando de la conducta de las madres es fundamental para que sean conscientes de que en muchas ocasiones su comportamiento no se orienta a sus valores sino que funciona como una forma de escapar de esos sentimientos/pensamientos/sensaciones, de aliviar su tensión interna. Se remarca entonces el efecto que tendrá esto a largo plazo en la relación con los niños, anticipando si las situaciones mejoran o empeoran. Por ejemplo: se les pregunta si sería congruente pedir a un hijo que haga algo (por ejemplo: “hablar sin gritar aunque esté enfadada”) al tiempo que ellas mismas no lo hacen. Este tipo de preguntas facilita que caigan en un estado emocional que se ha denominado desesperanza creativa, ya que es un motor emocional para un cambio creativo, nuevo, diferente.

Bien pronto en el desarrollo del grupo tenemos que lograr el objetivo de que las madres puedan convivir con el malestar que les genera el darse cuenta de que al ser los niños seres humanos diferentes de ellas, no hay nada que puedan hacer que asegure que tendrán un control absoluto sobre ellos. Las madres vienen con sus ideas sobre el mundo, reglas acerca de cómo deberían ser las cosas, experiencias propias con sus familias de origen, etc. El hacer el análisis funcional del comportamiento del niño desde su perspectiva, teniendo que hipotetizar cómo piensan o sienten antes y después de lo que hacen las madres, facilita que entiendan mejor las reacciones de sus hijos. Ejercicios como el rol playing de la sesión 3 en el que se representa al niño y a su mente y a la madre y a su mente, ayudan a poner de relieve de forma más experiencial las vivencias internas de los niños.

Aprovechando la exposición sobre las técnicas de modificación de conducta que realizamos en las sesiones 5, 6 y 7, se realizan ejercicios experienciales que activan los obstáculos psicológicos que se presentarán en casa a la hora de llevarlas a la práctica (pensamientos como “no debería estar pasando esto”, “no puedo más”, “no va a funcionar con mi hijo”, “soy mala madre”; emociones como “rabia”, “desesperación”, “miedo”; sensaciones como “tensión”, “cansancio”; recuerdos como “yo nunca contesté así a mi madre”, etc.). De este modo favorecemos la aceptación de ese malestar, estableciendo que la aparición de estos eventos privados

puede ser la señal de que están aplicando adecuadamente la técnica (“a veces ir hacia el norte hace que te sientas mal en ese tramo, pero al final del día has avanzado unos pocos kilómetros”).

Hacia el final del grupo, en la sesión 9, les proponemos un ejercicio en el que recuerdan cómo eran ellas con la edad de sus hijos, cómo las cuidaron a ellas, lo que les ayudó y lo que no de lo que les enseñaron sus padres, etc. Es inevitable que la propia historia con la familia de origen genere reglas acerca de cómo hacer o no hacer con los hijos. Esta perspectiva ayuda también a notar que son diferentes de sus hijos, que los niños tienen sus propios deseos y necesidades que no son las suyas. Cuando las madres se dan cuenta de estas influencias y son capaces de aceptar el malestar relacionado con la crianza, se vuelven más flexibles y capaces de elegir cómo relacionarse con sus hijos.

EL MOMENTO PRESENTE, LA DEFUSION Y EL YO COMO CONTEXTO

El trabajo con las propias barreras de las madres junto con la clarificación de valores es el núcleo de la terapia. La clarificación de valores puede encajar mejor sus narrativas acerca de lo que se espera del grupo, sin embargo el comenzar hablando de sus emociones o pensamientos les resulta chocante. Además de las metáforas del viaje y el jardín, la metáfora del autobús que trabajamos desde la sesión 3 es muy útil en la identificación de barreras (pasajeros molestos como pensamientos o emociones aversivas) así como para generar distanciamiento de las mismas y potenciar la función de mando del yo (“el conductor es el único que puede finalmente decidir por dónde quiere conducir, puede elegir la dirección pese a que los pasajeros no quieran que siga ese camino”).

Durante el desarrollo de las sesiones, desde la cuarta, se van introduciendo ejercicios de mindfulness como un modo de conectarse con el presente, sin dejarse arrastrar por los “pasajeros del autobús”. Se introducen ejercicios para diferenciar de forma experiencial en qué momentos estamos fusionados y en qué otros defusionados y conectados con el presente, como con el ejercicio de mirar el dedo índice e ir cambiando el foco atencional.

El yo contexto se trabaja a través de metáforas en las que se potencia la jerarquía del yo con respecto a los eventos privados como la metáfora del autobús, la del cielo y las nubes, la del ajedrez, etc. Al inicio del grupo se realizan ejercicios más sencillos, según se progresa se expone a las madres a estímulos que evocan reacciones emocionales más aversivas. Por ejemplo, en la sesión 6, se realiza el ejercicio de la postura incómoda en el cual, habiendo generado un contexto de valor, se les pide que prueben a permanecer en esa postura abiertas a la experiencia. Las participantes establecen después equivalencias entre esas sensaciones de dolor y otras experiencias aversivas de su vida (“me siento con rabia cuando el niño me reta”) y su capacidad para elegir qué hacer. Hacer el ejercicio en la misma sesión en la que se analiza la técnica de la extinción facilita que se vean a sí mismas capaces de mantenerse en un comportamiento (por ejemplo, no gritar al niño ante un

comportamiento disruptivo) pese a que estén sintiendo malestar (por ejemplo, mucha tensión, enfado por lo que hace el niño...) que empuja a liberar la tensión o el malestar (por ejemplo, gritándole, pidiendo que pare, ofreciéndole lo que pide...).

Resultados

En relación a la adherencia al tratamiento, se puede observar la distribución de la participación por grupos en la tabla 2. El porcentaje de participantes que abandonó el grupo fue del 14.5%, es decir, 10 progenitores de los 69 iniciales, entendiéndose como abandono el no haber acudido al menos a la mitad de las sesiones. Por tanto, el porcentaje de retención es del 85.5%, es decir, 61 padres y madres mantienen su asistencia al grupo. Además, de los 69 participantes iniciales, el 73.9% acuden al menos al 70% de las sesiones.

Tabla 2.
Grado de adherencia de los participantes.

Grupo	Participantes totales (en alguna sesión)	Participantes que acudieron al menos al 50% de las sesiones	Porcentaje de participantes que acudieron al 50% de las sesiones	Participantes que acudieron al 70% de las sesiones	Porcentaje de participantes que acudieron al 70 % de las sesiones
A	10	8	80%	8	80%
B	8	7	87,5%	5	62,5%
C	7	6	85,7%	6	85,7%
D	6	6	100%	6	100%
E	8	5	62,5%	5	62,5%
F	5	5	100%	4	80%
G	6	6	100%	4	66,7%
H	11	9	81,8%	6	54,5%
I	8	8	100%	7	87,5%

Por otra parte, respecto a la valoración de la utilidad del grupo, un total de 52 progenitores la completaron de forma anónima al finalizar el grupo. En el gráfico 1 se muestra la valoración media de cada grupo. Los participantes valoraron de media con un 8.9 sobre 10 la utilidad del grupo en el ámbito de la relación y crianza de sus hijos. Asimismo, valoraron de media con 8.5 sobre 10 la utilidad del grupo para otras áreas de su vida que no tenían que ver con la crianza ni con el problema que motivaba inicialmente la consulta.

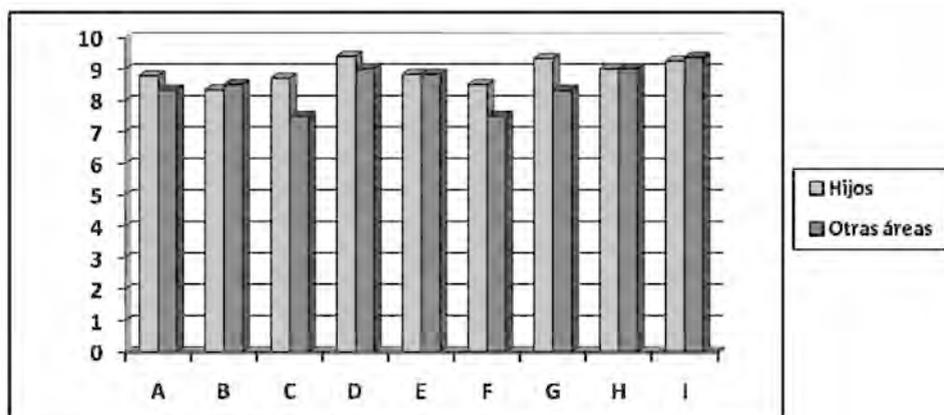


Gráfico 1.
Utilidad percibida de la intervención en el ámbito de los hijos y en otros ámbitos de la vida

Discusión y conclusiones

La impresión de que la normalidad del comportamiento de los niños se va restringiendo progresivamente, nos llevó a diseñar una intervención que tuviera en cuenta la importancia del contexto en el que se producen tales comportamientos. La intervención orientada por diagnósticos tal vez contribuya a potenciar la atribución interna de problemas mentales en niños y a la conceptualización medicalizada de su comportamiento, por ejemplo, “tiene TDAH”, como si en sí mismo el diagnóstico explicase lo que le ocurre (García de Vinuesa, Pérez Álvarez y González Pardo, 2014). Las madres en ocasiones se han sentido culpadas por distintas personas por el comportamiento de sus hijos, lo cual favorece que acojan los diferentes diagnósticos realizados a sus niños con un alivio inmenso, pero esto les puede desconectar de su papel nuclear en el desarrollo del niño. Con la orientación de la ACT pretendemos ayudar a que las madres tomen conciencia del efecto de lo que ellos hacen en relación a sus hijos, a la corta y a la larga, rescatando el abordaje idiográfico y funcional en la explicación y abordaje de los problemas.

Frente a los enfoques psicoeducativos basados en la enseñanza de técnicas conductuales, decidimos orientar el grupo desde ACT dado que en la práctica clínica hemos observado, al igual que otros autores (Coyne y Murrell, 2009), que la falta de entendimiento de las leyes de aprendizaje que subyacen a las técnicas conductuales, hace que sean empleadas de forma errónea manteniendo o generando problemas. Por ello para nosotros tenía más sentido enmarcar estas técnicas en un tratamiento orientado a clarificar lo que es realmente importante y lo que no, según los valores de cada familia, y a adquirir habilidades para relacionarse de forma diferente con su malestar, de modo que les permita mejorar la relación con los hijos (y así la forma en que los hijos se relacionan con el suyo propio). Bajo esta perspectiva el terapeuta no da pautas, fomenta un aprendizaje experiencial que

potencie el papel protagonista de los progenitores, son ellas y ellos quienes eligen qué hacer.

Uno de los efectos que consideramos fundamentales del grupo es la adquisición de un mejor entendimiento del sentido que pueden tener los comportamientos de los niños en los diferentes contextos. Aprenden a analizarlo funcionalmente, se dan cuenta de que los hijos tienen su propia perspectiva, sus propios eventos privados, etc. Desde otras perspectivas se podría decir que los participantes aprenden a “mentalizar” mejor en relación a los hijos (Bateman y Fonagy, 2012). Por todo ello, este abordaje podría ser un acercamiento puente entre las orientaciones más “democráticas” o “basadas en las relaciones interpersonales”, que destacan la comunicación y los procesos de interacción entre los miembros de la familia y las “conductuales” (Barlow, Coren y Stewart-Brown, 2002; Richardson y Joughin, 2002).

Los resultados que hemos mostrado apuntan que el enfoque grupal orientado desde ACT permite trabajar procesos de cambio pese a las especificidades de cada caso, con madres de niños de diferentes edades, con diferentes diagnósticos y con contextos familiares y socioeconómicos distintos. Como se señaló anteriormente, las investigaciones han demostrado que factores relacionados con el sufrimiento de los progenitores (como los conflictos entre la pareja, los problemas conyugales, el tener síntomas depresivos, el aislamiento, ser madre soltera, los problemas socioeconómicos, la falta de apoyo social) afectan a la participación en las terapias (propensión al abandono prematuro del mismo), a la magnitud y duración del cambio terapéutico y a la satisfacción con el programa de intervención elegido (Furey y Basili, 1988; Kazdin, 1997; McMahon y Forehand, 1983; Webster-Stratton, 1991). Por ello, dado que la utilidad percibida es elevada no sólo en relación a los problemas con los hijos sino, prácticamente al mismo nivel, en otros ámbitos de su vida, creemos que esta orientación puede mejorar la eficacia de la intervención en casos donde enfoques clásicos no han podido dar respuesta, ofreciendo una intervención con un buen equilibrio costes/beneficios.

Además hemos conseguido tasas de participación altas. La tasa de abandono en nuestros grupos, habiendo definido un criterio restrictivo como lo es el no haber acudido al menos a la mitad de las sesiones, es inferior a la encontrada en algunos grupos de intervención con padres como el de Marinho y Ferreira (2000), que ascendió a 22,7%, o a otros grupos relatados en la literatura, que oscilan entre el 30% y el 60% (Kazdin, 1994, citado por Marinho y Ferreira, 2000).

Finalmente, comentarios como “me acordé mucho de vosotros esta semana porque tenía a los pasajeros del autobús muy alborotados, respiré y logré no desviarme al sur”, “ahora me doy cuenta de lo que es importante y de lo que no lo es tanto”, “al verle reaccionar así pensé que estaría muy disgustado, que algo le habría pasado en el colegio”, nos muestran cómo los participantes, según transcurren las sesiones, son más capaces de relacionarse de forma diferente con sus emociones, recuerdos, sensaciones y pensamientos, y con esa distancia pueden

entender mejor a sus hijos y elegir qué quieren hacer con ellos (y con sus vidas). Esta experiencia como terapeutas sin duda nos anima a continuar el viaje pese a los obstáculos.

Referencias bibliográficas

- Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *The British Journal of General Practice*, 52(476), 223-233.
- Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of developmental & behavioral pediatrics*, 21(5), 356-370.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2012) (eds.) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2006). Using Acceptance and Commitment Therapy in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology*, 27(2), 180-189.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the standard behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Coyne, L.W. & Murrell, A.R. (2009). *The joy of parenting. An acceptance & commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Coyne, L.W. & Wilson, K. G. (2004). The role of cognitive fusion in impaired parenting: An RFT analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 469-487.
- Ferro, R., Vives, C., & Ascanio, L. (2009). Novedades en el tratamiento conductual de niños y adolescentes. *Clínica y Salud*, 20(2), 119-130.
- Forehand, R. L., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- Furey, W. M., & Basili, L. A. (1988). Predicting consumer satisfaction in parent training for noncompliant children. *Behavior Therapy*, 19(4), 555-564.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioral and cognitive-behavioural group-based parenting interventions for early-onset conduct problems in children age 3-12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- García de Vinuesa, F., Pérez Álvarez, M., & González Pardo, H. (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez, I., García, M.R., Hódar, J.C., & Martínez, M.M. (2012). Intervención en valores con familias de riesgo social desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38(157-158), 39-58.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., & Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouer.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356.
- Korzeniowks, C., & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 65-71.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221.
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.

- Luciano, C., & Valdivia, M.S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características, evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Manjón, I. (2011). Grupo psicoeducativo a padres de niños con problemas de conducta. *ISEP Science*, 1, 24-36.
- Marinho, M. L., & Ferreira, E. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8(2), 299-318
- McMahon, R. J., & Forehand, R. L. (1983). Consumer satisfaction in behavioral treatment of children: Types, issues, and recommendations. *Behavior Therapy*, 14(2), 209-225.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., & Wilson, K. G. (2004). *ACT with children, adolescents, and their parents*. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 249-273). US: Springer.
- Murrell, A.R., & Scherbarth, A.J. (2011). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1),15-22.
- Olivares, J., Macià, D., & Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres. En D. Macià, F. Méndez, & J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento* (pp. 115-146). Madrid: Pirámide.
- Patterson, G. R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(4), 471-481.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé* 5(2), 159-172.
- Plaza, I. M. (2011). Grupo psicoeducativo a padres de niños con problemas de conducta. *ISEP Science*, 1, 24-36.
- Robles, Z. y Romero, E. (2011) Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Rey, C.A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista infancia, adolescencia y familia*, 1(1), 61-84
- Richardson, J., & Jougghin, C. (2002). *Parent training programmes for the management of young children with conduct disorders. Findings from research*. London: Gaskell.
- Roselló, B., García Castellar, R., Tárrega Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(Supl. 1), 79-84.
- Ruiz, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Sanders, M. R., & Dadds, M. R. (1993). *Behavioral family intervention*. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Santamaría, M.T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J., & Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 157-175. <http://revistadepsicoterapia.com/la-practica-de-la-meditacion-y-la-atencion-plena-tecnicas-milenarias-para-padres-del-siglo-xxi.html>
- Silvares, E. F. D. M. (1995). O modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 11(3), 235-241.
- Webster-Stratton, C. (1991). Annotation: Strategies for helping families with conduct disordered children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1047-1062.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 583-593.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early-onset conduct problems: does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 540-551.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. A. (1997). Treating children with early onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 93-109
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane Library*.

DUELOS FAMILIARES O COLECTIVOS. DISEÑO DE UNA ESCALA DE ACTITUDES HACIA LOS NIÑOS EN PROCESOS DE DUELO

FAMILY OR COLLECTIVE GRIEF. DESIGN OF A SCALE OF ATTITUDES TOWARD CHILDREN IN MOURNING PROCESS

Marta Villacieros Durbán, José Carlos Bermejo Higuera y
Marisa Magaña Loarte

Centro de Humanización de la Salud, Tres Cantos, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villacieros Durbán, M., Bermejo Higuera, J. C., y Magaña Loarte, M. (2016). Duelos Familiares o Colectivos. Diseño de una Escala de Actitudes hacia los Niños en Procesos de Duelo. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 167-179.

Resumen

Objetivo: Diseño y validación de una escala breve de actitudes de los adultos hacia los niños en los procesos de duelo familiares o colectivos. *Método:* Se obtuvieron 227 cuestionarios válidos, 86% (191) mujeres y 14% (31) hombres, con una edad media de 41 años. A partir de 50 ítems evaluando las actitudes de los adultos hacia los niños en situación de duelo, se realizó un análisis de normalidad de las variables, de fiabilidad (alfa de Cronbach) y un análisis factorial exploratorio (mínimos cuadrados generalizados y rotación ortogonal). Para valorar la bondad de ajuste se utilizaron los índices Chi-cuadrado, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) y el análisis de residuos. *Resultados:* Se eliminaron los ítems que no cumplieron: el criterio laxo de normalidad (asimetría < 2 y curtosis < 7), el índice de homogeneidad corregida > .5 y el de comunalidad > .5. La escala obtenida, de 14 ítems, explica un 47% de la variabilidad, incluyendo 2 factores (Esconder mi dolor y Evitar su dolor) con Chi-cuadrado/grados de libertad = 1.7, RMSEA = 0.059 y 18% de residuos; encontrándose diferencias significativas ($p < .05$) entre los niveles de formación (Media de bachillerato de 35.38, de FP de 30.88, y de universidad de 27.38). *Conclusiones:* Se ha conseguido una esta escala breve que mide las actitudes del objetivo y evidenciándose la tendencia de los adultos a evitar que los niños participen del duelo familiar.

Palabras clave: Duelo; Educación para la muerte; Cuestionarios; Información.

Abstract

Aim: design and validation of a brief scale of adults attitudes towards children in family or collective grief processes. *Method:* 227 valid questionnaires were obtained; 86% (191) women and 14% (31) men, with average age 41 years. From 50 items containing attitudes of adults in situation of grief towards children, an analysis of normality of variables, reliability (alpha of Cronbach) and factor analysis exploratory (generalized least-squares and orthogonal rotation) was performed. To evaluate the goodness of fit, indices Chi-square, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) and residue analysis. *Results:* Items deleted those which did not meet: lax criteria of normality (skewness < 2 and kurtosis < 7), corrected homogeneity index > .5 and communality > .5. The resulting scale (14 items) explains 47% of the variability, including 2 factors (Hide my pain and Prevent your pain) with Chi-square/degrees of freedom = 1.7, RMSEA = 0.059 and 18% of residuals. Significant differences were found ($p < .05$) between training levels (Average high school = 35.38, Vocational training = 30.88, and University = 27.38). *Conclusion:* A short scale that measures the attitudes of the goal has been obtained and demonstrating the tendency of adults to avoid that children participate in the family duel.

Keywords: Grief; Death education; Questionnaires; Information.

Fecha de recepción: 20 de enero de 2016. Fecha de aceptación: 17 de junio de 2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: investigacion@humanizar.es

Dirección postal: Marta Villacieros Durbán. Departamento de Investigación. Centro de Humanización de la Salud. Sector Escultores 39. 28760 Tres Cantos, Madrid, España

© 2016 Revista de Psicoterapia



El duelo se entiende como la reacción normal tras la muerte o pérdida de un ser querido y comprende, en el marco de los componentes actitudinales clásicos – cognitivos, afectivos y comportamentales– (Gala, Lupiani y Guillén, 2007) los pensamientos, emociones y comportamientos consecuentes a esta pérdida o a su anticipación (Bonanno y Kaltman, 1999). Se trata de un proceso necesario que permite a la persona la elaboración de la pérdida y la adaptación a la nueva realidad (American Psychiatric Association, 1994).

La mayoría de las personas se recupera en un periodo de tiempo relativamente corto; pero existen factores que pueden condicionar positiva o negativamente este proceso, incrementando o suavizando la intensidad y duración del mismo. Son factores de riesgo, entre otros muchos, el parentesco, la causa del fallecimiento, el tiempo desde la pérdida, la edad, el género, el nivel educativo, las pérdidas significativas previas y la religión (Aries 1974 y 1987; Bermejo, Magaña, Villacieros, Carabias y Serrano, 2011; Gamo y Pazos, 2009; Gala, Lupiani y Díaz, 1991; Raja, Gala, González-Infante, Lupiani, Guillén y Alba, 2002; Urraca, 1982 y 1986; Hilton, 1996; Kastenbaum 1977; Kübler-Ross, 1989).

También se han estudiado como predictores de duelo complicado, en muestras no clínicas, factores como el estilo de afrontamiento, la resiliencia, el bienestar psicológico, el apoyo social percibido, los duelos previos no resueltos y el miedo a la muerte, siendo fundamental el conocimiento de las múltiples variables para la detección precoz de las complicaciones (Bermejo et al., 2011; Gala, Lupiani, Raja, Guillén, González-Infante, Villaverde y Alba, 2002; Villacieros, Magaña, Bermejo, Carabias y Serrano, 2014).

Así mismo, es determinante el concepto de duelo (ideas y creencias) que manejan tanto los dolientes como su entorno, ya que en función de ello se dirige la toma de decisiones o se da una posible evitación del duelo (Amurrio y Limonero 2007). Los estudios en muestras de universitarios españoles (Busquet y Pujol, 2001; Raja, Gala, González-Infante, Lupiani, Guillén y Alba, 2002; Rojas, Muñoz y Alcaraz, 1998; Schmidt, Montoya y García, 2008) apuntan que la formación influye tanto en las actitudes como en las estrategias de afrontamiento. El mismo resultado se encuentra en otros países europeos y estadounidenses (Denton y Wisenbaker, 1977; Wass, 2004).

Los niños a la edad de 8 años ya pueden comprender lo que es la muerte (Sahler, 1983; Urraca, 1985); de hecho, la comprensión de la muerte por parte de los niños y sus actitudes al respecto ha sido objeto de estudios psicológicos desde el primer tercio del siglo pasado (Nagy, 1928; Schilder y Wechler, 1934). Aceptan que todos morimos, incluso ellos (Kane, 1979; Yudkin, 1967). De hecho, se define la primera crisis existencial como ese momento en el que los niños aceptan la universalidad de la muerte y su carácter irreversible (Poch y Herrero, 2003; Santamaría, 2010). Según otros autores, la edad de la comprensión de la muerte se sitúa entre los 9 y 10 años (Nagy, 1948).

Sin embargo, la educación sobre la muerte se ha relegado al ámbito privado,

donde no siempre se da (Cruz y García, 2007) ya que los padres no se sienten preparados para explicar a sus hijos asuntos relativos a la muerte ni contestar a sus preguntas en torno a ello; según explican ellos mismos, improvisan o evitan hablar del asunto ya que dudan sobre la utilidad de informarles sobre la muerte (Tomas-Sábado y Gómez-Benito, 2004). Por otro lado, en el ámbito escolar se oculta, niega y ignora la muerte (Barreto, 2007), ya que tal tema no se incluye como parte de la formación (Herrán y Cortina, 2008; Kreicbergs, Valdimarsdóttir, Onelöv, Henter y Steineck, 2004; Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2004) y en no pocas ocasiones, incluso, de la de los Profesionales Sanitarios en la conocida como “conspiración del silencio” (Gala, Lupiani, Romero, Sánchez-Castillo, Bernalte, Barreto y Lupiani, 2006)

Así, aunque a todos nos afecta este tema, cada vez disponemos de menos estrategias de afrontamiento y nos sentimos más indefensos ante el mismo (Bayés, 2001; Cruz y García, 2007; Gala et al., 2002). Se nos genera miedo, cuando las personas que presentan más miedo a la muerte son también las que presentan más actitudes de evitación, rechazo, estrategias de afrontamiento más ineficaces (Aries, 1974 y 1987; Siracusa et al., 2011; Urraca, 1982; Lonneto y Templer, 1983 y 1988; Ramos y García, 1991) y mayor número de mitos o creencias erróneas sobre el duelo (Amurrio y Limonero, 2007).

Al final, la familia es el principal agente de transmisión de cultura para los niños, por tanto sus actitudes y creencias sobre la muerte influirán de manera decisiva en el posicionamiento y elaboración de situaciones de duelo de los niños (Cruz y García, 2007; Glass y Nahapetyan, 2008). La manera en la que se resuelvan estas situaciones de crisis en la familia determinará, en los niños, la capacidad de afrontar y resolver sus experiencias de pérdida posteriores (Barnes, 1983; Bluebond, 1977; Bela, Razdan, Weller y Weller, 2006; Slaughter y Griffiths, 2007; Villardón, 2001; Viñas y Doménech, 1999; Walsh-Burke, 2006).

A su vez, conocer cómo se construye la comprensión de los niños sobre el tema de la muerte permitirá a los adultos eliminar falsas creencias y manejar mejores estrategias para responder adecuadamente a sus preguntas (Sahler, 1983; Urraca, 1985; Willis, 2002). Dependiendo del punto de desarrollo en el que se encuentre un niño, éste tiene mayor o menor capacidad de comprender la irreversibilidad de la muerte, la finitud, su inevitabilidad y su causalidad. Pero su reacción también depende mucho de las circunstancias externas y de la actitud de los adultos que le rodean (Herrán y Cortina, 2007; Santamaría, 2010).

Según la mayoría de los autores (Herrán y Cortina, 2008; Santamaría, 2010), es importante enfocar la pérdida como una oportunidad de crecimiento con la experiencia. Para ello, se definen (Siracusa, Cruz-Quintana, García-Caro Schmidt-Riovalle y Vera, 2011) seis actitudes fundamentales: no mentir, no interrogar, no imponer, no evadirse y no hacer interpretaciones. El corolario de todo ello es que el incluir a los niños en el duelo de los adultos facilita su elaboración a ambas partes.

Las actitudes necesarias para ello incluyen compartir la tristeza para que el

niño confíe en el adulto como acompañante de su propio duelo; , expresar el dolor para que el niño a su vez abra canales de expresión; y permitir que el niño se apoye en el adulto y reciba la contención necesaria (Tomas-Sábado y Gómez-Benito, 2004). De igual modo el mostrarse a sí mismo tal y como uno se siente en su duelo (en vez de evitar derrumbarse delante del niño), permitir la comunicación fluida (en vez de actuar con frialdad delante del niño), y admitir la pérdida sin negar el dolor que existe (en vez de intentar proponer soluciones para salir del dolor) son las estrategias de afrontamiento más adecuadas, ya que al tapar y/o tergiversar la realidad (“el abuelito está dormido”, “papá se ha ido de viaje”, etc.—en el marco de la “conspiración del silencio” en torno a la muerte, ya aludida) se genera desconfianza en el niño, se le aleja del adulto y, además, al dolor por la pérdida se le suma el dolor por la posibilidad de haber sido abandonado (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2004).

Aunque existen escalas sobre el miedo a la muerte, mitos en duelo y actitudes hacia la muerte y percepción sobre la muerte (Amurrio y Limonero, 2007; Boyar, 1964; Robbins, 1991; Siracusa et al., 2011; Templer, 1970), no hemos encontrado ningún instrumento que evalúe y mida específicamente las actitudes de los adultos hacia los niños en este tipo de situación.

Ya que es necesario construir instrumentos de medida que eliminen la subjetividad del evaluador, el objetivo de este estudio ha sido el diseño y validación de una escala de actitudes de los adultos hacia la inclusión de los niños en los procesos de duelo familiares o colectivos.

2- MÉTODO

2.1- Participantes

De una población aproximada de 400 asistentes a las Jornadas de Duelo organizadas por un Centro sociosanitario y formativo de la Comunidad de Madrid, contestaron al cuestionario 231 sujetos (tasa de respuesta aproximada, 57%) pero se eliminaron 4 cuestionarios por estar incompletos; así, el n final fue de 227 (86% –191– mujeres y 14% –31– hombres), con una media de edad de 41.16 años ($DT = 14.09$, con una edad mínima de 18 y máxima de 75 años).

2.2- Diseño del instrumento

Tras una revisión bibliográfica sobre el concepto de duelo, factores que subyacen en él y vivencias sobre el mismo a nivel familiar y de los niños, se elaboró un listado de ítems que respondían a la pregunta *Si un familiar cercano (como por ejemplo el abuelo) falleciera ¿cómo lo trataría con sus hijos (u otros niños) entre 8 y 10 años?*. Se planteó esa franja de edad ya que –según la mayoría de la literatura revisada al respecto– es cuando los niños pueden comprender los conceptos en torno a la muerte. Los ítems, pues, recogían las posibles reacciones actitudinales (cognitivas, afectivas y comportamentales, según lo ya indicado –Gala et al., 2007–) de los

adultos en posible fase de duelo hacia niños (en iguales circunstancias) con los que ya se podría hablar acerca de la muerte.

Se envió este listado de 72 ítems a distintos Profesionales expertos en duelo y en psicoterapia infantil humanista y sistémica, que lo analizaron en dos fases sucesivas: En la primera, después de sus comentarios, se decidió eliminar 27 ítems y añadir 5; también se modificaron algunos. En la segunda, se les envió el cuestionario definitivo de 50 ítems, ante el cual mostraron su conformidad.

Las opciones de respuesta a los ítems –directas e inversas– iban del 1 al 5 (de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo; según una escala tipo Likert, la más usual para evaluar actitudes –Gala et al. 2007–). Una vez recodificados los inversos, la presencia de valores altos en las respuestas a la escala global indicaron la prevalencia de una actitud de rechazo hacia el duelo familiar o colectivo (y, por tanto, de exclusión de los niños en el duelo familiar).

Además de las variables sociodemográficas, se añadió una pregunta sobre la propia experiencia con niños de 8 a 10 años; Sus opciones de respuesta fueron: a) *Tengo (o he tenido) hijos de esa edad*, b) *Trabajo (o he trabajado) con niños de esa edad*, y c) *No tengo especial contacto con niños de esa edad*. Así mismo, se incluyó un apartado sobre la experiencia en fallecimientos cercanos y la cercanía con el fallecido: *¿Ha sufrido la muerte de algún ser querido en los últimos 2 años?*, con las opciones de respuesta: *Sí/No* y *El fallecido ¿era para Ud. una persona cercana?* puntuables del 1 (*nada*) al 10 (*mucho*).

Por último, se añadió una pregunta respecto al miedo a la muerte y su intensidad (*¿Le da miedo la muerte? Sí/No* y *¿Cuánto miedo le da la muerte?*, puntuable también del 1 (*nada*) al 10 (*mucho*); ésta se incluyó en aras de utilizarla como variable criterio.

2.3- Procedimiento

El cuestionario se ofreció a todos los asistentes a las Jornadas junto con la documentación entregada en las mesas de inscripción, rogándose la colaboración y que lo cumplimentaran antes de finalizar las dichas Jornadas en las mesas de inscripción.

2.4- Análisis de los datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS v20, eliminándose (porque se consideraron incompletos) los ítems con más del 10% de omisiones; el resto de las omisiones se reemplazaron por la media de la serie. De este modo, con los resultados así obtenidos, se realizó un análisis de normalidad de las variables (prueba de Kolmogorov-Smirnov) y el cálculo de la “Critical Ratio” de los parámetros de asimetría y curtosis (Curran, West y Finch, 1996); también se obtuvieron la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Se realizó el análisis de fiabilidad mediante la alfa de Cronbach, eliminándose

todos aquellos ítems con un índice de homogeneidad corregida y comunalidades menores que .5, así como los valores de saturación menores de .4. Para el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se utilizaron los siguientes métodos: para la elección del número de factores a retener, se tuvieron en cuenta la regla de Kaiser, el método de análisis paralelos y los valores de los índices *Chi-cuadrado/grados de libertad* (< 2), *RMSEA* (< 0.08) y el análisis de residuos (Harman, 1980; Steiger, 2007; Tabachnick y Fidell, 2007). Se eligió el método de mínimos cuadrados generalizados (recomendado para ítems que no siguen la distribución normal) y la rotación ortogonal “varimax” para obtener dimensiones que no se solaparan en sus conceptos.

Para establecer las diferencias de medias entre grupos, se utilizó la *T* de Student para muestras independientes y el ANOVA de 1 factor y, de igual modo, para establecer las correlaciones el coeficiente *r* de Pearson.

3- RESULTADOS

El perfil de los participantes es el de una mujer (191, el 86%) creyente (157, el 77%). Aunque la media de edad es de 41 años ($DT = 14.09$, *mín.* de 18, y *máx.* de 75 años), lo cierto es que no sigue una distribución normal sino que los resultados en esta variable se podrían agrupar en las 3 franjas mayoritarias establecidas en la Tabla 1. Respecto a la formación, la mitad está formada por universitarios (109, 50.9%), y, el resto, ha realizado Bachillerato o Formación Profesional (FP). Respecto a las profesiones el 61% (129) de los participantes está conformado por profesionales sociosanitarios (Tabla 1).

		Recuento	Porcentaje
Sexo	Mujer	191	86.0
	Hombre	31	14.0
Edad	18 a 39	100	44.8
	40 a 59	96	43.0
	60 a 75	27	12.1
Creencias religiosas	Creyente	157	77.3
	No creyente	46	22.7
Estudios	Bachillerato	45	21.0
	FP	60	28.0
	Universitario	109	50.9
Profesión	Sociosanitaria	129	61.1
	No sociosanitaria	43	20.4
	Estudiante	39	18.5
Experiencia con niños de 8-10 años	Tengo hijos	84	38.9
	Trabajo con niños	75	34.7
	No tengo	57	26.4
Fallecimiento en últimos 2 años	Sí	126	57.3
	No	94	42.7

Cercanía con el fallecido	Baja (1-3)	5	3.8
	Media (4 - 6)	15	11.4
	Alta (7 - 10)	112	84.8
Miedo a la muerte	Sí	118	53.9
	No	101	46.1
Intensidad del miedo a la muerte	Baja (1-3)	72	35
	Media (4 - 6)	60	29
	Alta (7 - 10)	74	36

Tabla 1.

Descripción de la muestra en cuanto a las variables sociodemográficas relativas al objeto de estudio.

En cuanto a la experiencia con niños de entre 8 y 10 años, los 3 grupos se repartieron de manera equitativa: los que tienen/han tenido hijos de tal edad, los que trabajan/han trabajado con niños de esa edad y los que no han tenido especial contacto con ellos (Tabla 1).

En los últimos dos años, el 57% (126) tuvo alguna experiencia de fallecimiento de un familiar. Prácticamente la mayoría, el 85% (112), califica al fallecido como “bastante cercano” (puntuación mayor que 7 en una escala del 1 al 10).

Respecto al miedo a la muerte, la mitad de la muestra (118, 54%) se inclinó hacia el Sí. La variable criterio, alusiva a la intensidad de miedo a la muerte, se distribuyó de manera platicúrtica, resultando una media poco informativa de 5 (una escala del 1 al 10) y una desviación típica de 2.7; por ello, se dividió a la muestra en 3 franjas de puntuaciones equitativas (Tabla 1).

La distribución de los ítems del cuestionario no resultó normal en las pruebas de normalidad ($p < .05$). Para realizar el AFE bajo el procedimiento de mínimos cuadrados generalizados se eliminaron 4 ítems que ni tan siquiera cumplían el criterio laxo de “Critical Ratio” de asimetría < 2 y de curtosis < 7 (Curran, West y Finch, 1996).

Comprobada la adecuación de los datos ($KMO = .837$ y prueba de esfericidad de Bartlett significativa $p < .001$ -), se recodificaron las puntuaciones de los ítems inversos y se eliminaron todos aquéllos con índice de homogeneidad corregida y comunalidades menores que .5; quedando, así, los 14 ítems de la forma final del cuestionario.

Según la regla de Kaiser, la escala contenía una estructura de 4 factores mientras que, según, los análisis paralelos, la estructura era unidimensional. Se exploraron por tanto los modelos de entre 1 y 4 factores. Los resultados de bondad de ajuste obtenidos se muestran en la tabla comparativa de modelos (Tabla 2). En ella se observa que todos los índices de ajuste empeoran a medida que se reduce el número de factores en las sucesivas exploraciones. Una vez rotados, se observó que la solución con mejor ajuste (de 4 factores) contenía 2 factores interpretables (de 6 y 4 ítems respectivamente) ya que los 4 ítems restantes resultó que no llegaban a configurar ningún otro factor; así, se decidió mantener esta solución de 2 factores,

ya que ofrecía mejor equilibrio entre ajuste y parsimonia; de hecho, en ella, solamente dos ítems (15 y 37) obtenían saturaciones menores de .4 (Tabla 3).

Modelos explorados		Chi^2	gl	p	Chi^2/gl	RMSEA	% varianza	% residuos
14 ítems	4 factores	71.3480	41	.0023	1.7402	.0592	47%	18%
	3 factores	100.0000	52	.0001	1.9231	.0661	43%	26%
	2 factores	140.6900	64	.0000	2.1983	.0754	37%	42%
	1 factor	191.9900	77	.0000	2.4934	.0841	31%	49%

Tabla 2.

Comparación de los índices de ajuste de los modelos factoriales explorados.

El primer factor (6 ítems), que explica un 13% de la varianza, recoge afirmaciones que hablan sobre el ocultamiento del dolor del adulto. El segundo factor (4 ítems), que explica un 12% de la varianza, recoge afirmaciones sobre la evitación del dolor a los niños, por ello, se denominaron “Esconder mi dolor” y “Evitar su dolor”.

Respecto al análisis de fiabilidad, tanto la escala total (alfa = .849) como las subescalas (Tabla 3) mostraron coeficientes alfa de Cronbach elevados.

Matriz de factores rotados. Escala de 14 ítems	Factor			
	1	2	3	4
36. Pienso que es mejor mostrarse fuerte ante los niños	.595	.111	.139	.136
12. Evitaría que me vieran llorar	.508	.034	.175	.249
16. Es mejor evitarles el dolor a los niños	.506	.164	.353	.290
32. No quiero que me vean sufrir	.489	.387	.096	.174
37. Sería dañino para ellos hablar claro sobre el fallecimiento	.399	.232	.358	.102
15. Retrasaría el momento de contárselo	.372	.188	.112	.284
26. Me da miedo hacerles daño hablando de ese tema	.061	.678	.027	.190
30. Me sentiría culpable del dolor de mis hijos	.112	.637	.198	.042
33. No se lo diría para que no se sintieran responsables de mi dolor	.398	.536	.123	.095
18. Intentaría disimular la ausencia del fallecido	.293	.414	.323	.250
43. Si los niños no lo saben no se ven afectados	.328	.131	.935	.022
44. Utilizaría mentiras piadosas para que no sufran más de lo necesario	-.032	.335	.401	.273
13. Evitaría que tuvieran que pasar por el trance del funeral o del entierro	.215	.093	.177	.787
40R. Invitaría a mis hijos a participar en el funeral	.161	.173	-.025	.606
Alfa de Cronbach	.745	.714	-	-
Porcentaje de varianza explicado	13	12	11	10
Autovalores	1.8	1.7	1.5	1.4

R: ítem cuya puntuación es inversa

Tabla 3.

Matriz de factores rotados (Extracción Mínimos Cuadrados Generalizados, rotación varimax).

En el análisis de medias de los factores y de la escala (*T* de Student o ANOVA de 1 factor) no se encontraron diferencias ni entre sexos, ni entre los 3 grupos de edad definidos, ni entre creencias religiosas (sí/no), ni entre profesiones (socio-sanitaria, no socio-sanitaria o estudiante), ni entre las personas que tenían experiencia o no con niños, ni entre las personas que han sufrido un fallecimiento en los últimos dos años, ni entre los que dicen tener miedo a la muerte o no. Sin embargo, sí que existen diferencias significativas ($p < .05$) según el nivel de estudios alcanzados: Conforme aumenta el nivel formativo (bachillerato, FP, universidad) disminuyen las puntuaciones totales obtenidas en la escala (35, 31 y 27 respectivamente) de manera significativa (Tabla 4).

	Estadísticos descriptivos				Bachillerato	FP	Universitario
	Media	Mediana	Desv. típ.	Mín.-Máx.	Media	Media	Media
Factor 1	13,7528	14,0	4,58068	6 - 29	16,23 _a	14,13 _b	12,51 _b
Factor 2	8,4055	8,0	3,31482	4 - 20	9,33 _a	8,84 _{a,b}	7,63 _b
TOTAL	30,1941	30,0	9,13823	14 - 64	35,38 _a	30,88 _b	27,38 _c

Nota: Los valores de la misma fila y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < .05$.

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos de la escala y subescalas resultantes. Diferencias entre las medias de los grupos formados por los distintos niveles formativos (ANOVA de 1 factor).

Respecto a la correlación entre las variables cuantitativas del estudio (Tabla 5), se obtienen correlaciones fuertes y significativas entre los factores y la escala total ($r = .891$ y $r = .797$, ambos con $p < .01$). La correlación entre ambos factores es de carácter moderado ($r = .544$, $p < .05$).

Además, existe una correlación inversa, leve y significativa de la edad con la intensidad del miedo a la muerte ($r = -.196$, $p < .01$), con el factor 1 ($r = -.151$, $p < .05$) y con la puntuación total de la escala ($r = -.142$, $p < .01$).

Por último, la intensidad del miedo a la muerte correlaciona de manera directa y significativa (aunque leve), con el factor 2 ($r = .199$, $p < .01$).

	Miedo muerte	Factor 1	Factor 2	TOTAL
Edad	-.196**	-.151*	-.121	-.142*
Miedo a la muerte		.032	.199**	.114
Factor 1			.544**	.891**
Factor 2				.797**

* Las correlaciones son estadísticamente significativas en $p < .05$

**Las correlaciones son estadísticamente significativas en $p < .01$

Tabla 5.

Correlaciones de Pearson entre variables del estudio.

4- DISCUSIÓN

El diseño del estudio da una respuesta al objetivo habiéndose obtenido una escala fiable y válida, con unos indicadores de bondad de ajuste más que satisfactorios ($Chi^2/gl < 2$ y $RMSEA = 0.06$).

A mayor puntuación obtenida en la escala, mayor es el nivel de actitudes desplegadas por el adulto para evitar la inclusión de los niños en el proceso de duelo por un familiar fallecido. Esta escala de 14 ítems se estructura en dos factores, Esconder mi dolor y Evitar su dolor. Este último se incrementa con el miedo a la muerte, mostrándose coherente con la literatura al respecto (Barreto, 2007; Bayés, 2001; Cruz y García, 2007; Gala et al., 2002; Santamaría, 2010, Siracusa et al., 2011).

La actitud evitativa contribuye a disminuir la ansiedad de enfrentarse a una situación dolorosa que no se ha aprendido a manejar. Esconder el propio dolor ayuda a evitar el dolor del niño, ambas actitudes participan del objetivo final de excluir al niño del duelo (Barreto, 2007; Santamaría, 2010), razón que justifica plenamente el hecho de que ambos factores correlacionen.

En la línea de lo que se ha encontrado ya en otros estudios y en diferentes ámbitos (Martí-García et al., 2014), la formación o el nivel de estudios es una variable que se muestra clave en este tipo de situaciones. Cuanto mayor es la formación, menos mitos y creencias erróneas (Amurrio y Limonero, 2007) y también menor evitación del duelo y su expresión (Conesa et al., 2005). Este resultado, dentro del proceso de acumulación de evidencias de validez (American Psychological Association, 1999), apoya la validez de contenido de la escala y confirma que el concepto que se tiene sobre la muerte es clave a la hora de poner en marcha estrategias de afrontamiento de uno u otro tipo (Mc Gorven y Barry, 2000; Schmidt et al., 2008; Williams-Ziegler, 1987).

Los resultados de correlaciones con la variable criterio, aunque son leves, también muestran sentido aportando validez de contenido; a mayor edad, menos miedo a la muerte, por lo que lógicamente se esconde menos el propio dolor (menos se puntúa en el factor 1). Y cuanto más miedo a la muerte más se pretende evitar el dolor a los niños (más se puntúa en el factor 2).

Aporta validez externa al estudio el hecho de que no existan diferencias de puntuación en las comparaciones entre los grupos generados por las variables creencias, profesión, experiencia con niños y miedo a la muerte, ya que amplía el perfil poblacional al que se puede aplicar.

Como limitaciones del estudio podemos mencionar que la dimensionalidad de la escala puede seguir evolucionando. Aunque los pruebas inferenciales (Chi^2/gl y $RMSEA$) para el modelo seleccionado son más que satisfactorias, las descriptivas (porcentaje de varianza explicada y análisis de residuos) son moderadas, tenemos 2 ítems son saturaciones menores que las recomendadas (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, y Tomás-Marco, 2014) y quedan 4 ítems sin interpretar (no incluidos en ningún factor). Futuras investigaciones podrían trabajar sobre este

resultado. De hecho, diferenciar entre el miedo a la propia muerte o a la muerte del otro podría estar relacionado con los dos factores que constituyen la escala.

5-CONCLUSIONES

Como corolario, a la vista de lo expuesto, se puede concluir que:

- 1- Con la metodología expuesta, se ha obtenido una escala valida y fiable que mide las actitudes de los adultos hacia los niños en situaciones de duelo.
- 2- Esta escala presenta propiedades psicométricas suficientes
- 3- Dado que tales propiedades se han conseguido con una escala de tan solo 14 ítems, lo que la convierte en una escala breve –con el valor añadido que tal conlleva por su fácil uso– puede ser de gran utilidad para los episodios del duelo en los que la comunicación abierta es difícil y la confusión es elevada.
- 4- A tenor de los resultados que –en tales episodios y circunstancias– se obtengan, se podrá programar y planificar las estrategias de intervención más adecuadas al respecto en el marco sistémico familiar

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (APA) (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: The American Psychological Association.
- Amurrio, L.M., y Limonero, J.T. (2007). El concepto de duelo en estudiantes universitarios. *Medicina Paliativa*, 14(1), 14-19.
- Aries, P (1974). *Western attitudes toward death*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Aries, P (1987). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus
- Barreto, M.P., y Soler, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Barnes, M. (1983). Reacciones de los niños y adolescentes ante la muerte de un padre o hermano. En O. Shaler (Edit.) *El niño y la muerte (pp.181-192)*. Madrid: Alhambra.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bela, A., Razdan, A., Weller, E., y Weller, R. (2006). Children's reactions to parental and sibling death. *Current Psychiatry Reports*, 8, 115-120.
- Bermejo, J.C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R., y Serrano, I. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia*, 22(88), 85-95. <http://revistadepsicoterapia.com/estrategias-de-afrontamiento-y-resiliencia-como-factores-mediadores-de-duelo-complicado.html>
- Bluebond, M. (1977). Meanings of death to children. En H. Feifel (Edit.). *New Meanings of Death (pp. 91- 116)*. New York: Thomas Springfield.
- Bonanno, G.A. y Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6), 760-77.
- Boyar, J. (1964). The construction and partial validation of a scale for measurement of the fear of death. *Dissertation Abstracts*, 25, 20-21.
- Busquet, X., y Pujol, T. (2001). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Medicina Paliativa*, 8, 116-119.
- Conesa, C., Ríos, A., Ramírez, P., Canteras, M., Rodríguez, M., y Parrilla, P. (2005). Estudio multivariante de los factores psicosociales que influyen en la actitud poblacional hacia la donación de órganos. *Nefrología*, 25, 684-697.

- Cruz, F., y García, M.P. (2007). *SOS... Dejarme morir. Ayudando a aceptar la muerte*. Madrid: Pirámide.
- Curran, P. J., West, S. G., y Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*, 16-29.
- Denton, J., y Wisenbaker, M. (1977). Death experiences and death anxiety among nurses and nursing students. *Nursing Research, 26*, 61-64.
- Gala, F.J., Lupiani, M. y Díaz, M. (1991). Sobre las concepciones de la muerte. *Rol, 159*, 63-66.
- Gala, F.J., Lupiani, M. y Guillén, C. (2007). Las actitudes y la conducta interpersonal. En C. Jiménez (Coord.). *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud (pp.491-511)*. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Gala, F.J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González-Infante, J., Villaverde, C. y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense, 30*, 39-50.
- Gala, F.J., Lupiani, M., Romero, J.M., Sánchez-Castillo, M. Bernalte, A., Barreto, M. y Lupiani, S. (2006). Communicating Bad News, a challenge for the Clinicians. An approach from the Health Psychology. *Journal of Health Psychology, 18 (2)*, 77-111.
- Gamo, E., y Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29(104)*, 455- 469.
- Glass, A., y Nahapetyan, L. (2008). Discussions by elders and adult children about end-of-life preparation and preferences. *Preventing Chronic Disease, 5(1)*, 1-8. Recuperado de http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/pdf/07_0141.pdf.
- Harman, H.H. (1980) *Análisis factorial moderno*. Madrid: Saltés.
- Herrán, A., y Cortina, M. (2007). El “acompañamiento educativo” desde la tutoría en situaciones de duelo. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas, 17*, 209-224.
- Herrán, A., y Cortina, M. (2008). La educación para la muerte como ámbito formativo: más allá del duelo. *Psicooncología, 5*, 409-424.
- Hilton, J. (1996). *Experiencias sobre el morir*. Barcelona: Seix Barral.
- Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U., Onelöv, E., Henter, J., y Steineck, G. (2004). Talking about death with children who have severe malignant disease. *New England Journal of Medicine, 351*, 1175 -1187.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo
- Lonetto, R. y Timpler, D. (1988). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Temis–Edición especial para Zambelletti España, S.A.-
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología, 30(3)*, 1151-1169.
- Martí-García, C, García-Caro, M.P., Schmidt-Riovalle, J., Fernández-Alcántara, M., Montoya-Juárez, R., y Cruz-Quintana, F. (2014). Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Medicina Paliativa, 128*. doi: 10.1016/j.medipa.2013.12.007.
- Mc Gorven, M., y Barry, M. (2000). Death education: knowledge, attitudes, and perspectives of Irish parents and teachers. *Death Studies, 24*, 325-33.
- Nagy, M. (1928). The child and death. *Psychology Stud Univ, 2*, 152-157
- Nagy, M. (1948). The child's theory concerning death. *Journal of Genetic Psychology, 73*, 3-27.
- Poch, C., y Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo*. Barcelona: Paidós
- Raja, R., Gala, F.J., González-Infante, J., Lupiani, M., Guillén, C., Alva, I., (2002). Influencias de las creencias religiosas en las actitudes del Personal Sanitario (P.S.) ante la muerte. *Cuadernos de Medicina Forense 29(9)*, 21-46.
- Ramos, F. y García, I. (1991). Miedo y ansiedad ante la muerte. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología Clínica y Salud (pp.131- 166)*. Murcia. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Robbins, R.A. (1991). Bugen coping with death scale - reliability and further validation. *Omega-Journal of Death and Dying, 22(4)*, 287-299.
- Rojas, P., Muñoz, G., y Alcaraz, M. (1998). Características que presentan los alumnos de Enfermería en relación a la muerte. *Enfermería Científica, 200-201*, 12-16.
- Sahler, S. (1983). *El niño y la muerte*. Madrid: Alhambra.
- Santamaría, C. (2010). *El duelo y los niños*. Santander: Sal Terrae.
- Schmidt, J., Montoya, R., García, M.P., y Cruz, F. (2008). Dos procesos de fin de vida. Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. *Index de Enfermería, 17*, 256-260.
- Schilder, P. y Wechler, D. (1934). The attitudes of children toward death. *Journal of Genetic Psychology, 45*, 406-451.

- Siracusa, F., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, M.N., García-Caro, M.P., Schmidt-Ríovalle, J., y Vera-Martínez, M. (2011). Actitudes y afrontamiento ante la muerte en padres de niños de primaria. *Psicología Conductual*, 19(3), 627-642.
- Slaughter, V., y Griffiths, M. (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 525-535.
- Steiger, J.H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 893-98.
- Tabachnick, B.G., y Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5ª Ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of Death Anxiety Scale (DAS). *Journal of General Psychology*, 82, 165-177
- Tomás-Sábado, J., y Gómez-Benito, J. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. *Psicología Conductual*, 12, 79-100.
- Urraca, S. *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*. (Tesis Doctoral). Madrid: Servicio de Publicaciones de la Univ. Complutense.
- Urraca, S. (1985). Estudio evolutivo ante la muerte. *Jano*, 653, 13-14.
- Urraca, S. (1986). La muerte en la sociedad contemporánea. En VV. AA. *Dilemas éticos de la Medicina actual* (pp. 162-179). Madrid: Publicaciones de la Universidad de Comillas
- Villardón, L. (2001). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. (2ª Ed.) Bilbao: Universidad de Deusto.
- Villacieros, M., Magaña, M., Bermejo, J.C., Carabias, R., y Serrano, I. (2014). Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina Paliativa*, 21(3), 91-97.
- Viñas, F., y Doménech, E. (1999). El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, 89-104.
- Walsh-Burke, K. (2006). *Grief and loss theories and skills for helping professionals*. Boston, MA: Pearson Education.
- Wass, H.A. (2004). Perspective on the current state of death education. *Death Studies*, 28, 289-308.
- Willians-Ziegler, J.C. (1987). Cómo aliviar temores comunes. En P. Vilagrassa y P. Peya (Edits.) *Paciente terminal y muerte* (pp. 156-181). Barcelona: DOYMA.
- Willis, C.A. (2002). The grieving process in children: strategies for understanding, educating, and reconciling children's perceptions of death. *Early Childhood Education Journal*, 29(4), 221-226.
- Yudkin, S. (1967). Children and death. *Lancet*, 1, 37-42.

INTEGRACIÓN DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO Y REPRODUCTIVO CON LA PSICOTERAPIA: REFLEXIONES A TRAVÉS DE UN CASO

INTEGRATION OF GENETIC AND REPRODUCTIVE COUNSELING WITH PSYCHOTHERAPY: CONSIDERATIONS THROUGH A CASE

Eugènia Monrós

Doctora en Biología, Psicoterapeuta
PsiGen, Barcelona, España

Assumpta Junyent

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta
Cintrapsicología, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Monrós, E. y Junyent, A. (2016). Integración del Asesoramiento Genético y Reproductivo con la Psicoterapia: Reflexiones a través de un caso. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 181-202.

Resumen

El objetivo de este artículo es invitar a reflexionar a los profesionales de la psicología clínica y la psicoterapia sobre el impacto emocional y psicosocial que las enfermedades genéticas minoritarias tienen sobre el individuo. Tanto las personas afectadas como sus familiares suelen necesitar de un acompañamiento que, más allá del acto informativo del consejo genético, les ayude a superar los aspectos traumáticos y el duelo asociados a la enfermedad, a través de un proceso psicoterapéutico profundo. Desde una mirada integradora, el proceso debe incluir también información acerca de los recursos bio-psicosociales de apoyo, promoviendo el acceso de los afectados a los movimientos sanitarios y asociativos de soporte. En definitiva, se trata de ayudar al paciente y/o familiares a reconstruir y re-narrar su vida de una manera más autónoma y sana.

Palabras clave: *asesoramiento genético, consejo genético, enfermedad genética, Síndrome de Osler-Rendu-Weber, Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria, psicoterapia, trauma, duelo.*

Abstract

The main objective of this article is to invite clinical psychologists and psychotherapists to think over the emotional and psychosocial impact that rare genetic diseases have on the individual. Both those affected and their families often need an accompaniment that, beyond the informative act of genetic counseling, helps them overcome the traumatic aspects and grief associated to the disease through a deep psychotherapeutic process. From an integrative look, the process should also include information about the bio-psychosocial support resources, promoting the access of those affected to health resources and associative support. In short, it's about helping the patient and/or their family to rebuild and re-tell their life in a more autonomous and healthy way.

Keywords: *genetic counseling, genetic disease, Osler-Rendu-Weber Disease, Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia, psychotherapy, trauma, bereavement.*

Fecha de recepción: 4/04/2016. Fecha de aceptación v1: 16/04/2016. Fecha de aceptación v2: 8/06/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: eugeniamonros@psigen.cat

Dirección postal: Eugènia Monrós. PsiGen, Casanova 46, 4-1, 08011 Barcelona, España

© 2016 Revista de Psicoterapia



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades genéticas tienen un impacto bio-psicosocial profundo sobre la persona que las padece y sobre su familia, que a menudo no es atendido. Este artículo tiene el objetivo de sensibilizar a los profesionales de la psicología clínica y la psicoterapia sobre el sufrimiento y las dificultades que acompañan a los afectados por estas enfermedades minoritarias, y mostrar su necesidad de un acompañamiento integral que, más allá del consejo genético, les ayude social y psicológicamente a encontrar recursos y a superar los aspectos dolorosos y traumáticos de la enfermedad, con el fin de poder reconstruir y enfocar su vida desde una mayor aceptación y salud psíquica.

Enfermedades Raras

Las enfermedades raras, también llamadas enfermedades minoritarias o poco comunes, son un gran conjunto de enfermedades de origen mayoritariamente genético y hereditario que se caracterizan por:

- Su baja incidencia, inferior a 5/10000 habitantes según la Unión Europea (UE).
- Su gran número, 7000 aproximadamente. A pesar de su baja frecuencia individual, en conjunto afectan a una proporción considerable de la población. La Organización Mundial de la Salud estima que en España hay tres millones de personas afectadas de alguna enfermedad rara, cifra que aumenta hasta los 30 millones en la UE. La Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER, <http://www.enfermedades-raras.org/>) agrupa las distintas asociaciones de pacientes existentes en nuestro país y ha creado recientemente el Registro Estatal de Enfermedades Raras (Real Decreto 1091/2015, BOE 24 diciembre 2015). Esta organización es un referente en España y está realizando una importante labor de integración multidisciplinar desde lo social, lo sanitario, la comunidad científica, la industria, los medios de comunicación... Ofrece información y servicios a los afectados y familiares de forma especializada, y atiende y da voz a sus necesidades específicas, ofreciendo una plataforma coordinada que protege y promueve sus derechos para mejorar su esperanza y calidad de vida, en todas las edades.
- Son crónicas e incurables: En su mayoría son enfermedades genéticas. La lesión causante es intrínseca al individuo, se halla en los cromosomas o en el ADN de todas las células del cuerpo, expresándose en distintos órganos o a nivel sistémico. La terapia génica se halla todavía en pañales, a pesar de los esfuerzos en investigación que se realizan a nivel mundial.
- Acostumbran a ser graves, degenerativas e invalidantes, conduciendo a menudo a una muerte prematura.
- Al ser genéticas, tienen la particularidad que trascienden al propio individuo para afectar a toda la familia. Las enfermedades génicas, causadas por

una mutación en un gen, pueden transmitirse de un progenitor afectado a sus hijos con un riesgo del 50% en cada embarazo (herencia dominante), o pueden aparecer sin que haya antecedentes previos en la familia, sea porque ambos progenitores son portadores sanos (herencia recesiva, riesgo de recurrencia del 25%) o bien como producto de una mutación espontánea (mutación *de novo*) en el ADN de una de las células germinales que han dado origen al individuo (Fig. 1).

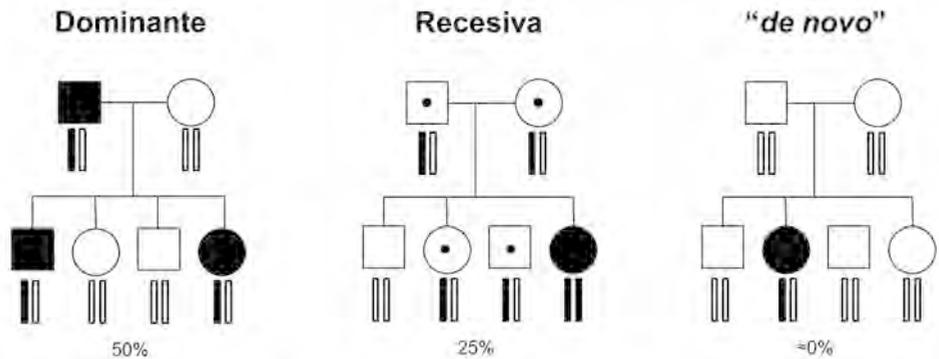


Figura 1: Principales patrones de herencia de las enfermedades hereditarias y sus riesgos de recurrencia.

Pueden presentarse de forma congénita –desde el nacimiento– o emerger más tardíamente, en algunos casos durante la vida adulta cuando la persona ya ha tenido descendencia. Tal es el caso de la Enfermedad de Huntington: su inicio alrededor de los 40 años implica que cada uno de los hijos del afectado tiene un riesgo del 50%, a su vez, de desarrollar la enfermedad (Walker, 2007).

Las enfermedades cromosómicas constituyen otro gran conjunto de enfermedades raras de base genética que, dada su distinta idiosincrasia, serán analizadas en otra publicación.

Debido a todas estas particularidades, las enfermedades minoritarias suelen tener un impacto devastador, tanto para el afectado como para la familia extensa: la sorpresa, la incertidumbre, las expectativas frustradas, el sufrimiento físico y emocional, la esperanza y calidad de vida, el miedo, la culpa, la discapacidad, la asunción quizá de una muerte prematura... Es una sacudida compleja para la familia con repercusiones profundas sobre cada uno de sus miembros, sobre el sistema familiar como conjunto y como red de interrelaciones, que suele acompañarse de una importante sensación de soledad y desprotección. En este sentido, el apoyo del grupo de iguales que brindan las asociaciones de enfermos cobra especial relevancia.

Este sufrimiento va a menudo acompañado de una larga peregrinación por el sistema sanitario hasta conseguir un diagnóstico clínico que permita dar un nombre a la patología y, por tanto, conocer su pronóstico y opciones terapéuticas. En la

actualidad, la sanidad pública conjuntamente con FEDER están realizando un importante esfuerzo para mejorar este problema, pues el tiempo medio de diagnóstico llega a ser de cinco años. Es un tiempo largo de incertidumbre e impotencia que puede tener consecuencias graves para el afectado, y frustrante también para el personal médico y sanitario que se enfrentan, impotentes, al desconocimiento de la enfermedad. A ello hay que sumar el hecho de que el tratamiento de las enfermedades genéticas suele ser sintomático, paliativo y preventivo. La curación no es posible a día de hoy.

No obstante, gracias a los avances genéticos y tecnológicos y al desarrollo del Proyecto Genoma Humano (Rogers, 2003), el diagnóstico clínico puede permitir, para un número creciente de patologías, un diagnóstico genético de certeza. El número de enfermedades para las que se conoce el gen responsable no cesa de crecer. Toda la información biomédica y genética publicada a nivel mundial se recoge diariamente en un servidor gratuito (OMIM: Online Mendelian Inheritance in Man, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>) perteneciente al National Center for Biotechnology Information (NCBI). En este compendio, cada gen y cada enfermedad tienen un código asociado para su identificación inequívoca.

Obtener el diagnóstico genético es conocer el gen y la mutación subyacentes a la enfermedad. Es un paso imprescindible para abordar la prevención, basada en evitar el nacimiento de nuevos afectados mediante la interrupción del embarazo tras el diagnóstico prenatal del feto, o mediante las modernas técnicas de diagnóstico preimplantacional. Ambos abordajes son procedimientos eugenésicos con serias implicaciones éticas que requieren una revisión profunda de valores, tanto para la pareja como para el profesional. Este aspecto reviste una especial delicadeza al tocar aspectos básicos existenciales de la intimidad humana.

Consejo Genético

Las opciones reproductivas preventivas que hemos esbozado dependen de cada enfermedad. Debe conocerse el gen y la alteración genética concreta debe ser determinada. En la era de la Medicina Molecular, toda esta información es ofrecida al cliente –paciente y/o familiar– en el contexto del acto denominado consejo o asesoramiento genético. El consejo genético se describe, según la National Society of Genetic Counselors (NSGC) Definition Task Force (Resta et al., 2006, p.77) como:

... el proceso de ayudar a la persona a comprender y adaptarse a las implicaciones médicas, psicológicas y familiares de las contribuciones genéticas a la enfermedad.

Este proceso integra los siguientes aspectos:

- Interpretación de la historia médica y familiar para evaluar la probabilidad de ocurrencia o recurrencia de la enfermedad.
- Educación acerca de la herencia, testado, manejo, prevención, fuentes e investigación.

- Asesoramiento para promover decisiones informadas y adaptaciones al riesgo o a la condición.

En España, la definición se recoge en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y desde el año 2012 existe la Sociedad Española de Asesoramiento Genético (SEAGen, <http://www.seagen.es/>).

El término “consejo genético” fue acuñado por Sheldon Reed en la década de 1940 (Resta, 1997), aunque no fue hasta 1969 que dejó de ser una actividad meramente clínica para establecerse como disciplina profesional en EEUU. A pesar de que la definición citada incluye los aspectos psicológicos, existen dos modelos de consejo genético: el “modelo de enseñanza” (“*teaching model*”), centrado en una postura didáctica que enfatiza el objetivo de proporcionar información biomédica, y el “modelo de asesoramiento” (“*counseling model*”) basado en una postura terapéutica que prioriza las dimensiones psicológicas de la persona. Este segundo modelo incluye la psicología clínica en sus materias curriculares, muy especialmente la formación en las habilidades del modelo humanista de Rogers centrado en el cliente (Rogers, 1981). La SEAGen también acoge los aspectos subjetivos y contempla que el asesor forme parte de un equipo multidisciplinar para derivar al paciente en caso necesario. No obstante, el modelo de enseñanza es el más frecuente y en él las necesidades emocionales del cliente no suelen quedar contempladas. Más aún, en países como España donde la Genética no ha sido reconocida como especialidad hasta el año 2015, el consejo genético sigue siendo un acto clínico ofrecido sólo en grandes hospitales por profesionales de la salud sin una formación psicológica específica. Si a ello le sumamos la peregrinación a que las familias se ven generalmente sometidas, es fácil imaginar el grado de angustia con el que los clientes llegan a la consulta. La sanidad pública en España está actualmente haciendo un importante esfuerzo para facilitar el proceso de diagnóstico y el seguimiento integral de las enfermedades minoritarias más frecuentes mediante la creación de unidades de referencia, multidisciplinarias y especializadas, pero aún se calcula que el 50% de las familias no recibe asesoramiento. Es un tiempo de cambio, por ello es necesario generar un espacio de reflexión acerca de la complejidad del impacto bio-psicosocial y existencial de las enfermedades minoritarias, tanto en los medios profesionales como en los académicos, y adecuar los contenidos curriculares a las necesidades de los afectados, también en la formación del psicólogo y del psicoterapeuta.

Con todo, el consejo genético ha tenido siempre una relación difícil con la psicoterapia. Aunque pronto se evidenciaron las necesidades psicológicas de los clientes y la pregunta “Cuánto de psicoterapéutico debería ser el consejo genético?” (Fraser, 1982, citado en Austin, 2014, p. 904) ha estado implícita durante décadas en el pensamiento de algunos, existe reserva a la hora de asemejar el consejo genético a un acto psicoterapéutico. Un estudio de la NSGC demostró que sólo el 5.9% de sus miembros está interesado en la psicoterapia (Eunpu, 1997). La posición objetiva y aséptica del modelo educacional es más cómoda, pero es reduccionista.

Las enfermedades genéticas tienen importantes repercusiones vitales, reproductivas y sociales sobre afectado y familiares, y el asesor debe ser sensible a la complejidad de este sufrimiento para ayudar a aliviar el dolor, asimilar la situación y que a través de ella el cliente obtenga una mayor madurez psicológica, no sólo para tomar decisiones sino para vivir de forma más sana y adaptativa. Este enfoque coincide con la definición que la American Psychological Association hace de la psicoterapia (APA, 2013).

S. Kessler, autor del libro *Psyche and Helix: Psychological Aspects of Genetic Counseling* (citado en Kessler, 1997) describió el consejo genético ya en 1979 como “un tipo de encuentro psicoterapéutico” que no puede ser reducido a un mero acto informativo. Herederos de este enfoque, Austin y colaboradores (2014) sugieren, en un interesante artículo, conceptualizarlo como una forma de psicoterapia en la que la comunicación de la información genética sea el objetivo central del proceso. En concordancia, el Accreditation Council for Genetic Counseling (ACGC) requiere actualmente que los asesores se formen en las siguientes competencias: herramientas de escucha e intervención rogerianas, mecanismos de defensa y modelos de afrontamiento, dinámicas sistémicas familiares y procesamiento del duelo, para facilitar no sólo una toma de decisiones debidamente informada sino una adaptación a la enfermedad (ACGC, 2015), pues se ha demostrado que acoger los aspectos emocionales del cliente favorece su comprensión y toma de decisiones, a la vez que disminuye su angustia y aumenta su bienestar (Meiser, Irle, Lobb & Barlow-Stewart, 2008). Hay que tener en cuenta que el propio proceso de informar acerca del diagnóstico, pronóstico y herencia, así como el planteamiento de las opciones de vida y reproductivas, remueve y aumenta la angustia del cliente, el cual se enfrenta a serias cuestiones existenciales. Por ello es aún más necesario ser sensible a los aspectos psicológicos profundos del consejo genético. Algunos modelos trabajan ya en esta dirección, como el “Reciprocal-Engagement Model of Empathy” (Vanden Langenberg, 2012), y destacan las reflexiones de Yager (2014), psicólogo, educador y consejero clínico, quien concluye que el cambio del paciente genético depende básicamente de las habilidades terapéuticas del asesor, en especial la empatía, la intervención en procesos de crisis y la contratransferencia. Según el autor, estas herramientas son capaces de transformar una árida y desconectada sesión informativa en un encuentro terapéutico. Éste es el enfoque que compartimos, basado en un proceso de experiencia y madurez profesional. Consideramos que el asesor debe tener la capacidad de profundizar y reflexionar junto con el afectado acerca de aspectos esenciales de la vida y de la muerte, para ofrecer un acompañamiento real a sus temores y necesidades.

El presente artículo busca ahondar en este marco teórico en el que el consejo genético se calza en los zapatos del cliente para promover su autonomía, a través no sólo de la transmisión de información sino de la calidad de la alianza terapéutica (Safran & Muran, 2005). Más aún, reflexionamos sobre la necesidad de muchas personas afectadas y/o familiares de abordar un proceso psicoterapéutico profundo

donde revisar el sufrimiento, el duelo, el trauma, la culpa y la depresión a menudo asociados a la presencia de una enfermedad hereditaria grave en el seno de la familia, así como la redefinición vital y de roles de los distintos componentes del sistema. En este proceso, la relación y el vínculo cobran una especial importancia para aportar al cliente una base segura de confianza que le permita ahondar en los aspectos vivenciales más difíciles o prohibidos, e integrarlos en una personalidad más sana. Aunque no existen estudios empíricos que validen científicamente su eficacia terapéutica, se propone un modelo humanista, relacional e integrador del consejo genético y la psicoterapia para poder abordar las múltiples dimensiones de esta compleja problemática.

Más allá del consejo genético: el consejo reproductivo

Dentro de este contexto, el asesoramiento sobre las opciones reproductivas de cada miembro de la familia deviene un punto crucial dentro del consejo genético dado que, a falta de tratamiento y curación, la prevención de las enfermedades raras se basa en procedimientos eugenésicos que evitan el nacimiento de nuevos afectados.

Hasta hace pocos años, la única opción era el diagnóstico prenatal y la interrupción legal del embarazo mediante aborto terapéutico cuando el feto estaba afectado, una opción que suma sufrimiento. Actualmente, los avances tecnológicos permiten abordar un diagnóstico preimplantacional gracias al cual se evita la gestación de embriones afectados. Éste requiere técnicas de reproducción asistida las cuales, además de un elevado coste económico, tienen impacto en la pareja y, más específicamente, sobre la salud física y emocional de la mujer. En estudio está su posible impacto psicológico sobre el propio bebé gestado artificialmente (Winter, Van Acker, Bonduelle, Desmyttere & Nekkebroeck, 2015), campo que requiere una profunda investigación. Todos estos aspectos, como se ha comentado anteriormente, conllevan controvertidas y profundas cuestiones éticas tanto para el cliente como para el profesional, sobre las que cabe reflexionar.

La fecundación *in vitro* (FIV) es la técnica de elección para el diagnóstico preimplantacional de las enfermedades hereditarias. Este proceso requiere la estimulación hormonal de la mujer para maximizar su fecundidad, la extracción de los óvulos y su fecundación en el laboratorio con espermatozoides del hombre. Tras tres días de cultivo *in vitro*, cuando se hallan en estado de 4-8 células, los embriones son analizados genéticamente: mediante micromanipulación se extrae una de las células y se determina específicamente si es portadora de la mutación. Se implantan en el útero materno sólo los embriones libres de mutación. El proceso es costoso, no está libre de riesgos y su éxito suele ser inferior al 20% estimado en los procesos de FIV convencionales. Suelen necesitarse varios ciclos de tratamiento hasta conseguir un embarazo, y cada ciclo requiere un nuevo tratamiento hormonal y nuevas intervenciones, más la angustia de la espera de un resultado positivo tras cada paso de manipulación efectuado. Los efectos psicológicos sobre la mujer son

evidentes. A ellos se suman los efectos secundarios de los tratamientos hormonales y el estrés al que se somete el cuerpo, aspectos que a menudo no son informados ni acompañados. Engendrar un hijo mediante estos procedimientos dista mucho de hacerlo por vía natural. Una información detallada de todos los pros y los contras, y un cuidado período de reflexión que acoja todos estos parámetros –incluidos los emocionales– resultan, en nuestra opinión, imprescindibles.

El diagnóstico preimplantacional puede realizarse en la actualidad para una creciente cantidad de patologías genéticas, sean génicas o cromosómicas, y asegura que el futuro bebé no estará afectado por la enfermedad familiar. No obstante, no puede de momento asegurar un “hijo sano”, ya que no se analiza todo el ADN. Estas limitaciones irán siendo superadas, pues los escáneres rápidos de todo el genoma empiezan a ser una realidad.

Se concluye que ambas situaciones, tanto el diagnóstico prenatal como el preimplantacional, suponen situaciones de angustia adicionales para la pareja que se suman al sufrimiento previo de la enfermedad.

Por todo lo expuesto, el desarrollo de la naciente Medicina Molecular requiere que se produzca un entrecruzamiento entre dos disciplinas: que los psicoterapeutas conozcan el mundo de las enfermedades hereditarias y la reproducción asistida, y que los asesores genéticos tengan nociones de psicología y psicoterapia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Con este objetivo se presenta el caso de una paciente en edad reproductiva afectada de una enfermedad hereditaria que solicita consejo genético, a la vez que realiza una demanda psicoterapéutica para elaborar sus miedos. Se describe el procesamiento en paralelo de la información genética y reproductiva relativa a la enfermedad con los conflictos psicológicos más profundos que fueron emergiendo, en un proceso indivisible de integración hasta poder tomar una decisión reproductiva desde la salud emocional y el contacto con la vida. Por este motivo le hemos llamado Luz. El proceso psicoterapéutico fue desarrollado en base a una combinación personal de modelos humanistas, relacionales e integradores (Coderch, 2012; Coderch, 2015; Gimeno-Bayón & Rosal, 2003; Erskine et al., 2011; Payás, 2010; Wallin, 2012)

Luz es una mujer de 31 años que acude a la consulta derivada a una de las autoras por su doble formación en genética humana (Monrós, Smeyers, Ramos, Prieto & Palau, 1995; Monrós et al., 1997; Armstrong et al., 2002) y en psicoterapia de adultos. Tal como se muestra en la Figura 2, la paciente es la segunda de cuatro hermanos. Es maestra y psicopedagoga, y ha cursado la formación completa en psicoterapia Gestalt. Vive en pareja en un pueblo de la provincia, donde trabaja en un colegio. Es una chica atractiva, risueña, expresiva, inteligente y asertiva. Hace pocos meses ha sido diagnosticada de una enfermedad hereditaria, el Síndrome de Osler-Rendu-Weber, y se presenta haciendo una doble demanda:

- Demanda genética:
 - Valoración de la enfermedad y sus consecuencias.
 - Consejo genético y reproductivo: desea tener hijos.
- Demanda psicológica:
 - Asumir la enfermedad y el miedo: a vivir y a morir.
 - Realizar tal vez un trabajo de duelo: de su salud, de sus expectativas de vida frustradas, de los hijos que tal vez no pueda tener.

En este punto es importante reflexionar que la complejidad de la propia demanda requiere de un abordaje terapéutico profundo, holístico e integrador, el cual no podría ser asumido por un modelo de psicoterapia orientado al síntoma o a través de un modelo cognitivo-conductual.

Síndrome de Osler-Rendu-Weber

Conocido también con el nombre de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HTT), es una enfermedad rara causada por malformaciones en los vasos sanguíneos en piel, mucosas y vísceras (cerebro, pulmón, hígado, intestino). Los síntomas, con riesgo evidente para la vida, pueden resumirse en: hemorragias nasales, gastrointestinales y respiratorias, insuficiencia respiratoria y cardíaca, accidentes cerebrovasculares, convulsiones, hipertensión, hepatomegalia, cirrosis, telangiectasias, hemangioma y anemia.

Como en la mayoría de patologías genéticas, no existe un tratamiento específico y la calidad de vida del paciente depende de la prevención mediante revisiones periódicas y proceder, si es necesario, a la cauterización, cirugía láser y/o embolización endovascular. El pronóstico es muy variable, desde formas graves con muerte perinatal o prematura hasta formas más leves que permiten un período largo de vida normal hasta que se inician los síntomas.

La enfermedad tiene un patrón de herencia autosómico dominante con un riesgo de recurrencia del 50%. Se distinguen dos variantes, según el gen implicado:

- HTT1 (OMIM 187300): La variante tipo 1 está causada por mutaciones en el gen Endogлина, en el cromosoma 9. Se caracteriza por un inicio más precoz del sangrado nasal y por una mayor afectación pulmonar y cerebral.
- HTT2 (OMIM 600376): La variante tipo 2, causada por mutaciones en el gen ALK1 en el cromosoma 12, cursa con mayor afectación hepática.

Luz: Historia Clínica

Luz hace pocos meses que ha sido clínicamente diagnosticada. Ha heredado la enfermedad de su madre, diagnosticada un poco antes, a la edad de 50 años. La madre sufre casi a diario sangrados nasales abundantes, tiene pulmones y corazón afectados, y ha padecido la embolización de cinco fístulas pulmonares. Tal como se muestra en la Figura 2, la hermana mayor de Luz también está afectada mientras que los dos menores no presentan síntomas. Se supone que la mutación proviene del abuelo materno, ya fallecido.

Luz también ha sido sometida recientemente a una embolización pulmonar en la que tuvo complicaciones, y comenta ya en la primera sesión: *“He tenido la muerte delante de los ojos”*. Próximamente tiene programado un escáner cerebral que le provoca importante angustia.

Con todos estos antecedentes, su doble demanda de consejo genético y trabajo psicoterapéutico del miedo a la enfermedad y a la muerte cobran gran sentido.

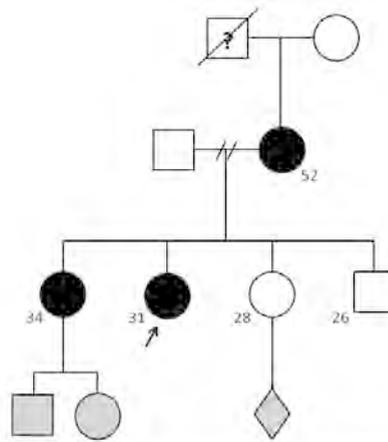


Figura 2: Árbol genealógico. En negro se muestran los sujetos afectados por el Síndrome de Osler-Rendu-Weber; en gris, los menores sin diagnóstico. La flecha señala a Luz.

Otros problemas manifestados

En el transcurso de las dos primeras sesiones emergen otros antecedentes biográficos de impacto psicológico relevante que deberán ser tenidos en cuenta en el planteamiento psicoterapéutico. Para un mayor acercamiento a la subjetividad de la paciente, en la descripción se ha conservado la máxima fidelidad a los diálogos y a los procesos internos verbalizados.

- **El padre:** El padre de Luz era alcohólico y mujeriego. No obstante, cuando habla de él manifiesta, sonriente: *“Ya no me victimizo por ello, al contrario. Me he responsabilizado de mi misma y he escogido una buena pareja”*.
- **La madre:** La madre tiene una personalidad lábil. Tuvo una infancia difícil y realizó varios intentos autolíticos durante la infancia de Luz. El matrimonio se separó cuando ella tenía 14 años y en la actualidad ambos progenitores tienen otra pareja.

Desde la primera sesión emerge el conflicto con la madre, tal como se recoge en los siguientes comentarios:

“Mi madre me agobia mucho. Es victimista y manipuladora. Siempre tiene que ser la protagonista, siempre quejándose... No la soporto.”

“Hizo varios intentos de suicidio, el primero cuando yo tenía tres años, se cortó las venas... A veces hacía las maletas y decía que se iba de casa. Yo tenía tanto miedo! A los 10 años me contó todo: sus intentos de suicidio, su sufrimiento, que mi padre además de beber iba con otras mujeres...”

“De pequeña tenía mucho miedo a que muriera y hacía juegos mágicos para salvarla. Cuando volvía del colegio inventaba juegos pensando ‘si es que sí, morirá; si es que no, no morirá’”.

Con resentimiento, comenta: *“Ahora, con esta enfermedad, ya tiene lo que quería: un motivo para quejarse de verdad! Me da mucha rabia, lo trabajé”*

mucho en Gestalt pero no lo supero... ”

Al final de este discurso, que verbaliza desde la conexión emocional, añade: *“Soy como mi madre, hasta tengo su enfermedad!”*.

Cabe mencionar, como se verá a lo largo de toda la presentación, que Luz es una persona muy trabajada interiormente y con gran capacidad de *insight*, lo cual favoreció su rápido avance psicoterapéutico con importantes cambios intrasesión e intersesión. Por ello, pese a la complejidad del caso, éste puede ser fielmente descrito de forma ágil a través de los procesos de intervención. Éstos se basaron desde el inicio en la utilización de la gran diversidad técnica de las psicoterapias humanistas, con las que ella se sentía muy cómoda, pero teniendo un cuidado especial en asegurar el cierre de todos los contenidos que surgían en cada sesión. En las subsiguientes sesiones se iban hilando las distintas dimensiones de su problemática y lo largo del proceso se iba comprobando cómo iba renarrando su historia de forma más integrada. Una persona con su puerta de entrada (Ware, 1983), altamente emocional, pero menos madura psicológicamente o con menor capacidad de interiorización, habría requerido un enfoque distinto y, sin duda, un proceso más largo, más centrado en la contención emocional y en fomentar la metacognición y mentalización (Main, 1991, citado en Fonagy 2000; Wallin, 2012).

- **La pareja:** Luz lleva cuatro años en pareja, con la que convive desde hace un año. Ella desea mucho tener hijos, pero cuenta: *“Mi compañero no quería. Le dije que yo podía prescindir de la pareja pero no de los hijos, entonces aceptó. Esto fue antes de que me diagnosticaran la enfermedad. Ahora él también tiene miedo: a tener hijos enfermos, a que yo muera, a que muera de hemorragia durante el parto, a quedarse solo con los niños...”* Al final añadió: *“Hablamos mucho... Yo no quiero llevarlo sola”*. En esta última frase se intuye una demanda implícita de acompañamiento, fruto probablemente de una necesidad sana de cambio y que refleja una vivencia previa de soledad, según se infiere de sus experiencias de infancia. La pareja emerge como un lugar sólido, un vínculo seguro.

Hipótesis diagnósticas

1. Hipótesis genética: Tras una documentación a fondo sobre la clínica y bases genéticas de la enfermedad a través de los datos que se recogen en el OMIM y en la bibliografía, se presupone que la mutación familiar se halla en el gen Endogлина (Fig. 3). No obstante, será necesario el análisis molecular para confirmar la sospecha diagnóstica.

2. Diagnóstico según el DSM-IV

Eje I: F43.28: Trastorno adaptativo agudo con ansiedad [309.24]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II

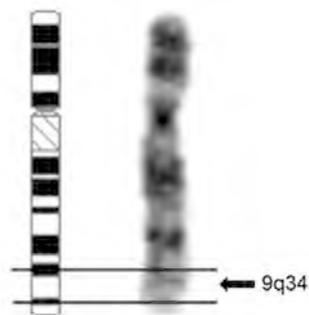


Figura 3: Cromosoma 9 humano y localización del gen Endogлина en la banda 9q34

[V71.09]

Eje III: Síndrome Osler-Rendu-Weber (HTT1)

Eje IV: Estrés relativo al diagnóstico de una enfermedad hereditaria y al planteamiento de la maternidad. Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: EEAG 75

Luz muestra un alto grado de funcionalidad en todos los aspectos de su vida. Sus síntomas relacionados con la ansiedad y el estado de ánimo son codificables de acuerdo a un Trastorno adaptativo en respuesta al reciente diagnóstico de su enfermedad y a sus deseos de ser madre. No cumple criterios para ningún trastorno de personalidad. Destacan sólo algunos rasgos histriónicos, como en su apariencia cuidada y seductora y su elevada y cambiante emocionalidad, junto con cierta tendencia obsesiva, derivada de su necesidad de control emocional, mental e interpersonal ya desde niña, como medida de afrontamiento ante los conflictos familiares y las amenazas de la madre.

Su estilo sano de personalidad según Millon & Everly (1994) encaja dentro del patrón sociable (animada, expresiva, dramática, encantadora) y, en menor grado, cooperadora (complaciente, abierta, tierna).

3. Diagnóstico según el modelo de Análisis Transaccional (AT)

Se ha escogido el Análisis Transaccional como modelo alternativo de diagnóstico por su capacidad explicativa detallada de las diferentes dimensiones de la personalidad—conductual, cognitiva, emocional y relacional— a la vez que aporta un lenguaje simbólico y conceptual claro en relación a la estructura de la persona, el cual facilita el posterior trabajo de identificación e integración de “partes” o “subpersonalidades”.

Estados del yo:

- Estado Niño: Al inicio, predomina una Niña muy asustada (Niña Natural y Niña Adaptada Sumisa). Coexisten aspectos sanos actuales con otros aspectos de su historia emocional que se solapan y la confunden.
- Estado Adulto: Adulto estructurado y presente cuando se requiere.
- Estado Padre: Padre Crítico interno negativo que la asusta y culpabiliza y un gran Padre Nutricio externo, tanto positivo como negativo, como se deriva de su profesión y de su rol de cuidar de su madre ya desde la infancia, con la que se identifica y mantiene simbiosis. Déficit de Padre Nutricio interno.

Subsistema Emocional:

A través de la observación, y por lo que expresa en su presentación y demanda, esta Niña asustada tiene miedo intenso a la enfermedad, a sufrir, a las complicaciones, a vivir y a morir. Un miedo comprensible pero con mucha carga de angustia asociada, debido al miedo que ha sufrido en su infancia y al trauma acumulativo de

sus vivencias, que han convertido este miedo en parásito.

Conecta con facilidad con las emociones de rabia y vergüenza, también producto del trauma, pero le falta poder mentalizarlas: pensarlas y darles un sentido.

Luz siente también frustración, pues el diagnóstico de su enfermedad le obliga a reconsiderar su vida y sus expectativas, viéndose truncada su salud, sus planes e ilusiones.

La culpa aparece también como emoción parásita: culpa ante su deseo de tener hijos por si heredarán la enfermedad, por darles una madre enferma, por si ella muere, por su pareja.

Como emociones prohibidas emerge la tristeza. En sus propias palabras: *“Quiero estar tranquila y presente, pero cuando me paro aparece siempre esta amargura...”*.

Subsistema cognitivo:

Como se ha mencionado, la paciente presenta un Adulto estructurado con un buen funcionamiento. Es inteligente y viva, interesada por el trabajo interior y la superación, y posee alta capacidad de *insight*.

Su posición existencial aparente es (+/+), con ligera tendencia a la manía. A nivel interno, la tendencia es depresiva/nihilista (-/-).

Subsistema conductual:

- Mecanismos de defensa: Los más destacados son la introyección y la negación. Desconecta de las emociones a través del control y del hacer, pues *“conectar es amenazante”*.
- Comportamiento improductivo: Agitación.
- Sistema de caricias: Déficit de caricias incondicionales positivas y autocaricias.
- Rol: Destaca su rol de Salvadora dado que es hija sostén, cuidadora emocional de su madre.
- Impulsores: Aunque los presenta todos, destacan *“Sé fuerte”* para no sentir, y *“Complace”*.

4. Estilo de apego

A nivel vincular se observa un apego inseguro, estilo desorganizado (Main, 1970, citado en Wallin, 2012). Con este término se define a la persona que desarrolla una conducta controladora de inversión de roles como medio para tratar de resolver la contradicción irresoluble: la necesidad de recurrir a los padres en busca de seguridad y, a su vez, el miedo y el deseo de huir que éstos infunden. Es un estilo de apego propio de familias donde los padres hacen daño, como es el caso de Luz. Dada su desconfianza profunda en que “el otro” esté disponible para ella, en situaciones amenazantes o de estrés Luz puede pasar del estilo ansioso-ambivalente, por su miedo implícito al abandono, al estilo evitativo. Este aspecto se activa poco

en la actualidad, gracias a su trabajo personal y al vínculo de seguridad que ha establecido con su pareja. La categorización del estilo de apego se basó en los criterios de la Entrevista de Apego Adulto (Hesse, 1999; Buchheim & Kächele, 2008) sin realizarla de forma explícita a la paciente.

Formulación del caso

En la primera sesión, dada su demanda explícita y su experiencia previa en Psicoterapia Gestáltica, se plantea un encuadre de sesiones semanales de una hora en las que se realizará el consejo genético en paralelo con un trabajo de contacto y elaboración del miedo y, si cabe, un trabajo final de duelo para poder despedirse de las expectativas de vida a las que tenga que renunciar.

No obstante, tras la información familiar obtenida en la segunda sesión y la observación de su respuesta emocional y de sus mecanismos defensivos –tratar de no entrar en el sentir pero desbordándose en angustia– se replantea el proceso, que se desgrena en tres grandes objetivos:

1. Elaboración intrapsíquica y relacional de los conflictos de la infancia:
Trabajo introspectivo de contacto vivencial con el miedo de la Niña.
Diferenciar del miedo presente de la Adulta, adaptativo.
Elaboración de memorias traumáticas.
2. Descontaminación de cargas parentales y Autoparentamiento.
3. Consejo Genético y Reproductivo.

Objetivo final: alcanzar un equilibrio entre la realidad que vive y la confianza en la vida; así, desde un mayor bienestar, tomar decisiones reproductivas sanas.

Mencionar, no obstante, que algunas sesiones fueron de 90 minutos de duración, dada la necesidad de elaborar y cerrar todo el material emergente. Esto fue pactado con la propia paciente para asegurar la integración de los contenidos pues, como se observará en la descripción del proceso, éstos fueron a menudo abundantes y complejos.

Procedimientos de intervención y proceso terapéutico

Desde el inicio se utilizó la escucha empática, la indagación, la contención emocional y la información, con el fin de generar un espacio seguro en el que Luz pudiera sentirse en buenas manos, volcar sus miedos y establecer un vínculo terapéutico (Erskine, 2012; Safran & Muran, 2005; Wallin, 2012). Ya durante la primera sesión se conmovió ante la sensación de comprensión, entendimiento y ayuda. Entró rápidamente en confianza, dando muestra de su gran necesidad de afecto y de una figura materna donde dejarse confiar.

Durante los dos primeros meses el contenido de las sesiones bailaba entre lo cognitivo y lo emocional, entre la información biomédica que la terapeuta iba aportando y las reacciones emocionales que se iban suscitando en Luz. Éstas eran aprovechadas para ir entrando en el contacto vivencial y, desde la experiencia y a través de herramientas de intervención variadas, ir observando, procesando e

integrando sus aspectos conflictivos intrapsíquicos y relacionales.

1. Asesoramiento genético

Luz manifiesta una gran ambivalencia entre su deseo de tener hijos y sus miedos. Su demanda inicial es: “*quiero tener un hijo sano*”. Las tareas de la terapeuta como asesora genética se centraron en:

- Aspectos clínicos: A través de los fondos bibliográficos internacionales se estudió la clínica de la enfermedad: síntomas, riesgos, variabilidad de la gravedad intra e interfamiliar, pronóstico, con el fin de enmarcar la demanda dentro de un contexto realista.
- Aspectos genéticos: El paso previo a todo acto de asesoramiento reproductivo es saber si se conoce la causa genética de la enfermedad. La base de datos OMIM mostró la existencia de dos genes distintos para el síndrome. El diagnóstico genético preciso—determinar gen y mutación—es imprescindible para dibujar las posibilidades reproductivas. Para ello es necesario localizar un centro donde se realice de forma específica el análisis de los genes causantes. Esta búsqueda se realizó a través de la bibliografía y de contactos personales previos de la terapeuta. Se encontró un Centro de Referencia en España para la enfermedad, fuera de la provincia. Posteriormente debe coordinarse la toma de muestras de sangre de los distintos miembros de la familia para la obtención del ADN, y su envío interprovincial. El tiempo requerido hasta el diagnóstico molecular es muy variable, en algunos casos puede ser de meses o incluso años, y no siempre está garantizado. Son técnicas costosas, a menudo no automatizadas por ser enfermedades tan minoritarias, y no siempre existe presupuesto ni personal especializado suficientes. Estos datos son importantes de conocer, para no generar falsas expectativas.
- Asociación de Enfermos: Se localizó la Asociación de afectados por el Síndrome de Osler-Rendu-Weber (<http://www.asociacionhht.org/>) y se facilitó el contacto. Compartir información y experiencias con otras personas, familias y grupos tiene, en general, un efecto psicosocial beneficioso para el afectado, como se ha comentado anteriormente. Para cualquier enfermedad rara, FEDER es sin duda la organización de elección donde iniciar la búsqueda específica de contactos y recursos sociales e institucionales.

2. Asesoramiento reproductivo

Sólo tras conocerse la mutación específica del paciente puede procederse al planteamiento reproductivo, por lo que la persona dispone de tiempo de reflexión antes de tomar una decisión definitiva. Es importante mencionar, como se informó a Luz, que las técnicas diagnósticas no permiten actualmente “*asegurar un hijo sano*”. Ella deseaba un hijo biológico propio, lo cual descartaba opciones como la

utilización de óvulos de donante. Por tanto, las alternativas eran: a) embarazo natural y diagnóstico prenatal, b) FIV y diagnóstico preimplantacional. Dado que Luz tenía claro que no quería someterse a un aborto, esta segunda opción era la única viable y se procedió a buscar un centro donde poder realizarla. No obstante, como se verá más adelante, la alternativa también le provocaba angustia ante la idea de *“tener un hijo de laboratorio, no concebido a través del acto del amor”*.

3. Aspectos psicológicos y proceso psicoterapéutico

El proceso de Luz fue intenso y rápido. Tras dos visitas de indagación, se reorientaron los objetivos y ya desde la tercera sesión se inició un trabajo de psicoterapia profunda. Éste se vio facilitado por su terapia y formación previas, su capacidad de *insight* y por la sintonía que se estableció con la psicoterapeuta desde el inicio, como se ha comentado anteriormente. A lo largo del proceso fue importante tener presente su estilo de vinculación: la idealización, natural y necesaria al inicio, podía polarizarse hacia una frustración demasiado intensa si se activaban esquemas relacionales arcaicos.

Sesión 3: Mientras está siendo informada de que hay un doctor en Galicia especialista en su enfermedad, una asociación de enfermos y un centro de genética molecular donde se pueden realizar los estudios, Luz entra en mucha angustia. Paralelamente se da cuenta de que está negadora y de cómo se bloquea. Tal como se había acordado en la sesión anterior al observar estas reacciones, se le propone entrar en contacto con esta angustia en el cuerpo y elaborarla mediante la técnica de Brainspotting (Corrigan & Grand, 2013; Grand, 2014). Aunque inicialmente le cuesta mantenerse, conecta intensamente con un gran peso en su espalda: la carga de su madre y de su abuela como una joroba. Su cuerpo se curva hacia adelante. Va verbalizando sus sensaciones y vivencias:

“Me ahoga... Se me hace un nudo en la garganta... No puedo respirar... No respirar, no vivir... Lo llevo por amor... Sin esto pierdo identidad”.

Terapeuta: *“Cierra los ojos... así... descárgate... sólo por un rato”*.

Luz hace el gesto de quitarse el peso de la espalda con sus manos. Su cuerpo está doblado hacia adelante. Conecta con una sensación nueva de mucho cansancio. Se queda abatida.

“Luz, vuelve a sentarte vertical... Así... Siente tu cuerpo así”.

Luz experimenta ahora el cambio en su cuerpo. Se va agotada pero con gran sensación de ligereza.

Sesión 4: La semana siguiente Luz ha entrado ya en contacto con la asociación de enfermos. La terapeuta le informa que ha localizado un centro en Barcelona donde, una vez detectada la mutación, se podrá realizar la fecundación *in vitro* y el diagnóstico preimplantacional. De nuevo entra en angustia, lo vive como un acto medicalizado y antinatural. Rompe en llanto mientras expresa: *“Se me despierta el instinto animal de hembra que quiere ser fecundada por su macho!”* Se hace patente su contradicción interna, un impasse entre su Padre Nutricio que no quiere abortar

y su Niña Natural que desea un embarazo natural.

La dirección de su mirada permite iniciar un proceso de Brainspotting con esta vivencia. Aunque tiende a desconectar, la terapeuta la continúa invitando a observar su angustia. Luz tiene un *insight* y se da cuenta de que tiene mucha prisa por decidir, fruto de su necesidad de huir del malestar. Aquella semana se produce un importante cambio intersesión.

Sesión 5: Durante la semana Luz ha desconectado de forma espontánea del “tema niños” y ha decidido darse tiempo. Retomando la sesión anterior, comenta:

“No quiero mi vida así... siempre acelerada. Me gustaría vivir más tranquila pero cuando consigo parar aparece siempre este fondo de amargura... y entonces vuelvo a ponerme en actividad para no sentirlo”.

La terapeuta la invita a cerrar los ojos y quedarse en la sensación. Conecta primero con los 13 años, cuando tomó conciencia que un día moriría y todo acabaría y dejaría de sentir. Se le despierta la necesidad de tocar las cosas para saber que están, para sentir que existe, que está viva.

Conecta luego con su padre: *“Él es la amargura de la vida... todo gris, todo mal humor... me amarga...”*. Lloro y empieza a entrar en regresión: *“Nada más abrir la puerta ya hay tensión, gritos, broncas... Bebe para olvidarse pero aún es peor... Me da mucha rabia que sea un amargado y que nos amargue a los demás... Siempre así... ... Fue a los ocho o nueve años cuando supe que bebía. Recuerdo bien la noche en que lo trajeron borracho... Estaba en la cama con mis hermanas, durmiendo... Tanto miedo! Vomité en silencio, sola... Que nadie me oiga... No molestar... Tanto miedo! Y ahora qué será de nosotros?”*.

Luz trata de contener sus lágrimas apretando sus ojos con sus dedos mientras revive la escena. La terapeuta se lo señala.

Luz: *“Aquel día tuve tanto miedo!!!”*

Terapeuta: *“¿Dónde estaba tu madre?”*

Luz: *“Mi madre, cuando no podía más, decía que se iba y hacía las maletas... Yo no quería... No hacer ruido... No molestar... y cuidarla”.*

Terapeuta: *“¿Cuándo aprendió aquella niña a callar y pasarlo sola?”*

Luz: *“De siempre... aprendí muy pronto a no hacer ruido, a contener las lágrimas, aunque luego se me escapaban por cualquier tontería... Y rezar... Siempre he dormido con mi hermana mayor, en épocas con las dos. Íbamos a la cama solas y rezábamos... Suerte tenía de dormir con ellas! Pero aquella noche dormían, yo no dije nada... nada... fue mi secreto... Vomité en silencio... Desamparo... Vergüenza... Miedo... ¿Qué pasará? ¿Qué pasará? ¿Qué pasará? Todo me daba vueltas... Cuánto habría necesitado a mi madre...!”*.

En este estado de regresión y carencia la terapeuta realiza un trabajo de Parentamiento para que Luz pueda vivir ahora la experiencia de estar acompañada y recibir el calor que aquel día no recibió.

Al elaborar la sesión la terapeuta rescata la compañía de las hermanas, aunque la vivencia de Luz sea de profunda soledad, y el asidero que les aportaba el rezar.

Sesión 7: Esta semana Luz ha cumplido 32 años. Comenta: *“Quiero vivir con salud, pero tengo muchas resistencias. Estoy muy apegada a mi enfermedad”*. La terapeuta propone hacer de nuevo un trabajo de Brainspotting.

Durante la sesión, Luz va conectando con distintas vivencias y creencias: el miedo... la muerte... el padre... *“Soy como mi madre”*... *“No vivir... No vivir... No reír... No hacer ruido... .. Tan sola!”*

En esta sesión se da cuenta de sus creencias de guion: *“Lo llevo sola”* (implícitamente *“no puedo confiar en nadie”*) y *“Debo cuidar de mi madre”*.

Con las intervenciones de la terapeuta, puede descontaminar la parte Adulta de la Niña, el presente del pasado, diferenciando a la mujer actual que afronta que un día morirá de la Niña tan asustada y sola. Y se da cuenta de que ahora no está sola: tiene a su pareja, creciendo juntos en la relación.

Intersesión: Durante el fin de semana participa en el taller Escuchando la sabiduría del cuerpo con la terapeuta, inspirado en el proceso del Enfoque corporal de Gendlin (1991), que le resulta una herramienta de gran ayuda en su proceso de introspección.

Sesión 8: La siguiente visita Luz llega muy contenta, con dos buenas noticias: su escáner cerebral ha resultado normal, lo cual supone un buen pronóstico, y su compañero le ha pedido matrimonio.

Se tratan distintos temas, entre los cuales emerge una gran rabia, frustración y rebeldía contra la vida que no le permite tener hijos por vía natural. Luego aparece un gran cansancio y, dado que se aproximan Navidades, la terapeuta le da permiso para descansar hasta pasado fiestas. Es un buen regalo que ella toma con una sonrisa de complicidad.

Sesión 9: Luz llega a la consulta el día 11 de enero preocupada y enfadada. Reconoce el efecto reparador que sobre ella tuvo el permiso de descanso (ha estado ilusionada preparando la boda y con los hijos *“en barbecho”*) pero en la semana anterior solicitó una visita de urgencia que la terapeuta no pudo atender por estar de vacaciones. Este hecho provoca un conflicto transferencial. A Luz se le activan sus esquemas arcaicos en la diada terapeuta-paciente: la necesidad de contacto responsivo, el enfado ante la falta de respuesta, la sensación de abandono y el desapego posterior. El impasse fue elaborado acompañando la frustración y el abandono que sintió, y señalándole como, ante el contacto con esta herida, confunde la experiencia arcaica con la actual. Esta reparación en el vínculo terapéutico (Safran & Muran, 2005) fue importante para ella, pues pudo reconstruir el lugar seguro de la terapia, no desde la idealización de una figura siempre disponible sino desde el Adulto que se siente acompañado por alguien que está y que a la vez tiene vida propia.

La angustia que precipitó la demanda urgente es una conferencia sobre Bullying que le han pedido dar en su pueblo. Esto abrió el recuerdo de cuando ella

fue víctima de bullying al trasladarse con su familia a vivir a este mismo pueblo, a los 13 años:

“Se metían con mi físico, se reían de mi apellido, me empujaban, me llegaron a pegar”.

Siempre se ha sentido de menos en el pueblo y es importante para ella trascender esta experiencia, pues es donde vive y donde desea establecerse como psicoterapeuta.

La terapeuta propone enfocar su angustia. Luz conecta con un sentimiento intenso de vergüenza. El procesamiento experiencial pone de manifiesto un trauma transgeneracional que contamina su propio trauma: emerge la vergüenza de su madre por sus vivencias de infancia; la vergüenza del padre alcohólico: *“Vergüenza... Que no me conozcan”*; su propia vergüenza durante el bullying, la burla de su apellido, que representa al padre...

La terapeuta la ayuda a descontaminar los sentimientos de vergüenza propios de los de sus padres; descontamina también del presente la vergüenza de la niña de 13 años. En estado de regresión, realiza un trabajo de Autoparentamiento. Cuando su Niña se halla calmada, la terapeuta la invita a continuar diferenciándose de su madre, con la que mantiene una importante simbiosis. Le dice: *“Ahora, mira a mamá y dile que sientes mucho lo que le pasó”*. Luz llora y llora mientras tiene varios *insights*:

Desde su Padre Nutricio, comprende a la Niña de la madre.

Desde su Adulto comprende que no debe hacer de madre de su madre.

Desde su Adulto comprende que no debe hacer de terapeuta de su madre.

Verbaliza que siente pánico de *“transmitir toda la mierda de mi madre a mis hijos”*.

La terapeuta diferencia la enfermedad genética heredada de la madre de los aspectos psicológicos que ha recibido transgeneracionalmente y que no le pertenecen. Luz, en estado de alta percepción en esta larga e intensa sesión, comprende y puede separarlo.

Para finalizar, la terapeuta le da un mensaje altamente reparador: *“Dedica la conferencia del próximo jueves sobre Bullying a la Luz de 13 años, como un homenaje”*. Luz sonríe, le gusta. Se va movida pero contenta y tranquila.

Sesión 11: Llega sensible, hablando de *“mi parte blandita”*.

La terapeuta le propone escuchar a esta parte blandita, ver qué necesita y cuidarla.

“No puedo!” Emerge una parte dura: *“Hasta cuando medito, soy exigente!”*

La terapeuta le recuerda: *“Claro, conectar es amenazante...”*.

Luz accede a entrar en esta parte sensible y cierra los ojos, enfocando. Conecta con la imagen de la niña que vomitaba sin hacer ruido. Se empieza a sentir mal.

Al rato, la terapeuta la invita: *“Déjate ir hacia adelante y devuelve, yo te aguantando la cabeza”*. Luz está un rato experimentando el vómito, esta vez

acompañada. Siente un gran alivio. Tras esta vivencia, en su mente emerge la imagen de una bebé que llora; ella la toma en brazos, la acoge, y la niña se calma y se duerme. Luz sonríe: “*Es mi parte cuidadora*”. Al cabo de un instante tiene un *insight* potente: “*No! Yo soy también esta bebida!*”

Ha vivido una experiencia espontánea de Autoparentamiento, de forma natural su Padre Nutricio ha podido cuidar y calmar a su Niña desamparada.

Sesiones de marzo, abril, mayo: Durante los meses siguientes, Luz tiene varios sueños alrededor de la muerte. Teniendo en cuenta su demanda inicial y bajo el supuesto de que su subconsciente indica que está preparada para entrar en este miedo, en las sesiones se trabaja la interpretación de los sueños.

El último es un sueño muy significativo. En él aparece su madre como representación de la amenaza de muerte y se evidencia cómo se confunde con ella: Luz es una novia vestida de blanco y embarazada. Su madre también va de blanco y está encinta. En el sueño, Luz se llena de fuerza, se enfrenta a ella y le grita: “*Si quiero vestirme de blanco, lo haré! Y quiero tener esta criatura!*” Su madre responde: “*Ah sí? Ahora verás!*” Y empieza a devorarla y a engullirla por los pies.

El sueño muestra cómo Luz se confunde con su madre y la amenaza que le supone la ruptura de simbiosis, simbolizada mediante el acto de ser engullida desde los pies que la devolvería al estado de fusión intrauterino. Al elaborarlo hizo consciente su necesidad de diferenciarse, la comprensión que su madre y ella son dos personas distintas y que debe responsabilizarse de vivir su propia vida. Supone un paso importante de individuación, de apropiación de su yo y de su deseo de construir su propia familia. Luz se desidentifica de la madre-muerte y hace una afirmación de Vida, una redecisión que conlleva un cambio profundo de guion.

Sesión 18: Llega contenta, expansiva, PRO-VIDA. Verbaliza: “*Se acabó el sufrimiento, el agujero queda atrás*”. Dentro de la pareja han tomado decisiones íntimas importantes, entre ellas: “*Todavía no queremos hijos pero tenemos claro que haremos FIV y preimplantacional, por responsabilidad*”.

Hoy desea hacer algo lúdico y la terapeuta propone escribir el Cuento de animales: “*Había una vez un pequeño osito...*” El osito crece y siente el peso de las responsabilidades, pero como contrapartida crea una familia y un hogar que le dan amor y calor. El cuento termina con esta frase: “*El osito era feliz, pero en el corazón le queda un atisbo, una sensación dulce de saber que esto es efímero y que un día se acabará*”.

Tras elaborar el cuento, la terapeuta le pregunta: “Puedes reconciliarte con este final?” El final alude a la asunción de la dualidad vida-muerte.

Luz, agradecida, sonríe: “*Sí. Al fin y al cabo, éste es mi motor de búsqueda: reconciliarme con que la muerte está implícita en la vida*”.

Es un final integrador. Terapeuta y clienta acuerdan ir cerrando la terapia.

Comentarios finales

Meses más tarde, tras la boda, Luz volvió a consulta para trabajar algunos aspectos de su personalidad y de su relación. También solicitó una visita después de haber asistido a una reunión de la Asociación de enfermos. El invierno siguiente, cuando fue citada para poner en marcha el diagnóstico genético, necesitó unas sesiones para poder afrontar el proceso desde un lugar seguro.

Posteriormente, Luz hizo cambio de planes y de residencia, volviendo a su lugar de origen. Los resultados genéticos validaron la hipótesis diagnóstica: se detectó la mutación familiar 774C>A (Y258X) en el gen Endogлина, confirmando una Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria tipo I. Más adelante, tras ser informada a fondo de los riesgos de la selección embrionaria, la pareja cambió su decisión respecto a la maternidad: comprendieron que de una forma o de otra debían asumir riesgos y decidieron abandonar el control y confiar, arriesgándose a ser padres por vía natural. Actualmente tienen un hijo de un año, resultado final de una profunda redecisión:

“QUIERO VIVIR CON SALUD Y CONFIAR EN LA VIDA”.

Dice Villegas que el proceso de cambio terapéutico es como un pasaje de la constricción psicológica a la liberación personal (Villegas, 2001). El caso de Luz es un claro ejemplo de este hermoso proceso.

Referencias bibliográficas

- Accreditation Council For Genetic Counseling. (2015). Practice based competencies for genetic counselors. USA: Lenexa. Recuperado de: http://www.gceducation.org/Documents/ACGC%20Core%20Competencies%20Brochure_15_Web.pdf
- American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109.
- Armstrong, J., Aibar, E., Pineda, M., Pérez, M.M., Geán, E., Carrera, M., ...Monrós, E. (2002). Prenatal diagnosis in Rett syndrome. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 17, 200-204.
- Austin, J., Semaka, A. & Hadjipavlou G. (2014). Conceptualizing Genetic Counseling as Psychotherapy in the Era of Genomic Medicine. *Journal of Genetic Counseling*, 23, 903-909.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2012). *Realidad, Interacción y Cambio psíquico. La práctica de la psicoterapia relacional II*. Madrid: Ágora Relacional.
- Corrigan, F., Grand, D. (2013). Brainspotting: Recruiting the midbrain for accessing and healing sensorimotor memories of traumatic activation. *Medical Hypotheses*, 80(6), 759-766.
- Erskine, R. G., Mouesund J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía. Una terapia de Contacto-en-la-Relación*. Bilbao: Desclée de Brouwer, col. Serendipity.
- Eunpu, D. L. (1997). Systematically based psychotherapeutic techniques in genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 6(1), 1-20.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48; 1129-1146.
- Gendlin, E. T. (1991). *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

- Gimeno-Bayón A. y Rosal, R. (2003). *Psicoterapia Integradora Humanista: Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de personalidad (vols. I-II)*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.
- Grand, D. (2014). *Brainspotting: La técnica revolucionaria que logra un cambio rápido y efectivo*. Editorial Sirio, S.A.
- Kessler, S. (1997). Psychological aspects of genetic counseling. IX. Teaching and counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 6(3), 287-295.
- Meiser, B., Irlé, J., Lobb, E. & Barlow-Stewart, K. (2008). Assessment of the content and process of genetic counseling: a critical review of empirical studies. *Journal of Genetic Counseling*, 17(5), 434-451.
- Millon, T. & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Madrid, España. Martínez Roca.
- Monrós, E., Smeyers, P., Ramos, M. A., Prieto, F. & Palau, F. (1995). Prenatal diagnosis of Friedreich ataxia: improved accuracy by using new genetic flanking markers. *Prenatal Diagnosis*, 15, 551-554.
- Monrós, E., Moltó, M. D., Martínez, F., Cañizares, J., Blanca, J., Vilchez, J. J. & Palau, F. (1997) Phenotype correlation and intergenerational dynamics of the Friedreich ataxia GAA trinucleotide expansion. *American Journal of Human Genetics*, 61,101-110.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Madrid: Paidós.
- Resta, R. G. (1997). The historical perspective: Sheldon Reed and 50 years of genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 6(4), 375-377.
- Resta, R., Biesecker, B. B., Benneth, R. L., Blum, S., Estabrooks H. S., Streker, M. N. & Williams, J. L. (2006). A new definition of genetic counseling: National Society of Genetics Counselors' task force report. *Journal of Genetic Counseling*, 15(2), 77-83.
- Rogers, J. (2003). The finished genome sequence of Homo sapiens. *Cold Spring Harbor Symposium Quantitative Biology*, 68, 1-11.
- Rogers, C. L. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Safran, J.D. & Muran, C (2005). *La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Vandenlangenberg, E. (2012). *Empathy training in genetic counseling: an investigation of how genetic counselors learn to "walk in their patients' shoes"*. Tesis doctoral: University of Minnesota Digital Conservancy, Minnesota.
- Villegas, M. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: El proceso de cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 46/47, 73-118. <http://revistadepsicoterapia.com/el-caballo-de-troya-o-las-trompetas-de-jerico-el-proceso-del-cambio-en-psicoterapia.html>
- Walker, F. O. (2007). Huntington's disease. *Lancet*, 369, 218-228.
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en Psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Ware, P. (1983). Personality Adaptations: Doors to Therapy. *Transactional Analysis Journal*, 13, 11-19.
- Winter, C., Van Acker, F., Bonduelle, M., Desmyttere, S. & Nekkebroeck, J. (2015). Psychosocial development of full term singletons, born after preimplantation genetic diagnosis (PGD) at preschool age and family functioning: a prospective case-controlled study and multi-informant approach. *Human Reproduction*, 30(5),1122-1136.
- Yager, G. G. (2014). Commentary on "Conceptualizing Genetic Counseling as Psychotherapy in the era or Genomic Medicine". *Journal of Genetic Counseling*, 23, 935-937.

DESAFÍOS ÉTICOS EN PSICOTERAPIA. PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS Y PACIENTES.

ETHICAL CHALLENGES IN PSYCHOTHERAPY. THERAPISTS AND PATIENT'S PERSPECTIVES.

M. Luz Bascuñán

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Departamento de Bioética y Humanidades Médicas
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Bascuñán, M.L. (2016). Desafíos Éticos en Psicoterapia. Perspectiva de Terapeutas y Pacientes. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 203-215.

Resumen

La psicoterapia posee un alto impacto en la vida de las personas e implica un amplio rango de riesgos éticos. Sin embargo, sólo recientemente nos hemos ocupado de estudiar empíricamente los aspectos éticos de esta actividad profesional considerando la perspectiva de los terapeutas así como de los consultantes. Este estudio se propone identificar algunos desafíos éticos que enfrenta la psicoterapia. Por desafío ético se entiende aquello que no podemos dejar de hacer así como a aquello que nos faltaría por hacer desde un punto de vista ético. Para ello se diseñó un estudio cualitativo en el que se realizaron entrevistas individuales a 15 formadores de terapeutas (o terapeutas expertos) y 13 consultantes (ex-pacientes). Como objetivos se planteó: 1) explorar la noción de ética profesional que sostiene los terapeutas; 2) describir los aspectos centrales de la ética profesional según terapeutas y pacientes; e 3) identificar los principales problemas éticos en psicoterapia de acuerdo la percepción de terapeutas y consultantes. Los resultados permitieron identificar dimensiones de la ética profesional y principios éticos compartidos por terapeutas y pacientes. Se diferencian tipos de problema éticos según su contenido y los valores en juego, identificando distintas necesidades educativas. Se discuten los datos describiendo un triple compromiso que adquiere el terapeuta con el consultante, consigo mismo y con el entorno.

Palabras clave: *Ética profesional, deontología, virtud, deliberación.*

Abstract

Psychotherapy has a great impact on patients life and implies a high potential of ethical risks. Nevertheless, only recently we have studied ethical aspects of this professional activity considering therapists and patients' perspectives. The present study aims to identify ethical challenges of psychotherapy, that is, things we can't avoid to do as things we are not doing yet. In order to accomplish this objective a qualitative study was designed. 13 patients and 15 expert therapists from different theoretical orientations were interviewed. The objectives of the study were: 1) to explore the notion of professional ethics that therapists hold; 2) to describe core aspects of professional ethics according to therapists and patients and 3) to identify main ethical problems in psychotherapy due to the perception of therapists and patients. Results allowed us to identify ethical dimensions and principles shared by both therapists and patients. Ethical problems were classified by content and values identifying different ethical educational needs. Finally data is discussed suggesting a threefold commitment of therapist with the patient, with him/herself and with society.

Keywords: *Professional ethics, deontology, virtues, deliberation.*

Fecha de recepción: 24/11/2015. Fecha de aceptación v1: 18/02/2016. Fecha de aceptación v2: 18/03/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mlbascunan@gmail.com

Dirección postal: Avenida La Florida 8360, La Florida, Santiago Chile. Código postal 8271796

© 2016 Revista de Psicoterapia



Introducción

La ética profesional, como ética aplicada, tiene el objetivo de guiar la acción de manera que la profesión sea desempeñada por personas técnicamente capaces y moralmente íntegras (Escribar, Pérez y Villaroel, 2004). Los códigos deontológicos, elaborados por los colegios profesionales, responden a este cometido y constituyen el elemento nuclear de la ética profesional. No obstante, la ética profesional trasciende a estas declaraciones de principios y normas e incluye aspectos motivacionales y actitudinales de los profesionales.

Es tarea de cada grupo profesional desarrollar una consciencia compartida o un “ethos” (carácter) de la profesión, formado por valores y principios que permita la cohesión y auto-regulación de los profesionales (Cortina, 2002; Conill y Arenas-Dolz, 2010). constituyen el elemento nuclear de los acuerdos sobre la ética profesional.

La auto-regulación y surgimiento de una conciencia colectiva en psicoterapia presenta dificultades adicionales a otras ocupaciones profesionales. En primer lugar, la psicoterapia constituye una especialidad de profesionales que provienen de carreras universitarias diferentes. Ésta se adquiere a través de diversos programas de capacitación de post post-título que no poseen ningún rol sobre el ejercicio profesional de sus egresados. Además, la psicoterapia por su naturaleza, es una actividad íntima y privada por lo que las posibilidades de conocimiento y regulación sobre el ejercicio profesional son aún más limitadas. El panorama se complejiza por cuanto en psicoterapia coexisten diversas perspectivas teórico-técnicas basadas en diferentes concepciones del ser humano, teorías sobre la vida psíquica y el cambio terapéutico. En este contexto se ha sugerido que no es posible establecer un único set de estándares éticos sino que cada modelo debería explicitar los principios por los que se regula (Widiger and Rores, 1984). No obstante, se ha realizado importantes esfuerzos de integración psicoterapéutica con el objetivo de establecer acuerdos incluso transnacionales (Lindsay, Koene, Ovreeide y Lang, 2008).

Aún cuando sabemos que la psicoterapia posee un alto impacto en la vida de las personas e implica un amplio rango de riesgos éticos; sólo a partir de los años 90 nos hemos ocupado de estudiar empíricamente los aspectos éticos de la psicoterapia (Holmes, 2006). Más aún, sólo recientemente hemos considerado la perspectiva de los terapeutas en el análisis y en escasas ocasiones se ha incorporado aquella de los consultantes.

Intentando contribuir con esta línea de investigación el presente estudio tiene como propósito identificar los principales desafíos éticos que presenta la psicoterapia desde la perspectiva de profesionales y usuarios. Por desafío ético se entiende tanto aquello que no podemos dejar de hacer como aquello que nos falta por hacer desde un punto de vista ético. Con este propósito el estudio se plantea los siguientes tres objetivos: 1) explorar la noción de ética profesional que sostienen los terapeutas expertos; 2) describir los aspectos centrales de la ética profesional en psicoterapia de acuerdo a terapeutas y pacientes; e 3) identificar los problemas éticos que pueden

surgir en psicoterapia según la percepción de formadores de terapeutas y pacientes.

Método

Diseño e instrumento de recolección de datos

Se utilizó un diseño metodológico cualitativo consistente con el objetivo explorar de la realidad subjetivamente construida por las fuentes de información. Como método de recolección de datos se utilizaron entrevistas individuales semi-estructuradas incluyendo preguntas abiertas y dirigidas sobre el objeto de estudio. Las entrevistas fueron realizadas en su totalidad por la investigadora siguiendo una pauta que previamente aplicada en forma piloto.

Participantes

Formadores de terapeutas: Se entrevistó a una muestra de 15 formadores (14 directores y 1 docente) de una población objetivo compuesta por 29 programas de entrenamiento de terapeutas de adulto o familia, ofrecidos en Santiago de Chile y reconocidos por la Comisión Nacional de Acreditación. De los formadores entrevistados, 7 son mujeres y 8 varones; 13 son psicólogos(as) y 2 psiquiatras de profesión. Según la orientación psicoterapéutica, 6 de ellos presentan una orientación psicoanalítica, 2 sistémica, 2 cognitivo-conductual, 3 humanista y 2 una perspectiva mixta o integral.

Consultantes: Se entrevistó a 13 personas, no psicólogos ni psiquiatras, con alguna experiencia terapéutica en su vida adulta independientemente de la duración, el motivo de consulta y los resultados del misma. En rigor, la población objetivo de consultantes corresponde a ex-pacientes y esto se debe a motivos tanto técnicos como éticos. Por una parte, se considera que quienes han tenido alguna experiencia terapéutica pueden ofrecer mayor información sobre el tema a investigar; y por otra se excluye a quienes se encuentran en psicoterapia por la situación de vulnerabilidad emocional en la que podrían encontrarse. De los entrevistados, 9 son mujeres y 4 hombres, presentando un promedio de edad de 38 años en un rango que varía desde los 24 a 74 años. El tiempo promedio de asistencia terapia es de 3 años en un rango que varía entre 3 meses y 12 años. Según la ocupación, 7 consultantes son profesionales, 2 estudiaron una carrera técnica de nivel superior, 3 tienen una ocupación que no requiere de educación superior y un consultante es actualmente estudiante de una carrera técnica.

Se estableció comunicación con los consultantes luego de que ellos consintieran ser contactados por la investigadora. Para consultantes y formadores se inició el proceso de consentimiento informado al ser contactados y se retomó al iniciar las entrevistas. El proyecto de esta investigación fue aprobado por el Comité de Investigación con seres humanos, de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Procedimiento de análisis de los datos

Se realizó un análisis de contenido basado en la “Teoría fundamentada” (Glaser y Strauss, 1967; Corbin y Strauss, 2008). Este método se propone construir una conceptualización o teoría a partir de la vinculación de los temas identificados. Para ello en primer lugar, se hizo una codificación abierta de la información por dos investigadores en forma independiente, identificando las unidades de significado y estableciendo categorías temáticas. En segundo lugar, el análisis descriptivo fue enviado a los formadores y consultantes respectivamente con el objetivo de realizar una triangulación de los datos. Por último, se realizó una codificación axial de la información con el propósito de desarrollar un análisis relacional y selectivo estableciendo conexiones entre las diferentes categorías temáticas encontradas. Se utilizan diagramas para ilustrar de manera integrada la información.

Resultados

Se presenta los resultados de acuerdo a los temas explorados en los objetivos formulados.

1. Noción de ética profesional

La noción de formación ética que sostienen los educadores se basa en su concepción de ética profesional. Por una parte, la ética profesional se concibe como un marco normativo regulador ya sea gremial, institucional, ministerial o legal. Desde esta perspectiva la formación ética se entiende como el conocimiento y respeto por los principios y normas que regulan el trabajo terapéutico y promueven el cumplimiento de deberes profesionales. Sin embargo, se distingue una segunda concepción de ética profesional que denominamos “postura ético-terapéutica” y que es fundamentada en el modelo psicoterapéutico al que se adscribe. Sobre la base de una determinada concepción de ser humano y de los mecanismos por los cuales se genera el cambio terapéutico, incluyendo las características del profesional; la formación ética se concibe como la interiorización de una “cultura terapéutica” que ofrece una manera de comprender al paciente y define la posición del profesional ante él.

De esta manera pueden distinguirse dimensiones de la ética profesional y por lo tanto de la formación ética de los terapeutas. Se comienza por enunciar una dimensión deontológica representada principalmente por los códigos de ética que sería compartida por los profesionales. No obstante, se identifica una dimensión ética propia de la psicoterapia distinguible de aquella correspondiente a otras actividades que pueden realizar psicólogos y psiquiatras, así como otros profesionales de la salud. Esto se debe a las características atribuidas al vínculo terapéutico. La asimetría de toda relación profesional se acrecentaría en psicoterapia en tanto el objeto del encuentro es la intimidad ubicando al paciente en una situación de extrema vulnerabilidad; y debido a su carácter personal, es decir, el terapeuta usa su persona como instrumento de trabajo, afectando y siendo afectado por el

paciente. Se reconoce entonces que la psicoterapia presenta riesgos de tipo ético particulares.

Ahora bien, si la manera de trabajar éticamente en terapia es fundamentada en un modelo psicoterapéutico, es necesario precisar una dimensión compartida por quienes adscriben a una misma orientación teórico-técnica. Es interesante notar que para los consultantes el referente principal desde el cual se fundamentan sus opiniones es la propia experiencia terapéutica y el propio terapeuta. De esta manera, la noción de qué es una terapia y cuál es el rol del terapeuta y consultante en ella; es central en la apreciación de todos los fenómenos explorados. En general, las divergencias de opinión entre los consultantes son similares a las que pueden encontrarse en la literatura y entre los mismos profesionales. Muchas de éstas, asociadas al modelo psicoterapéutico de referencia, se vinculan a la concepción de la presencia y rol que tiene el terapeuta en la relación con el consultante. Ejemplo de esto son las diferencias de opinión respecto a las auto-revelaciones del terapeuta, el ofrecimiento de consejos y guías de acción, y la participación de los valores morales del terapeuta en el tratamiento.

Sin embargo, independientemente del modelo psicoterapéutico, se reconoce que cada consultante, vínculo y proceso terapéutico es único. Por lo tanto, existiría un ámbito que no puede anticiparse ni normarse ya que lo que es conveniente, correcto o ético con un paciente en un momento determinado puede no serlo en otro momento o con otro consultante. Esta dimensión temporal y contextual del encuentro terapéutico explicaría la variabilidad de prácticas en un mismo profesional o modelo psicoterapéutico. Por último, se describe una dimensión ética personal del terapeuta, quien es el que finalmente hace sentido de las normas y principios, encarna una postura ético-terapéutica determinada, regula el vínculo y guía el proceso terapéutico del consultante, y toma decisiones en materia ética.

Los consultantes entrevistados también refieren estándares éticos comunes y específicos a las distintas “formas de hacer psicoterapia”; aluden a una dimensión situacional en la cual se perciben como agentes activos en un vínculo particular y sostienen que finalmente la responsabilidad de lo que ocurre en terapia y de los problemas éticos es del profesional.

- Aspectos centrales de la formación ética

En este estudio, los formadores (o terapeutas expertos) y los consultantes entrevistados, coinciden en que los aspectos nucleares de la formación ética del terapeuta son básicamente dos: el respeto y cuidado por el paciente, y el trabajo de la persona del terapeuta.

El principio del respeto, se basaría en el reconocimiento de la dignidad, unicidad y libertad del consultante y se manifestaría de múltiples maneras que pueden sintetizarse en tres puntos: personalización (versus despersonalización del paciente), el resguardo de los límites profesionales (versus confusión de roles); y la concepción del consultante como experto en sí mismo (versus el terapeuta como

experto en la persona del consultante).

La personalización incluiría el evitar “cosificar” o tratar al paciente como objeto, de análisis o tratamiento, impedir su descalificación y discriminación en cualquier forma; y prevenir su clasificación o “generalización” despersonalizándolo. Por su parte, el resguardo de los límites profesionales alude a la protección de la privacidad e intimidad del paciente respecto a la intromisión de terceras partes así como a la regulación de los límites de la relación terapeuta-consultante. Por último, considerar al paciente experto sobre si mismo significaría no sólo legitimar sus experiencias, perspectivas y valores, sino que favorecer su propio plan de vida. El terapeuta sería experto en psicoterapia, en salud mental, en conducir y facilitar los procesos de cambio terapéutico, pero no experto sobre las vivencias y vida del consultante.

De esta manera, el principio de respeto por la autonomía del consultante surge espontáneamente en las entrevistas como un aspecto central de la ética profesional. Esto se corrobora al observar que terapeutas y consultantes concuerdan con que el objetivo de toda terapia (explícito o implícito) es favorecer la auto-determinación del paciente. De esta manera se observa que en psicoterapia la autonomía puede estar en desarrollo y esto no minimizaría su importancia. La autonomía en psicoterapia estaría fundada en una noción de ser humano necesitado, emocional y vinculado a los demás; cuestionando aquella concepción que supone la existencia de un sujeto racional, auto-abastecido y desvinculado de su entorno.

Si bien para los formadores puede existir situaciones en las cuales no se comparte los valores y decisiones del consultantes, el acto de respetar la “ética del consultante” como aquello que el mismo considera bueno, correcto o conveniente para sí, constituiría un valor superior al contenido de ésta o la evaluación que hace el profesional de la misma. Sólo en casos de incompetencia o de riesgo de daño del paciente o terceros, el terapeuta se pronunciaría activamente priorizando el principio de no-maleficencia por sobre el de autonomía. Por su parte los consultantes distinguen entre colaborar y orientar al paciente, e imponer, subordinar, dirigir al mismo. En otras palabras, para todos entrevistados, parte central del comportamiento ético del terapeuta sería suspender la perspectiva ética personal en función de la emergencia de aquella del consultante.

Para lograr ofrecer este trato respetuoso al paciente sería necesario el trabajo de la persona del terapeuta. Es interesante notar que no sólo los terapeutas expertos sino que los consultantes aluden a importancia de la salud mental, la resolución de la propia vida y al desarrollo de ciertas virtudes y actitudes en la persona del terapeuta. En relación a estas últimas, junto a la empatía, apertura y flexibilidad, frecuentemente se alude a la humildad y honestidad del profesional para reconocer las propias flaquezas, distinguir los conflictos y valores propios respecto de aquellos del consultante, e identificar la interferencia que genera el paciente y por tanto su capacidad de trabajar en conjunto. Los formadores agregan la importancia de la humildad y honestidad del profesional para reconocer la necesidad de ayuda

de otros colegas.

Por lo tanto el trabajo del terapeuta con su propia persona significa básicamente desarrollar y mantener una actitud permanente hacia el auto-conocimiento y autorregulación que le permitiría manejar el poder y autoridad en que se encuentra en la relación terapéutica. De acuerdo a los formadores, las actividades de desarrollo personal y la supervisión a lo largo de la carrera profesional no sólo serían las principales instancias de trabajo personal del terapeuta sino que la mejor manera de identificar, prevenir y enfrentar problemas éticos.

- Principales problemas éticos en psicoterapia

Consistentemente con la descripción de los aspectos centrales de la ética profesional, para formadores y consultantes, los problemas éticos en psicoterapia se asocian a la falta de respeto y cuidado del paciente de variadas formas y al abuso de poder por parte del profesional incluyendo la invasión del espacio terapéutico y la inversión de roles como expresión de la deficiencia del trabajo con su propia persona.

Como puede observarse en la tabla 1. formadores y consultantes tienden a referir contenidos similares. Sin embargo, mientras los terapeutas expertos enuncian diversos escenarios conflictivos; los consultantes tienden a referir trasgresiones asociadas a la violación del secreto profesional y aprovechamiento del paciente.

Para los formadores los problemas vinculados al manejo de la información incluyen diversos conflictos con la ley (por ejemplo denunciar actividades ilegales del paciente), con la institución donde se trabaja (como el registro obligatorio de procesos terapéuticos) y con el consultante (frecuentemente el manejo de la información que conoce extra-terapéuticamente sobre él). Por su parte, los consultantes aluden a la revelación de información confidencial por parte del terapeuta en ámbitos sociales, a otros pacientes o a familiares considerando esta situación como una falta a la ética profesional. Es decir, para los pacientes la confidencialidad difícilmente tendría excepciones.

En segundo lugar, terapeutas y consultantes describen escenarios de abuso del paciente siendo paradigmáticos la exploración sexual y económica del paciente. Ambas fuentes de información sostienen que el fomento de la dependencia (versus la auto-determinación) y la imposición de valores y creencias (morales y profesionales) constituyen también formas de explotación. En este último sentido, la rotulación diagnóstica es percibida como una forma de abuso de poder por parte del profesional. Los terapeutas aluden también al abuso que significa invadir el espacio terapéutico del consultante con los propios conflictos y anhelos. Asociado al uso del paciente por parte del profesional para resolver los propios conflictos y desarrollarse personalmente; ambas fuentes de información advierten el riesgo de auto-gratificación del profesional; “engordando su ego” o “auto-gratificándose” en términos del consultantes y formadores respectivamente.

Los problemas asociados a los límites profesionales se refieren principalmente

al establecimiento de relaciones duales. Mientras el establecimiento de una relación sexual o sentimental concurrente a la terapia es percibida por todos como una violación a los límites profesionales y por lo tanto una trasgresión ética; algunos entrevistados mencionan riesgos vinculados al cruce de límites profesionales incluyendo la sobre involucración del terapeuta en los problemas del consultante, el ofrecimiento de consejos y guías de cómo actuar, y la expresión de información personal, relato de experiencias y manifestación de sentimientos del profesional.

Terapeutas		Consultantes	
Manejo de la información	Ley Instituciones Paciente	Revelación de información privada en ámbito social, a otros pacientes, a familiares	Confidencialidad
Abuso y explotación		Sexual, Económica Fomento de dependencia Imposición de valores y creencias Invasión del espacio terapéutico Auto-afirmación del terapeuta	Aprovechamiento del Paciente
Límites profesionales		Sobre-posición de roles Inversión de roles Sobre involucración -Auto-revelaciones-Guías de acción	Límites al espacio terapéutico
Dificultades en el contexto terapéutico	Desconsideración de experiencias e individualidad del consultante. Condiciones para la terapia Manejo del impacto emocional Nivel de disponibilidad Presión de terceras partes	Respeto por tiempos y situación de vida Apoyo emocional Atención a conocidos	Descuido del paciente

Tabla 1.
Problemas éticos descritos por terapeutas y consultantes según tema (o contenido).

En relación a la sobre posición de roles, los terapeutas tienden a presentar opiniones más restrictivas que los consultantes respecto al establecimiento de relaciones laborales o sociales con el paciente; y ambos terapeutas y consultantes tienden a ser más restrictivos con las relaciones concurrentes que con aquellas consecutivas a la terapia. La aprobación de las relaciones duales sociales y laborales por parte de los consultantes se relaciona a la expectativa de generar mayor cercanía y confianza; así como de prolongar los efectos terapéuticos fuera de la sesión. Por su parte, la aprobación o reprobación de las relaciones sentimentales consecutivas a la terapia se asocia a la atribución de reversibilidad o irreversibilidad al vínculo terapéutico asimétrico.

Un cuarto escenario para problemas éticos corresponde a dificultades en el contexto y proceso terapéutico. Como ya se ha sugerido, las intervenciones que despersonalizan al paciente debido a la desconsideración de sus perspectivas y experiencias, y de su contexto socio-cultural, es vista por ambas fuentes de información como una falta a la ética profesional. Los consultantes aluden además a intervenciones en las que se descuida al paciente presionándolo (o no respetando sus tiempos), enjuiciando su situación y opciones de vida, y dejándolo ir de la sesión

angustiado o desestabilizado (sin ofrecer la contención emocional necesaria). También se refiere como descuido al paciente los casos en que se atiende simultáneamente a personas conocidas por él ya que ello generaría un conflicto de lealtades al profesional. Los conflictos de intereses desde la perspectiva del terapeuta se asocian principalmente a la presión generada en el actuar profesional por la intromisión de terceras partes (incluyendo el derecho, las instituciones, los colegas y los familiares del paciente). Para los terapeutas constituyen problemas éticos también los casos en que se experimenta dificultad en determinar las condiciones y posibilidad de trabajar terapéuticamente con el paciente (por ejemplo cuando se niega a seguir ciertas indicaciones o refiere conductas de riesgo), el manejo del impacto emocional que genera en el profesional y en la determinación del nivel de disponibilidad debida al paciente.

Adicionalmente los terapeutas mencionan conflictos éticos debido a la falta capacitación profesional y personal para el ejercicio profesional; y problemas de inequidad y discriminación especialmente debido a diferencias en el tratamiento ofrecido al paciente en el sistema público y privado de salud. La discriminación incluye también el trato devaluador o descalificador del consultante no sólo en el contacto directo con él sino que entre colegas. Por último, para algunos formadores es necesario reflexionar sobre los riesgos éticos que nos presentan los nuevos escenarios terapéuticos generados por la tecnología (por ejemplo terapia por skype).

Algunos formadores enfatizan que muchos de los problemas éticos descritos se derivan de nuestra tendencia a trabajar en aislamiento. Por una parte se advierte el riesgo la omnipotencia (versus humildad) del profesional y la importancia de inculcar en los estudiantes la necesidad del trabajo en equipo. Por otra parte, se sugiere que la tendencia a vivir nuestra profesión circunscrita a la relación con el consultante, nos llevaría limitar nuestra participación social y por tanto nuestra responsabilidad ética respecto a la contribución que puede hacerse con el colectivo.

Discusión

En este estudio los formadores de terapeutas (o terapeutas expertos) y consultantes refieren contenidos semejantes entre sí, y estos son consistentes con las declaraciones éticas. Así mismo, las divergencias de opinión entre los consultantes son similares a las que pueden encontrarse en la literatura y entre los mismos profesionales. Muchas de estas diferencias pueden asociarse al modelo psicoterapéutico de referencia, principalmente a su concepción de la presencia y rol que tiene el terapeuta en la relación con el consultante. Ejemplo de esto son las diferencias de opinión respecto a las auto-revelaciones del terapeuta, y el ofrecimiento de consejos y guías de acción. Como puede observarse y consistente con el debate en la literatura y las formulaciones de Zur (2010); los aspectos en que los terapeutas discrepan, corresponden en su mayoría al “cruce” de los límites profesionales.

De acuerdo a nuestros datos y como se ilustra en el diagrama 1, se concuerda respecto a que la formación ética de los terapeutas, orientada a promover la buena práctica, tendría que integrar las distintas dimensiones de ética profesional identificadas, pudiendo ser representadas a través de un triple compromiso que adquiere el profesional con el consultante, consigo mismo y con el entorno.

El compromiso del terapeuta con el consultante ha marcado la ética profesional en psicoterapia. En este estudio este compromiso se manifiesta a través del principio de respeto y cuidado por el paciente que incluye prácticamente todas las acciones deseables y su falta todas aquellas prácticas éticamente cuestionables.

El compromiso del terapeuta consigo mismo estaría al servicio de este trato respetuoso e implicaría no sólo comprometerse con la propia formación y con los valores y principios de la profesión, sino que con mantener una actitud permanente hacia el auto-conocimiento, auto-reflexión y auto-regulación. De este modo, junto a una ética deontológica, los terapeutas expertos y consultantes aluden una ética de la virtud. El terapeuta presenta el desafío no sólo de actuar respondiendo a sus deberes, sino de “ser” o “aspirar a ser” una persona prudente, confiable, flexible, honesta y humilde, es decir, moralmente íntegra. De este modo, la formación ética del terapeuta no puede darse al margen de su desarrollo personal. Como sostiene acuerdo Anderson y Handelsman (2010), más allá de una ética remedial (o de evitación de conflictos), la formación ética debe orientarse a favorecer una ética positiva incluyendo aspectos motivacionales y al servicio del enfrentamiento de conflictos en el quehacer cotidiano.

En efecto, de acuerdo a nuestros datos, la formación ética requeriría también del desarrollo de un “modo de pensar éticamente” que problematiza más que dilematiza la práctica profesional permitiendo trascender del terreno de las trasgresiones donde se actúa por un disvalor por sobre un valor; a aquel de los conflictos éticos donde se contraponen valores positivos. Como señala Kithchener y Anderson (2011), la ética en general y en psicoterapia en particular no es sólo un asunto de juzgar que acción es correcta o incorrecta, sino de discernir cómo proceder en casos de conflictos entre valores.

Existe acuerdo respecto a que la violación del secreto profesional (sin justificación ética o legal) y de los límites profesionales, así como cualquier acción abusiva o que dañe al consultante constituye una trasgresión. Los principios y normas nos guían para prevenirlas y por lo tanto aún cuando pueden ser frecuentes serían evitables. Sin embargo, los principios y normas son generales mientras que los casos que enfrentamos son particulares y contextuales. Además los mismos principios y normas pueden entrar en contradicción. En efecto, en esta investigación frecuentemente se alude a problemas éticos que requieren de nuestra capacidad deliberativa para ponderar los valores en juego y evaluar los distintos cursos de acción de acuerdo a las circunstancias del caso y las consecuencias que conllevan. Ejemplo de esto son los casos en los cuales se debe decidir hacer una excepción al secreto profesional para proteger al paciente o terceros, se debe determinar si se

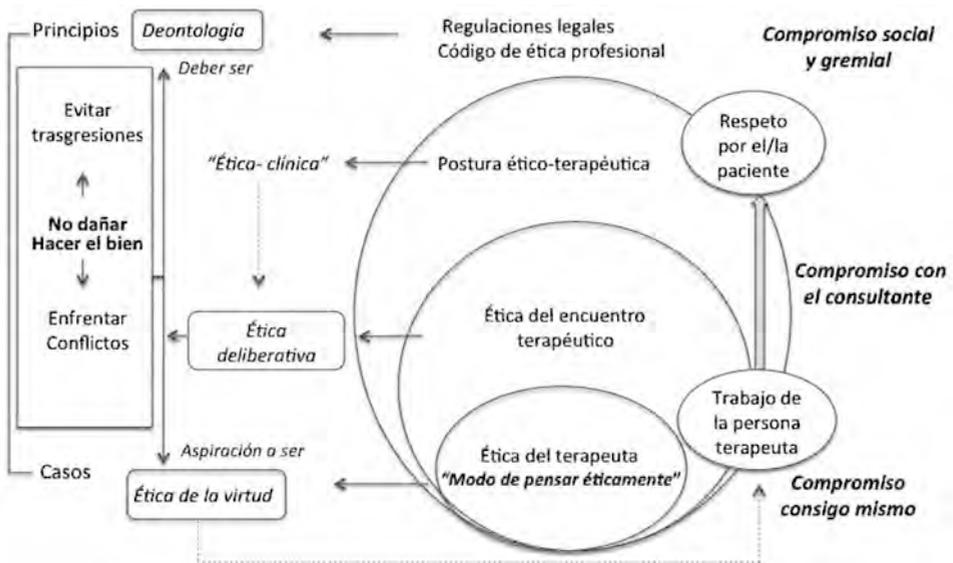


Diagrama 1.
Dimensiones de la ética profesional en psicoterapia.

posee la suficiente fuerza terapéutica (capacidad del profesional y colaboración del consultante) para proseguir o interrumpir el tratamiento. Estas situaciones serían inevitables en la práctica terapéutica y muchas veces requerirían de nuestro juicio clínico para ponderar los valores en tensión.

De allí que se enfatice una ética deliberativa en la formación profesional y la importancia de integrar la reflexión ética a la práctica clínica. Este estudio apoya la postura Birrell (2006) sosteniendo que la falsa dicotomía ética-clínica ha sido perjudicial en tanto nos ha llevado desaprovechar la utilidad de la reflexión ética para la práctica habitual de la psicoterapia. Siguiendo las formulaciones de Kittchener y Anderson (2011) tenemos el desafío de trascender de un tipo de razonamiento moral nivel intuitivo hacia un nivel crítico reflexivo. Si bien se han desarrollado variados procedimientos para la toma de decisiones éticas en psicoterapia en este estudio no son mencionados (Pope y Vásquez, 2007; Anderson y Handelsman, 2010; Zur, 2010).

La formación ética del terapeuta por lo tanto conjugaría una ética de la convicción como de la responsabilidad. Es decir, favorecería la convicción o convencimiento personal de que una acción es en ella misma correcta y por tanto una obligación; así como una ética de la responsabilidad que permita evaluar un comportamiento como correcto o incorrecto según las consecuencias o efectos beneficiosos o dañinos que conlleva.

Mientras el compromiso con el consultante y del terapeuta consigo mismo son percibidos como parte esencial de la ética profesional, el compromiso del profesional con el entorno es referido más indirectamente. Es decir, de acuerdo a nuestra

definición de desafío ético, la responsabilidad asumida con el consultante y con uno mismo corresponde a aquello que no podemos dejar de hacer; en tanto que nos faltaría reflexionar sobre la responsabilidad que asumimos con la sociedad y con nuestra profesión.

El compromiso social y gremial, nos presenta el desafío de salir del aislamiento de la relación terapéutica y sostener una visión de nosotros mismos como parte del colectivo. En relación a nuestra responsabilidad social, significaría principalmente pronunciarnos y contribuir con nuestro conocimiento profesional sobre la vida de las personas, al desarrollo de una sociedad más saludable. En relación a nuestro compromiso gremial, primero reflexionar sobre nuestra responsabilidad en el ejercicio ético de la profesión. En este estudio, los diversos escenarios para problemas éticos referidos por los formadores se asocian a la conducta no ética de los colegas, sin embargo muy excepcionalmente se alude al conflicto que esto genera en el profesional. En segundo lugar, reflexionar sobre el rol y responsabilidad de las distintas instituciones formadoras. Los terapeutas son profesionales titulados y por lo tanto pueden legítimamente ejercer su profesión siendo avalados por la universidad de la cual egresaron. Sin embargo, si consideramos la importancia atribuida a la postura ética terapéutica, los programas de capacitación de terapeutas de postítulo adquieren una responsabilidad especial, proporcionando como sostiene Anderson y Handelsman (2010), una nueva cultura ética con la que el estudiante se identifica. En esta línea no sólo los formadores sino que todos los terapeutas enfrentamos el desafío ético de explicitar y fundamentar la postura ético-terapéutica que se sostiene. Sin embargo, si creemos posible el pluralismo psicoterapéutico fundamentar la propia posición no sería suficiente. El pluralismo nos plantea el desafío no sólo de permitir la coexistencia de cosmovisiones (posturas ético-terapéuticas) sino que de que éstas convivan y dialoguen. Es decir, de desarrollar una ética intersubjetiva que permita definir un *ethos* o carácter de nuestra ocupación profesional compartido.

Referencias bibliográficas

- Anderson, S.K. y Handelsman, M.M. (2010). *Ethics for psychotherapist and counselors. A proactive approach*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Barnes, F.P. y Murdin, L. (Eds.). *Values and ethics in the practice of psychotherapy and counselling*. Reino Unido: Edmundsbury Press.
- Begelman, D.A. (1971). The ethics of behavioral control and a new mythology. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 8(2), 165-169.
- Birrell, P. J. (2006). An Ethic of Possibility: Relationship, Risk, and Presence. *Ethics & Behavior*, 14(2), 95 -115.
- Clarkson, (Ed). *Ethics. Working with ethical and moral dilemmas in psychotherapy* (pp20-40). Londres, Reino Unido: Whurr Publ.
- Conill J. y Arenas-Dolz, F. (2010). Ética hermenéutica de las profesiones. En M. Correa y P. Martínez (Eds.). *La Riqueza de las éticas profesionales* (pp.55-90). Chile: RIL.
- Corey, G., Schneider, M. y Callanan, P. (2011). *Issues and Ethics in the Helping Professions*. California, EE.UU.: Brooks/Cole.

- Cortina, A. (2002). La dimensión pública de las éticas aplicadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 45-64.
- Escribar, A., Perez, M. y Villaroel, R. (2004). Introducción. En A. Escribar, Perez, M. y R. Villaroel (Eds). *Bioética. Fundamentos y dimensión práctica* (pp. 15-20). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Holmes, J. (2006). Ethical aspects of the psychotherapies. En S. Bloch, P. Chodoff y S.A. Green, (Eds.). *Psychiatric Ethics*. (pp. 225-243), Inglaterra: Oxford University Press.
- Kitchener, K.S. y Anderson S.K. (2011). *Foundations of Ethical Practice, Research, and Teaching in Psychology and Counselling*. 2º Ed. Nueva York, E.E.U.U: Routedge.
- Lindsay, G. and Clarkson, P. (2000). Ethical Dilemmas of Psychotherapist. En P. Clarkson, (Ed). *Ethics. Working with ethical and moral dilemmas in psychotherapy* (pp1-16). Londres, Reino Unido: Whurr.
- Lindsay, G., Koene, C., Ovreide, H., y Lang, F. (2008). *Ethics for European psychologists*. Gottingen, Germany and Cambridge, MA: Hogrefe.
- Pope, K. y Vasquez, J.T. (2007). *Ethics in Psychotherapy and Counseling*. San Francisco, EE.UU.: John Wiley.
- Reynolds E. (2006). *Ethics in counseling and psychotherapy*. CA. EEUU: Thomson.
- Widiger, T. y Rores, L. (1984). The responsible psychotherapist. *American psychologist*, 39, 503-515.
- Zur, O. (2010). *Boundaries in psychotherapy. Ethical and Clinical Explorations*. Washington: American Psychological Association.

PROBLEM SOLVING BRIEF THERAPY: A CASE CONDUCTED BY JOHN WEAKLAND

Eduard Carratalà¹, Anna Vilaregut¹, Karin Schlanger², &
Cristina Günther¹

¹FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, Spain.

²Mental Research Institute, Brief Therapy Center, Palo Alto, CA., USA

How to reference this article:

Carratalà, E., Vilaregut, A., Schlanger, K., & Günther C. (2016). Problem Solving Brief Therapy: A Case Conducted by John Weakland. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 217-232

Abstract

This study aimed to analyze a case conducted by John Weakland, as a cofounder of Problem Solving Brief Therapy (PSBT), in order to have a better understanding of the model and how it is developed. Existing literature was reviewed emphasizing the most characteristic aspects of PSBT, which focuses primarily on promoting changes. The case studied is of a couple that requested therapy at the Mental Research Institute (MRI) in 1992 because they were afraid of their son diagnosed with schizophrenic disorder. The couple was visited by John Weakland, cofounder of the PSBT, and considered to be a pioneer in the field of family therapy. With over 30 years of experience as a psychotherapist, he always sought to promote simple strategies for solving problems of human behavior. The case occurred in two sessions, presenting a positive follow-up feedback from the clients, three weeks after the last session of the therapy. Transcriptions were content analyzed with the support of the Atlas.ti software, considering the therapist's speech turns as units of analysis (n=136). The analysis shows that Weakland, within two sessions, Explores in 52.2% and Intervenes in 44.1%. Data suggests that PSBT, as applied by Weakland, is characterized for being highly intervening and focused on the present, using a language that facilitates understanding of the process, and thus allows a concise therapy.

Keywords: Systemic Family Therapy, Problem Solving Brief Therapy, Weakland, Problem Definition, Attempted Solutions

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar un caso llevado por John Weakland, como cofundador del modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas (TBRP), para poder llegar a una mejor comprensión del modelo y de su desarrollo. Se revisó la literatura existente, poniendo énfasis en los aspectos más característicos de la TBRP, que se centra principalmente en la generación de cambios. El caso estudiado es el de una pareja que consultó en el Mental Research Institute (MRI) en 1992 porque tenían miedo de su hijo diagnosticado con trastorno esquizofrénico. La pareja fue visitada por John Weakland, cofundador de la TBRP y considerado pionero en el campo de la terapia familiar. Con más de 30 años de experiencia como psicoterapeuta, siempre buscaba estrategias simples para resolver problemas de la conducta humana. El caso transcurrió en dos sesiones, presentando un feedback positivo en el seguimiento con los clientes, tres semanas después de la última sesión de la terapia. Se analizaron las transcripciones mediante un análisis del contenido, con el soporte del programa informático Atlas.ti, tomando los turnos de habla del terapeuta (n=136) para el análisis. El análisis muestra que Weakland, en dos sesiones, Explora en un 52.2% e Interviene en un 44.1%. Los datos sugieren que la TBRP, aplicada por Weakland, se caracteriza por ser altamente interventiva y centrada en el presente, usando un lenguaje que facilita la comprensión del proceso, permitiendo así una terapia concisa.

Palabras clave: Terapia Familiar Sistémica, Terapia Breve de Resolución de Problemas, Weakland, Definición del Problema, Soluciones Intentadas

Received: March 3, 2016. Accepted v1: May 17, 2016. Accepted v2: May 19, 2016

Correspondence:

E-mail: EduardCR@blanquerna.url.edu

Postal address: Eduard Carratalà, FPCEE Blanquerna, Císter 24-34, 08022 Barcelona, Spain

© 2015 Revista de Psicoterapia



The therapeutic context is in itself a complex system in which multiple factors are involved in, affecting and conditioning the course and evolution of the process, both positively and negatively (Bateson, 1972; Linares, 2012; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974).

A study of a complex system requires recognition of patterns that must be considered as slashes of a larger whole. Maps have been developed, for that purpose, to allow an understanding by slashes and metaslashes (Bateson, 1972), thus approaching a description of the causalities that affect the psychotherapeutic process. In addition, Bateson (1972) stated that “in principle, then, a causal circuit will generate a non-random response to a random event at that position in the circuit at which the random event occurred” (p.410). The understanding of the psychotherapeutic process as a circuit, and events and occurrences that happen, in or out of the context, as different slashes and metaslashes is potentially important.

A systemic research approach must consider the process, the practices, the outcomes, and other variables that might affect the good or poor outcome of psychotherapy (Sexton, & Datchi, 2014). The results of a therapy do not depend solely on the intervention strategies that are developed therein (Lebow, 2012). In the words of Rohrbaugh (2014), “the systemic paradigm is about understanding human problems and change in a framework of circularity, context, and pattern interruption” (p.435).

There are multiple and diverse trends in psychotherapy, and multiple and diverse models within each of them. After the research developed by Smith, Glass, & Miller (1980), it is known that a specific therapeutic model is not the most important factor that can predict success or failure of a therapy; it is much more important to look into the details of the specific style that the therapist develops and to look into how the therapeutic relationship unfolds (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). In a more recent study, Botella, Maestra, Feixas, Corbella, & Valls (2015) highlight that, in a review of multiple studies that study change in psychotherapy, more than 25% of the times, change occurs due to factors that are common across different psychotherapeutic models. Therefore, developing studies about how an individual therapeutic style is developed is considered a very important factor in the process and success of a psychotherapeutic approach (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007; Corbella, & Botella, 2004); the therapeutic style should then be taken into account as one of the main elements in the complex map of what happens during the therapy while studying a specific psychotherapeutic model (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Feixas & Miró, 1993; Mateu, Vilaregut, Campo, Artigas, & Escudero, 2014).

Traditionally, Systemic Family Therapy is considered to be a merging of different schools that, despite being sustained by a rich epistemology, are not always homogeneous, due to the independent origins of some basic concepts. One of the main sources that nurtured systemic epistemology was the communicational approach (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967) developed in collaboration with

the Bateson Research Project, with John Weakland as one of the first and most important members. The communicational approach is of special interest for the systemic epistemology as it is considered one of the fundamental influences towards the consolidation of systemic family therapy in the 1960s (Linares, 2012; Ludewig, 2005).

Problem Solving Brief Therapy

As the Bateson Research Project came to an end, the Mental Research Institute (MRI, 1959) was founded as a therapy and research center. The Institute, already from its beginning, was distinguished because therapy sessions were recorded and a one-way mirror divided a team of therapists dedicated to the session that was taking place. The goal of the recordings was to allow studying the sessions as well as offering the best possible solutions for the clients that were consulting (Linares, 2012; Watzlawick et al., 1967; Watzlawick et al., 1974; Weakland, Fisch, Watzlawick, & Bodin, 1974).

The MRI provided the cradle for the Problem Solving Brief Therapy (PSBT) model, defined and developed by the first members of the team, Weakland, Fisch, Watzlawick, & Bodin (1974). PSBT was born intending to offer more effective therapies than those that were available at the time, including the context for a more comprehensive vision. The focus on the families allowed for a relational systemic approach. The team intended to make more agile therapies by limiting the encounters to a maximum of 10 sessions (Weakland et al., 1974).

One of the key elements in the work of Weakland et al. (1974) was to focus on the symptom. The symptom is what the clients are ready to work on because it is what they state when they ask for help. In case of improvement, the symptom serves as a clear sign of the progress. In order to develop the therapeutic work, the problem is understood as a situational and relational event, the intervention being focused on the *problem definition* that the client brings, and on the *attempted solutions* that were implemented, understanding these as the loop of positive feedback from the environment that, intending to solve or extinguish the problem, maintain it through homeostatic mechanisms (Schlanger, Cinella, Díaz, & González, 2014; Watzlawick et al., 1974). The founders proposed PSBT as a fundamentally pragmatic therapeutic approach, conceptualizing and intervening through the direct observation of the interactions of human systems.

Through PSBT, therapists strive to define and focalize the interactional problem, take into account the position of the clients concerning their problem, inquire and synthesize the behaviors of their attempted solutions and use their position to convince them to do the opposite of the basic impulse of their attempted solutions. The essence of the efficacy of this therapy model lies in helping the clients to define their problem in ways that can be solved more efficiently and in the least intrusive possible way (Schlanger et al., 2014; Weakland et al., 1974; Weakland, & Ray, 1995).

Considering the effectiveness of PSBT, the research developed by Weakland et al. (1974) showed a success rate of 72%; approximately twenty years later, Rohrbaugh, Shoham, & Schlanger (1992) and Shoham, Rohrbaugh, & Patterson (1995) reviewed the team's archives and developed a research that proved that the model had a success rate of 68%, including *success* and *partial success* outcomes. Although some research has been developed, Rohrbaugh & Shoham (2001) reviewed previous studies and confirmed there is still a research gap that needs to be considered and more factors need to be considered in order to learn more of the PSBT model.

The definition of a therapeutic model

As described by Watzlawick et al. (1967) and Weakland & Fisch (1992), the focus inherent throughout the therapeutic process is upon understanding the interpersonal relationships, and the problems inherent within them, as a sequence of occurrences, especially referring to the clients' attempted solutions. The sequences are understood in a circular sense, considering that there must be a beginning and an end, thus closing the relational circuit that the clients are enduring. This relational circuit must be interrupted in order to produce a different outcome.

The principles and techniques of PSBT are nurtured from two basic assumptions. First, it is improbable that a specific origin of a problem can be determined, and an attempt for doing so deflects the therapy into a past and historic framework. Therefore, therapy is attended only when there are current behaviors from the clients and their environment, which are maintaining and reinforcing the problem. Second, if the loop of attempted solutions is properly interrupted, the problem will resolve, no matter its nature, origin or extension in time (Weakland et al., 1974).

The therapeutic process is initiated by developing a precise problem definition and then exploring the attempted solutions implemented by the clients and their environment. The intervention is therefore based on developing clear, specific and reachable goals, by defining a plan to produce changes and implementing it in agreement with the clients (Fisch, Weakland, & Segal, 1982; Watzlawick et al., 1974; Weakland, & Fisch, 1992; Weakland et al., 1974).

In order to do therapy briefly, the formula that the Palo Alto group followed is, as Rohrbaugh & Shoham (2001) describe:

- (a) define the complaint in specific behavioral terms; (b) set minimum goals for change; (c) investigate solutions to the complaint; (d) formulate ironic problem-solution loops (how 'more of the same' solutions leads to more of the complaint, etc); (e) specify what 'less of the same' will look like; (f) understand clients' preferred views of themselves, the problem, and each other; (g) use client position to interdict problem-maintaining solutions; and (h) nurture and solidify incipient change. (p.72)

Strategies and techniques characteristic of the PSBT model focus on the interruption of the attempted solutions that maintain the problem, rather than on the

problem itself (Bermúdez, & Brick, 2010; Fisch, Ray, & Schlanger, 2009; Rohrbaugh, & Shoham, 2001; Schlanger et al., 2014). These strategies and techniques are shown in Table 1, with a brief definition for each concept, pointing out the importance of relational and familiar elements in PSBT.

Table 1.
Strategies and techniques of PSBT model (adapted from Bermúdez, & Brick, 2010)

Strategies and Techniques	Description
Determine the goals	Establish criteria to evaluate expected changes.
Choose the minimal change	Choice of a new behavior in agreement with the family to begin the expected changes.
Doing the opposite of what was being done	Recommend behaviors that contradict those that maintain the problem.
Speak the language of the client	Adopt and understand the clients' idiosyncrasy, and their attitude towards the difficulty they are presenting, allowing for a better acceptance of what the therapist suggests.
Avoid confrontation	Take an equal and non-superior position with the family.
Problem definition from an interactional pattern	Avoid problem definitions that point to individual pathology, to promote a circular understanding of the problem.
Clarification of the attempted solutions	Help the family realize that the attempted solutions have not worked.
Reframing	Offer new meanings to the descriptions that the families bring, both regarding problem definition and change.
Prescription of homework	Ask the family to do tasks in-between sessions, promoting a continuity of the in-session work.

In order to have a deeper understanding of the PSBT model, the content analysis of a therapy conducted by John Weakland (as a cofounder of the model) was performed to look in the details as how the therapist's style was developed. Learning about this presents a more complex knowledge of how the PSBT unfolds, since the model has been studied in terms of effectiveness, and still requires more research in order to fill in the gaps of what it is that actually occurs in its therapies, as it is brought out in the literature.

Methodology

Single-Case Study

The entire analysis followed a single-case design (Barlow, & Hersen, 1984; Yin, 1989) through indirect semi structured observation. This protects the reliability of the results, considering the potential and the limitation of this design

simultaneously. Therefore, it is understood that the results and conclusions to be extracted should match with the analyzed case, while allowing reaching a deeper understanding of the content. Consequently, this study was developed through a content analysis of the transcriptions, considering only contributions of the therapist in two psychotherapy sessions. This type of analysis refers to a set of methods and procedures that emphasize in the text and establish two degrees of complexity, descriptive and inferential, taking into account both qualitative and quantitative analysis techniques (Stake, 2010).

Participants

The clients. In order to respect confidentiality, names and other identifying details of the clients have been disguised. Also, a consent form was signed by the clients, allowing using this material for research or teaching purposes.

The clients were a married couple that attended the MRI in 1992, Arthur, 73 year old, and Rose, 61 . They had three sons: Dick, 29, Jason, 27, and Jake, 26. Arthur had one more son from a previous relationship, Patrick, 40 year old, who practiced as a therapist in a different town.

The couple sought consultation because of Jason, who had been diagnosed with a Schizophrenic Disorder. They started having issues with Jason approximately 6 years before coming to the MRI. They were referred by Patrick, in search of a different kind of therapy. During those years they tried to get help from different institutions, but all of them required Jason to attend and participate personally, which he did not accept. When the parents came to know that they could be helped at the MRI without needing Jason to be present, they decided to ask for an appointment seeking the help; they complained about serious difficulties in managing Jason's behavior and attitude, fearing for their own physical safety, and that of the rest of the family.

Arthur and Rose found themselves in a critical situation, beyond the complexity of the case, because they feared their son and what he might be capable of doing. The main – and simplified – presenting problem the couple complained was that they were afraid. This fear was motivated by the destructive behaviors of Jason towards them and their inability to modify the repetitive situations.

The therapist. John Weakland (1919-1995), at the time was 73 years old and was considered to be a pioneer in the field of family therapy. In his obituary (Thomas, 1995), Weakland was defined as “an innovative psychotherapist who helped originate the field of family therapy and created elegantly simple strategies for solving problems of human behavior” (p. 1). He had an experience of over 30 years in the field of psychotherapy, being one of the first members of the Bateson Research Project as well as part of the first team of the MRI.

Weakland, entering Cornell University by the age of 16, started out as a chemical engineer but soon became interested in anthropology next to Gregory Bateson and Margaret Mead at the New School in New York (Thomas, 1995). His

first publication in the field of family therapy was the very influential paper "Towards a theory of Schizophrenia" (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956) (Cade, 1995). After that, he participated in over 60 research papers and authored six books in the field of family therapy (Thomas, 1995).

Following with the MRI protocol, a follow-up evaluation was assessed three weeks after the therapy was concluded. The couple considered the therapy useful and identified that their main problem was resolved. The follow-up was assessed as +1, meaning that change was achieved and the clients were sufficiently satisfied with the therapy they received.

Material

Transcriptions were analyzed for a therapy conducted by Weakland with the PSBT model. The case was framed in two sessions of approximately one hour each. The therapy was documented with the support of audiovisual recordings for both sessions.

Procedure

Firstly, various cases were looked upon, and one was selected based on its specific characteristics: (1) The therapy was conducted by a cofounder of the PSBT model; (2) The quality of the recordings was sufficient to allow access to the entire case; (3) It followed the MRI's protocol; (4) The subjective follow-up evaluation was positive (+1 or +2).

Secondly, the two sessions of the selected case were transcribed literally. The resulting transcriptions were reviewed by a team of professionals, experts in the systemic model, to achieve consensus regarding the accuracy of the text.

In third step, a repeated reading of the transcriptions was carried out to identify fragments of the text that were relevant to the purpose of the study. The fragments where Weakland contributed were selected. It is important to clarify that the interventions were considered in the original context in the purview of the therapeutic conversation and therefore the client's contributions, though not categorized themselves, were always used to contextualize the analysis of the selected fragments.

In fourth step, speech turns were selected as units of analysis (UAs) based on the divisions defined in the transcriptions. It resulted in a total of N=604 UAs, corresponding to n=136 UAs of contributions from Weakland; all of them were considered in the analysis, carried out by using Atlas.ti (v.5.0) software.

In fifth step, in order to systematize the process, analysis categories were defined based on the existing literature and the support of the MRI team. A total of twenty categories were defined, which, during the analysis, were mapped on the basis of how they were related to each other. A total of 4 category grouping levels were achieved, with saturation in the third and fourth level categories – a total of 13 saturated categories. The definition of each saturated category respected what is

defined in the model, adapting the meaning and the definition through the analysis developed. Due to the meaning of the categories and the nature of the UAs defined – speech turns – co-occurrence of categories happens in many of the UAs (i.e. one single speech turn might be simultaneously categorized as *Prescribing homework* and *Choosing the minimal change*).

In order to assess interferences of an individual researcher, a group of auditors made a consensus to supervise the procedure. A team of four systemic-oriented psychologists was assigned for the analysis and discussion of the results. The team had an experience of 5-30 years in the field with an average of 14 years. Following the Single Case Design Standards (Kratochwill et. al., 2013), the researchers determined by a consensus when and how UAs were categorized. Among the 13 saturated categories, the research team agreed in 92% of the categorization. On the 8% of disagreement, consensus was achieved by clarifying the meaning of the existing categories or by creating new more specific categories when required. As seen in Figure 1 in the results, when categorizing how Weakland explores *The problem definition*, the analysis required to create the two new sub-categories *In an open manner* and *Directing towards the present*.

Results

Categorical qualitative analysis

When analyzing Weakland's speech turns, we observed that he *Explores* both *The problem definition* and *The attempted solutions*. The category *Explores* refers to those contributions of the therapist focused on inquiring about what moves the client to ask for therapy and inquire about the relational description that the client offers. It is observed, looking into *The problem definition*, that he does so *In an open manner* as well as *Directing towards the present*.

When we considered *Intervenes*, we understood this category as those contributions of Weakland where he promoted change to occur. We observed, while classifying, that his interventions have two cores of the intervention. On the one hand *On the problem definition* and on the other *On the attempted solutions*. When intervening *On the problem definition*, he does so by *Defining the problem from an interactional pattern* and *Reframing the problem definition*. When intervening *On the attempted solutions*, he does so by *Clarifying the attempted solutions*, *Determining the goals*, *Choosing the minimal change*, *Doing the opposite of what was being done*, *Reframing change* and *Prescribing homework*.

Weakland *Maintains a therapeutic attitude*, understood as those contributions from the therapist aiding on the client's comfort and aiming to ease the process for them, by *Speaking the client's language* and *Avoiding conflict with the family*.

All of these results are presented in a conceptual map in Figure 1, unveiling the frequencies in which Weakland develops the processes, defined in these categories that allow a better understanding of the categorical analysis developed.

In order to assist the procedure and analysis, the reframing technique was divided into the categories *Reframing the problem definition* and *Reframing change*, which allowed to distinguish whether the therapist's action intervened on the problem definition or the attempted solutions, respectively (see Figure 1). All categories merge into the category *Weakland*, which is understood as the full set of styles, interventions and explorations that define the praxis of Weakland as a therapist. The category *Explores* refers to Weakland's contributions to search for information about the presenting case, either inquiring into *The problem definition* or *The attempted solutions*. The exploration of the problem definition was divided in two smaller categories, *In an open manner*, which refers to problem definition exploration in general terms, and *Directing towards the present*, which encloses the guided exploration intended to direct the clients' discourse specifically to the present. The category *Intervenes* encompasses the contributions focused on promoting changes in the behavior or discourse of the clients. Intervention was done either *On the problem definition* or *On the attempted solutions*, each of them grouping their own more specific categories (see Figure 1). Lastly, the category *Maintains a therapeutic attitude* encompasses contributions that focus on easing the therapeutic process for the clients, adapting to their needs and promoting a better relationship between the therapist and the clients.

Most categories achieve saturation at the fourth level of analysis except for the following three, which saturate at the third level: (1) *The attempted solutions*; (2) *Speaking the client's language*; (3) *Avoiding conflicts with the family* (see Figure 1).

Representative examples from the literal transcriptions are shown in Table 2, which illustrate each category that achieves saturation, and help in the understanding of what they meant in the present analysis.

Figure 1.
Conceptual map of the category analysis by
contributions of John Weakland.

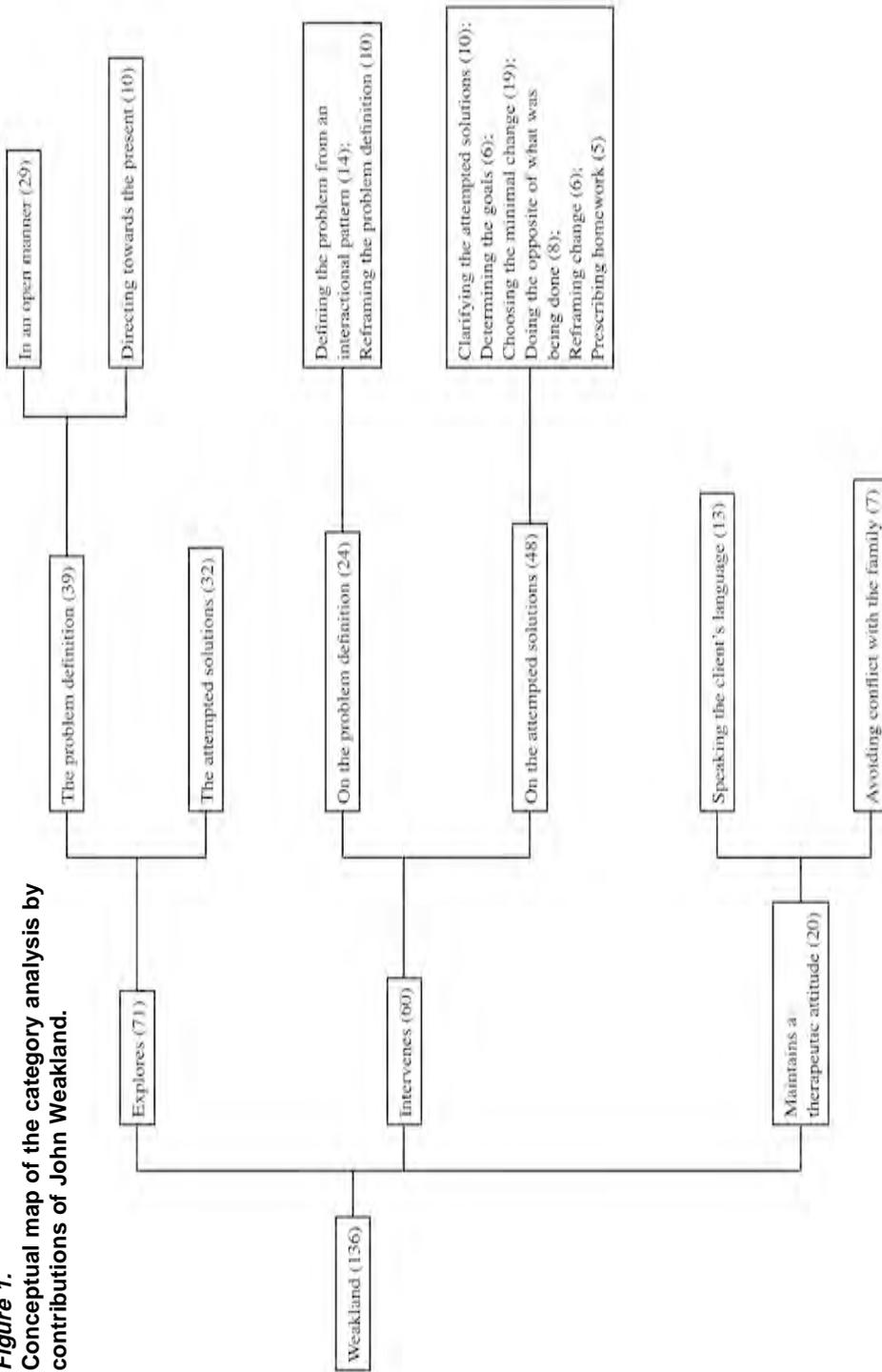


Table 2
Selection of representative examples of the categories achieving saturation.

Category	Example
In an open manner	"Tell me a little more about what, just what you see going on."
Directing towards the present	"I think it would help if you could now tell me what's going on right now and then we can fill in as much as necessary."
The attempted solutions	"But what do you say if he says 'you are the devil'?"
Defining the problem from an interactional pattern	"[...] it sort of looks like he might be feeling that the other members of the family are included, and he's sort of the hard man out, and he's gotten very resentful with that?"
Reframing the problem definition	"[...] these situations that are unusual, but that, that sort of thing I've heard of people being destructive before, but I've never really heard of... he's destructive and then he patches it up."
Clarifying the attempted solutions	"I don't know, but I could even think that in the rather distorted way he seems to be thinking he could even take your offers of help and concern as a perfect put down."
Determining the goals	"[...] if he says a warm 'good morning mom how are you?' well, I certainly would take that as a positive sign, and I like your answer in terms of it's concrete and observable [...]"
Choosing the minimal change	"[...] suppose he did something that he has never done, like come in and apologize for some piece of destructive behavior, would that be different enough?"
Doing the opposite of what was being done	"The main thought is, what would be so different, so uncharacteristic of what he's come to expect from you, that it would make his jaw drop."
Reframing change	"Well, but I think... I don't really mean this to as fastidious as it's gonna sound but at least in that example you were sort of 50-50."
Prescribing homework	"So step by step, so think small, and think concrete, what would something observable be if you could saw it you could say to yourselves, I'm not out of the woods, but that's a possible thing", and I know you're coming a long way, so timing of things is partly up to you, I would like to be feasible to meet with you again at this time next week."
Speaking the client's language	"If we could only reverse that reversal... than we would be in to something."
Avoiding conflict with the family	"So they sort of put the weight on me, but you do have a point, they conceivably could be overly cautious and the ultimate test would be up to you, and not up to them."

Category percentage analysis

In order to have a deeper understanding of the PSBT model, it is necessary to take into account the percentages of each category, out of the total of analysis units in which Weakland speaks (n=136). Table 3 shows that 52.2% of the UAs refer to

the exploration, 44.1% to the intervention, and 14.7% corresponds to *Maintains a therapeutic attitude*. 17.6% of the UAs are categorized as *On the problem definition*, while 35.3% correspond to *On the attempted solutions*. The highest percentage of those categories grouped in the intervention *On the attempted solutions* refer to *Choosing the minimal change*, with 14%. The categories encompassed in *Maintains a therapeutic attitude* are distributed in 9.6% for *Speaking the client's language* and 6.1% for *Avoiding conflict with the family*.

Table 3.
Percentages of each category out of the totality of the UAs.

Category	Frequency	%
Explores	71	52.2
The problem definition	39	28.7
In an open manner	29	21.3
Directing towards the present	10	7.3
The attempted solutions	32	23.5
Intervenes	60	44.1
On the problem definition	24	17.6
Defining the problem from an interactional pattern	14	10.3
Reframing the problem definition	10	7.3
On the attempted solutions	48	35.3
Clarifying the attempted solutions	10	7.3
Determining the goals	6	4.4
Choosing the minimal change	19	14.0
Doing the opposite of what was being done	8	5.6
Reframing change	6	4.4
Prescribing homework	5	3.7
Maintains a therapeutic attitude	20	14.7
Speaking the client's language	13	9.6
Avoiding conflict with the family	7	6.1

Similarly, in Table 4, percentages are shown for each of the third and fourth level categories allowing a comparison between the first and second sessions. There is a greater percentage of contributions in the first session, wherein Weakland *Explores*, presenting 51.3% on *The problem definition* and 62.5% on *The attempted solutions*, whereas in the second session there is a greater percentage of contributions, wherein Weakland *Intervenes*, showing 75% and 66.7% on *On the problem definition* and *On the attempted solutions* respectively. Three categories stand out by 100% occurrence in the second session: *Determining the goals*, *Doing the opposite of what was being done* and *Avoiding conflict with the family*.

Table 4.
Presence percentage of third and fourth level categories within each session.

Category	Session 1 %	Session 2 %
Explores		
The problem definition	51.3	48.7
In an open manner	48.3	51.7
Directing towards the present	60.0	40.0
The attempted solutions	62.5	37.5
Intervenes		
On the problem definition	25.0	75.0
Defining the problem from an interactional pattern	14.3	85.7
Reframing the problem definition	40.0	60.0
On the attempted solutions	33.3	66.7
Clarifying the attempted solutions	50.0	50.0
Determining the goals	0.0	100.0
Choosing the minimal change	31.6	60.4
Doing the opposite of what was being done	0.0	100.0
Reframing change	66.7	33.3
Prescribing homework	80.0	20.0
Maintains a therapeutic attitude		
Speaking the client's language	53.8	46.2
Avoiding conflict with the family	0.0	100.0

Discussion

The analysis of Weakland's contributions within the therapeutic conversation in this case study allows a better understanding about the application of the theoretical model described by Weakland et al. (1974).

The way Weakland develops the exploration clarifies that the PSBT model intends to look for what brings clients to therapy, always defining it in terms of the present time. When clients focus on the occurrences or behaviors from the past, Weakland redirects their discourse to understand what is maintained in the present of what initiated in the past. Considering the category *Explores*, there is 52.2% of the total of Weakland's contributions, which focus on understanding what brings the clients to therapy and how they get there; it emphasizes the fact that what is most important is that which is maintained, both for the problem definition and for the attempted solutions. The theory of the model is presented in this analysis; it underlines the importance of what is occurring and maintained in the present, even though the problem started in the past. Therefore, we spotlight how Weakland (1976), consistent with his own writing, is attempting to work and intervene on the behaviors in the present, without chasing after the stored memories and centering the intervention on past behaviors, which hinders a brief and efficient work.

The fact, 44.1% of the UAs are directed towards the intervention, and hence to promote changes, demonstrates that PSBT is a highly intervening model, as described in the work of Weakland and Fisch (1992) and Weakland et al. (1974),

given that this percentage is given in a two-session therapy. When considering the qualitative meaning of the categories grouped in *Intervenes* and the interventions they refer to, we see that they are equally important, even if they are presented in different percentages due to the content of the interventions and the way they are presented. It is within the general discourse of the therapist to promote a problem definition from an interactional pattern, as it is first described by Weakland et al. (1974) and most recently by Schlanger et al. (2014), only if the clients are able to see the role they play in the problem maintenance, then only they will be able to act differently and develop new solutions, thus breaking the positive feedback loop that maintains and reinforces the problematic behavior they complained about.

We emphasize the importance, as Fisch et al. (1982) and Weakland et al. (1974) do, of the category *Choosing the minimal change* which, although present in 14% of all the UAs, allows Weakland to determine the goals in a more precise and clear way, given that, in agreement with the clients, the therapist works to find the behavior that would allow the family to know that change has begun, and that the problem has started to resolve.

The category *Prescribing homework* only appears in 3.7% of the UAs; however, it is contrary to what we expect based on the work of Weakland et al. (1974). The great importance of this category is brought out in the qualitative analysis that appears always at the end of each session. The way in which the tasks are prescribed is centered in the integration of the accumulated information, and the interventions done during the session, in order to help the clients maintain a behavior that interrupts the blockage of the attempted solutions until the next session.

The similar percentage distribution of the therapeutic attitude in the both sessions points out the importance of an attitude that facilitates communication, essential according to Weakland et al. (1974). It stands out in the analysis that the use of the clients' language was necessary in order to assist them in the understanding of the therapeutic process. Similarly, the use of an idiosyncratic language with the clients stands out in the whole process, given that Weakland maintains it across the therapy, both observing and intervening, as per the theory of the model (Weakland et al., 1974).

The 100% presence of the three categories in the second session (*Determining the goals*, *Doing the opposite of what was being done* and *Avoiding conflict with the family*) becomes more understandable when considering an integration of the quantitative and qualitative values, occurring frequently in parallel, assuring a better result of the interventions. This allows Weakland to maintain a level of empathy and respect with the clients, while attempting interventions that might be otherwise uncomfortable, a principle that stands out in the communicational approach of Watzlawick et al. (1967).

While analyzing Weakland's contributions to the therapeutic conversations, the collaboration between the categories *Defining the problem from an interactional*

pattern and *Clarifying the attempted solutions* is brought out. These categories are mutually braced in how Weakland uses them, reaching for better results in the process of change. Additionally, *Reframing the problem definition* and *Reframing change* are complemented in order to mitigate the gravity described by the clients and aid in the recognition of a behavior that would interrupt the problem.

The research presented in this paper intends to work towards filling in the research gaps highlighted in the literature. It is important to point out that the results and conclusions presented in this study are applicable to the analyzed case. Therefore, in order to continue working to develop the research of PSBT, further investigations should be developed, taking into consideration various client pathologies and presenting problems, procuring a rigorous research assessment that considers the most important factors that predict a successful therapy.

Author notes:

1. Participants from this study signed a consent form allowing for the material to be used for research and teaching purposes. Confidentiality was respected throughout the study.
2. This study was carried out with the funds obtained by the agreement between URL and the *Departament d'Economia i Coneixement* of the *Generalitat de Catalunya*.

Bibliographic references

- Barlow, D., & Hersen, M. (1984). *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., y Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bermúdez, C., & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid: Síntesis.
- Blow, A., Sprenkle, D., & Davis, S. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S., & Vall, B. (2015). Integración en Psicoterapia 2015: Pasado, Presente y Futuro. *Integración en Psicoterapia*. doi: 10.13140/RG.2.1.1351.3040
- Cade, B. (1995). John H. Weakland (1919-1995): Tribute to a pioneer. *Journal of Family Therapy*, 19, 357-362.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Barcelona: Visión Net.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N. & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x
- Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fish, R., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *Tactics of change: Doing Therapy Briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fisch, R., Ray, W., & Schlanger, K. (2009). *Focused problem resolution. Selected papers of the MRI Brief Therapy Center*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington: American Psychological Association.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26-38. doi: 10.1177/0741932512452794

- Lebow, J. L. (2012). Common factors, shared themes, and resilience in families and family therapy. *Family Process*, 51(2), 159-162. doi:10.1111/j.1545-5300.2012.01400.x.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Ludewig, K. (2005). *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L., & Escudero, V. (2014). Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico. *Anuario de Psicología*, 44(1), 95-115.
- Rohrbaugh, M. J. (2014). Old wine in new bottles: Decanting systemic family process research in the era of evidence-based practice. *Family Process*, 53(3), 434-444. doi:10.1111/famp.12079
- Rohrbaugh, M. J., & Shoham, V. (2001). Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clinical Psychology*, 8(1), 66-81.
- Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., & Schlanger, K. (1992). In the brief therapy archives: A progress report. University of Arizona. *Unpublished manuscript*.
- Schlanger, K., Cinella, M., Díaz, G., & González, P. (2014). Hoy en Palo Alto: un trabajo en escuelas californianas con población inmigrante. In *Pensamiento Sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención*. México: Litteris.
- Shoham, V., Rohrbaugh, M. J., & Patterson, J. (1995). Problem-and solution-focused couple therapies: The MRI and Milwaukee Models. In *Clinical handbook of marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Sexton, T., & Datchi, C. (2014). The development and evolution of family therapy research: Its impact on practice, current status, and future directions. *Family Process*, 53(3), 415-433. doi:10.1111/famp.12084
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Stake, R. E. (2010). *Qualitative research: studying how things work*. New York: The Guilford Press.
- Thomas, R. (1995, July 16). John Weakland, an Originator of Family Therapy, Is Dead at 76. *The New York Times*. Retrieved from <http://www.nytimes.com/1995/07/16/obituaries/john-weakland-an-originator-of-family-therapy-is-dead-at-76.html>
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem solution*. New York: Norton.
- Weakland, J., & Fisch, R. (1992). Brief therapy MRI style. In *Focused Problem Resolution. Selected Papers of the MRI Brief Therapy Center*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.
- Weakland, J. (1976). Communication Theory and Clinical Change. In *Focused problem resolution. Selected papers of the MRI Brief Therapy Center*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Weakland, J., & Ray, W. (1995). *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. New York: Haworth.
- Yin, R. K. (1989). *Case study research: design and methods*. Newbury Park: Sage Publications.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA CON PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Estudio de caso

THERAPEUTIC ALLIANCE IN DANCE/MOVEMENT THERAPY WITH PATIENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY.

Case study

Silvia Barnet-Lopez^{1*}, Meritxell Pacheco¹, Heidrun Panhofer², Peter Zelaskowski², Susana Pérez-Testor^{1,2} y Myriam Guerra-Balic¹

¹Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE) - Blanquerna. Universitat Ramon Lull.

²Universitat Autònoma de Barcelona.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Barnet-Lopez, S., Pacheco, M., Panhofer, H., Zelaskowski, P., Pérez-Testor, S. y Guerra-Balic, M. (2016). La alianza terapéutica en la danza movimiento terapia con pacientes con discapacidad intelectual. Estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 233-251.

Resumen

Presentamos un estudio de caso cualitativo descriptivo. La participante es una mujer de 39 años con Discapacidad Intelectual, específicamente Síndrome de Down, que realizó una intervención individual en Danza Movimiento Terapia (DMT). Los objetivos del estudio son: (1) conocer los elementos relevantes de la Alianza Terapéutica (AT) que se estableció durante la intervención consistente en 19 sesiones en DMT y (2) observar si estos elementos de la AT contribuyen al éxito de los objetivos de la intervención. Los objetivos de la intervención fueron: aumentar el conocimiento del propio cuerpo, aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración, mejorar la comunicación y la relación con el otro y fomentar la iniciativa, la creatividad, la seguridad y su autonomía. El terapeuta realizó notas de campo para recoger los elementos más importantes del caso en relación a la construcción de la AT y de los objetivos de la intervención. Posteriormente se realizó un análisis de contenido. Los resultados muestran que se construyó una AT saludable, lo cual permitió alcanzar los objetivos de la terapia. Así mismo, este estudio de caso es una aportación al ámbito de la DMT, que nos permite conocer mejor el trabajo realizado en este tipo de intervenciones.

Palabras clave: Relación terapéutica, Alianza terapéutica, Discapacidad intelectual, Danza Movimiento Terapia.



Abstract

This is a qualitative descriptive case study. The participant was a woman of 39 years with Intellectual Disability, specifically Down syndrome, who performed an individual intervention in Dance/Movement Therapy (DMT). The objectives of this study were: (1) to know the relevant elements of the Therapeutic Alliance (TA) which was established during the therapeutic process for 19 sessions DMT and (2) to observe if these elements of the TA contributed to the success of the objectives of the intervention. The objectives of the intervention were: to increase knowledge of her own body, to increase impulse control and frustration tolerance, to improve communication and relationship with the others and encourage initiative, creativity, security and autonomy. The therapist got field notes to collect the most important elements of the case in relation to the construction of the AT and objectives of the intervention. Later, it was performed a content analysis. The results showed that a healthy AT was constructed, which allowed achieving the objectives of the therapy. Additionally, this case study becomes contribution to the field of DMT and it allows us to better understand the work developed in these interventions.

Keywords: Therapeutic relationship, Therapeutic alliance, Intellectual disability, Dance Movement Therapy.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el estudio de un caso en Danza Movimiento Terapia (DMT) en una paciente con Discapacidad Intelectual (DI). Este trabajo se enfoca en conocer los elementos relevantes de la Alianza Terapéutica (AT) que se estableció durante el proceso terapéutico durante 19 sesiones.

Danza Movimiento Terapia

La DMT se encuentra dentro de las terapias creativas, como la arteterapia o la musicoterapia, las cuáles han demostrado su eficacia en la contribución de cambios de nivel psicológico y relacional sobretodo en personas que presentan dificultades a la hora de expresar o de elaborar conflictos personales (Rodas, 2015). A través de algunas de las terapias creativas se ha utilizado el movimiento del cuerpo y los gestos en conjunto con la creatividad y la espontaneidad de los sujetos, como medios para llevar a cabo una intervención (Arregui, 2010).

La DMT es definida como “una especialidad en psicoterapia que utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo” (Panhofer, 2005, p.50). Está presente una interacción contante entre el cuerpo y la mente (Vella y Torres, 2012).

Se considera el movimiento como un medio que utiliza la DMT para intervenir y provocar el cambio psicológico en las personas en todas sus áreas (cognitivas, emocionales, físicas y relacionales) ayudado por la danza y también el lenguaje (Rodas, 2015). Es una herramienta de expresión y comunicación que permite transmitir emociones, sentimientos, pensamientos y vivencias (Ballesta, Vizcaíno y Mesas, 2011; Laban, 1978). Fischman (2005) afirma que la atención en la conciencia de los estados corporales viene de las variaciones del movimiento o acción corporal. Todo ello contribuye a la reconexión o al descubrimiento de estados corporales internos, sensaciones, emociones y sentimientos. Así pues, permite una expresión más libre del sujeto a través de elementos creativos, sin forzar un razonamiento previo, favoreciendo una conexión terapeuta-paciente más próxima (Hurley, Tomasulo y Fadt, 1998).

Borja y Solís (2012) proponen la intervención a través de la danza y la música para mejorar la comunicación y aumentar el conocimiento del propio cuerpo en personas con DI.

Otros estudios también ponen de manifiesto las aportaciones de la DMT en población con DI a nivel emocional y de esquema y conocimiento corporal (Barnet-López, Pérez-Testor, Cabedo-Sanromà, Gozzoli, Oviedo, y Guerra-Balic, 2015; Levy, 1988). A pesar de observar un aumento en las investigaciones en este ámbito, la DMT es una de las terapias creativas menos conocida y aplicada en estudios científicos por ello es importante incrementar las evidencias científicas en este campo (Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., y Cruz, R., 2014).

Una de las pioneras de la DMT, Marian Chace, afirma que la DMT en DI será importante que el terapeuta tenga un estilo directivo y muy activo, interactuando

con la persona en movimiento y verbalmente. Destacamos la técnica de la repetición como una herramienta eficaz de trabajo y la técnica de espejar, donde el terapeuta logra una conexión con el paciente a nivel emocional; pudiendo comprenderlo y aceptarlo en el punto en que este se encuentra, ofreciendo de esta manera al paciente una escucha que permite validar la experiencia del mismo (Chace, 1953; Levy, 1992, 1988). Se pueden utilizar distintos materiales como cuerdas, telas o pelotas, orientados a ampliar el vocabulario de movimiento y que también facilitarán la comunicación de la persona, su interacción con el grupo, la exploración a través del juego y la relación terapéutica (Panhofer, 2005).

La relación del terapeuta y del paciente en la DMT involucra relevantes elementos como el contacto físico y la proximidad ya que se crea un diálogo entre el cuerpo del paciente y el del terapeuta (Mac Donald, 1992). Así pues, se considera que una “psicología de dos personas, es en realidad, una psicología de dos cuerpos, y no se trata sólo de un encuentro de mentes sino de personas que incluyen cuerpos” (Aron, 1999, p. 267). El encuentro terapéutico permite una nueva forma de relación donde paciente y terapeuta construyen una manera propia de interactuar y de comunicarse (Sassenfeld, 2008).

Discapacidad Intelectual

Según el DSM-V la DI es un trastorno del neurodesarrollo que incluye tres criterios básicos: (1) Déficits en el funcionamiento intelectual, (2) déficits en el funcionamiento adaptativo, (3) inicio en el período de desarrollo. Según el nivel de afectación en las áreas: conceptual, social y práctica, se establecen los siguientes niveles de gravedad: Leve, Moderado, Grave, Profundo (AAIDD, 2010; American Psychiatric Association, 2013).

Según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, Existen diversas causas de DI, como las cromosomopatías, donde estará incluido el Síndrome de Down (AAIDD, 2010).

Alianza Terapéutica

Se considera que la psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre paciente y terapeuta (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, et al., 2009). Uno de los elementos más relevantes de la relación terapéutica es la Alianza Terapéutica (AT) considerada como uno de los mejores predictores de eficacia de los resultados en psicoterapia (Andrade, 2005; Horvath y Bedi, 2002). Corbella y Botella (2003) en su estudio refieren que la importancia que se ha atribuido a la AT en las investigaciones pone de manifiesto la importancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. Se considera que la AT será un factor facilitador para el desarrollo del proceso terapéutico, y por lo tanto mejorará la sintomatología de la persona (Botella y Corbella, 2011).

El concepto de AT ha ido evolucionando (Corbella y Botella, 2002). Greenson (1967) nombró por primera vez este concepto. Posteriormente Bordin (1979)

desarrolló y conceptualizó los tres elementos que la componen: acuerdo de las tareas, acuerdo en las metas y vínculo positivo. Debe existir un acuerdo entre pacientes y terapeuta para poder trabajar con el mismo objetivo, y las dos partes tienen un papel activo en la terapia (Andrade, 2005).

Se han realizado diversas investigaciones en relación a la importancia de la AT y los elementos que la componen (Etchevers, Garay, Korman, González, y Simkin, 2012). Horvath (1981) demostró que existía correlación entre la empatía del terapeuta percibida por el paciente, y por otro lado algunos aspectos relacionados con la alianza. Peschken y Johnson (1997) afirmaron que las “actitudes facilitadoras” constituyen la construcción de la AT. Además demostraron la correlación positiva entre la confianza depositada por el terapeuta y la condiciones facilitadoras, correlacionando el segundo elemento con la confianza del paciente.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) hablan de la confianza básica como un elemento que se fomenta a través de la empatía, aceptación y autenticidad. La definen como una percepción del paciente hacia la relación que establece con el terapeuta, la cual considera buena y segura, pudiendo expresarse con más libertad con el objetivo de encontrar una solución. La colaboración terapéutica de las dos partes es esencial para poder trabajar en equipo.

Watson y Geller (2005) consideran que los terapeutas que muestran empatía, congruencia y aceptación por sus pacientes podrán desarrollar una mejor negociación de los objetivos terapéuticos, y por lo tanto una construcción más positiva del vínculo entre ambos.

En el caso que presentamos deberemos tener presentes posibles dificultades relacionales que afectarán a la AT. La relación terapéutica se ve influenciada por algunos factores previos e independientes de la terapia, como variables del paciente en relación a la severidad del cuadro clínico, o sus conductas de apego en sus primeros años, así como sus habilidades adquiridas a nivel relacional, o sus experiencias o actitudes previas (González, 2005). Por lo tanto, en este caso las limitaciones cognitivas, relacionales y de lenguaje serán elementos a tener muy presentes durante la creación de la AT. En DI estamos trabajando con un tipo de población donde encontraremos personas y/o grupos muy heterogéneos, ya que existe un amplio abanico de niveles de funcionamiento, de discapacidades y de cualidades (Jané, 2004).

OBJETIVO

Los objetivos principales son: (1) identificar los elementos relevantes de la Alianza Terapéutica que aparecen a lo largo de una intervención en Danza Movimiento Terapia en un caso con Discapacidad Intelectual y (2) observar si estos elementos de la Alianza Terapéutica contribuyen al éxito de los objetivos de la intervención.

Los objetivos específicos son: (1) describir el proceso terapéutico de una intervención en Danza Movimiento Terapia con Discapacidad Intelectual y (2)

observar la evolución de los objetivos de la intervención a lo largo del proceso terapéutico en un caso de Danza Movimiento Terapia con Discapacidad Intelectual.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, concretamente un estudio de caso descriptivo. Definimos el estudio de caso como “la examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso” (Luck, Javkdon y Usher, 2006, p. 104).

La selección del caso fue por conveniencia (Miles y Huberman, 1994). Tal y como afirma Starman (2013) nos encontramos delante de un estudio diacrónico, ya que se sigue un caso a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico, analizando y observando los cambios que se producen en el paciente como resultado de la intervención.

Este estudio ha sido respetuoso con los principios éticos que rigen cualquier investigación realizada con seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964). Se ha preservado el anonimato del paciente y del centro.

Descripción del participante

Mujer de 39 años a la que llamaremos Lucía. Lucía está diagnosticada de Síndrome de Down. No toma medicación. Vive con sus padres. Tiene dos hermanos mayores que viven en un país extranjero. Le gusta escuchar música, ver la televisión y practicar aeróbic. Los educadores y la psicóloga del centro de terapia ocupacional destacan: (1) Dificultades en la relación con el otro. (2) Falta de tolerancia a la frustración: “sólo hace lo que ella quiere”. (3) Rigidez corporal: “esta en constante tensión”.

Previamente a la intervención el terapeuta realizó observaciones de Lucía en el taller ocupacional. Presentamos un resumen de sus consideraciones:

- A nivel corporal: cuerpo rígido con postura tensa, destaca su nivel de energía inconstante y su dificultad para estar quieta. Su repertorio de movimiento es reducido y destacan patrones repetitivos de movimiento: frotar sus manos, tocarse el pelo y mirarse su mano izquierda.
- A nivel relación: “suele mirar hacia abajo cuando no le gustaba algo”, “su rostro es muy expresivo cuando no está de acuerdo con algo”, aunque permite la proximidad del otro pero solamente cuando necesita alguna cosa; presenta muchas limitaciones en el lenguaje oral y permite el contacto visual y físico, si bien solamente de las personas que ella escoge.

A partir de las necesidades detectadas en Lucía, se decidió trabajar con ella mediante DMT, puesto que este tipo de terapia facilita la expresión emocional, fomenta la conexión entre el cuerpo y la mente y, además, propicia la ampliación de registros de movimientos proporcionando un mayor conocimiento del propio cuerpo (Fischman, 2005).

Instrumento

El terapeuta realizó notas de campo (Gibbs, 2007), anotaciones no continuadas, durante y después de cada una de las sesiones de la intervención, para recoger los elementos más importantes del caso en relación a la construcción de la AT y de los objetivos de la intervención.

También se realizaron supervisiones del caso con un terapeuta experto en estudios de caso dentro de la disciplina de la DMT.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis de contenido (Ruiz, 1996) para analizar las notas de campo. Concretamente se utilizó un método deductivo.

En primer lugar se determinaron los elementos relevantes de la AT según las referencias consultadas, diferenciando entre aquellos elementos que ayudaron al vínculo (P) y aquellos que lo dificultaron (N) (Bordin 1979,1994; González, 2005; Horvath y Greenberg, 1989; Rogers y Resenberg, 1981; Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989).

Así pues, se obtuvieron diferentes categorías para analizar la construcción de la AT y evolución de los objetivos trabajados en la intervención (ver tabla 1).

Tabla 1
Tabla de categorías

Elementos relacionados con la AT (P o N)	<ul style="list-style-type: none"> - capacidad de tolerar cierto grado de frustración - confianza básica y/o aceptación - identificación con las metas de la intervención - metas y objetivos comunes - capacidad de vincularse y/o empatía - actitud de interés - acogida de la demanda del paciente - integración de elementos del encuadre, - permitir o iniciar contacto - tolerar la proximidad - validar la experiencia del paciente y autenticidad (congruencia y coherencia).
En la sesión	elementos destacados de la sesión en relación a las actividades propuestas para trabajar los objetivos de la intervención.
Su movimiento	cambios a nivel corporal y de expresión no verbal (cualidades del movimiento)
Anotaciones	pensamientos del terapeuta, observaciones complementarias o cambios que aparecen a lo largo de las sesiones

Posteriormente procedimos a la lectura del diario de campo y se identificaron las categorías mencionadas en la Tabla 1. Luego el mismo experto supervisor del caso realizó la revisión de los resultados obtenidos, estos no se consideraron

definitivos hasta lograr un acuerdo interjueces en cada una de las categorías.

Intervención

La intervención se realizó en el contexto de un taller ocupacional en el que Lucía asistía diariamente. Se planificaron 19 sesiones individuales de DMT de 60 minutos cada una y desarrolladas con periodicidad semanal. Las sesiones se estructuraron según el Modelo de Chace (1953):

1. Bienvenida.
2. Calentamiento: Preparamos el cuerpo para el movimiento:
 - Movimientos enfocados a elevar la temperatura corporal, como la marcha rítmica.
 - Movilización de grandes articulaciones del cuerpo, con movimientos como rotaciones o flexiones, y siguiendo un orden que favorezca el movimiento de todas las partes del cuerpo.
 - Un calentamiento específico centrado solamente en aquellos músculos y articulaciones que se utilizaran más en la sesión.
3. Transición-Proceso: Trabajamos con la paciente dentro de un proceso no-directivo a través de la creatividad, su simbolización, juegos y/o bailes.
4. Relajación: Se realiza si el terapeuta lo considera necesario para la paciente.
5. Cierre: Momento de vuelta a la calma. Un espacio de contención, de intercambio, de reflexión y de integración de las temáticas emergentes en el proceso.

Se formularon los siguientes objetivos de intervención:

1. Aumentar el conocimiento del propio cuerpo.
2. Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración.
3. Mejorar la comunicación y la relación con el otro.
4. Fomentar la iniciativa, la creatividad, la seguridad y su autonomía.

Estos objetivos fueron empleados para plantear los contenidos principales de la intervención, teniendo presentes las limitaciones de Lucía.

Se proporcionó a Lucía un espacio contenido para aumentar su seguridad y también se propusieron diferentes rutinas o rituales. Se exploraron diferentes maneras de entrar en contacto en la relación; se puso el foco en cómo cuidar el espacio y en clarificar los elementos que fueron configurando el encuadre. Se reforzó a Lucía positivamente lo cuál permitió que fuera cogiendo más iniciativa. Se utilizó la música herramienta facilitadora en la relación, ya que Lucía mostraba mucho interés por algunas canciones, y también como una herramienta de apoyo tanto a nivel de estímulo como de estructura.

RESULTADOS

A continuación realizaremos un recorrido por el proceso terapéutico en el que observaremos los diferentes “momentos de encuentro” (Stern et al., 1998, p. 5) entre

Lucía y el terapeuta vinculados a la AT, y destacaremos los momentos de cambio asociados (para mayor información ver apéndice).

Primeras sesiones: Inicio del proceso

Estaban muy presentes las conductas obsesivas y de negación (ver apéndice Tabla 2 y 3), pero durante el proceso Lucía pudo explorar otras alternativas y tolerar mejor la frustración. Referente a la AT destacamos que, a pesar de que la primera sesión se centra en establecer el vínculo terapéutico saludable, el terapeuta parece ser invisible para Lucía. Además, como se aprecia en la Tabla 2, Lucía presenta dificultades en la integración de elementos del encuadre (ver apéndice Tabla 2).

En las sesiones dos y tres Lucía parece estar más presente en lo que sucede en su entorno y empieza a reconocer el espacio, elementos que contribuyen a una buena AT. También muestra movimientos repetitivos que parecen darle seguridad, como el balanceo y los giros. Al final de las sesiones, se propone un espacio de relajación donde se realiza un pequeño masaje de pies que permite observar que Lucía muestra un pensamiento muy concreto: para ella el masaje es para los calcetines y no parece comprender que detrás de ellos están sus pies (ver apéndice Tabla 2).

Destacan sus movimientos repetitivos, además de un registro de movimiento muy limitado. Se empezará a trabajar desde el punto en que ella se encuentra, teniendo presente sus limitaciones y puntos fuertes (ver apéndice Tabla 2 y Tabla 3).

Desarrollo del proceso

Lucía empieza a integrar los elementos del encuadre y a establecer rituales, al inicio y al final de la sesión. Se observan más momentos de interacción entre terapeuta y paciente. Lucía en algunos momentos se dirige al terapeuta; al final de la sesión esperándola para salir del aula, le dice “vamos” y señala la puerta de salida (ver apéndice Tabla 4).

Se observan elementos que permiten ir avanzando en el proceso y que facilitan la buena AT, incrementando los intercambios entre paciente y terapeuta. Referente a los objetivos de la intervención se pueden ver algunos cambios a nivel corporal. El cuerpo de Lucía en algunos momentos parece menos rígido y permite la introducción de pequeños cambios en su movimiento a partir de sus movimientos repetitivos como son los giros. Lucía empieza a compartir y a hacer más participe a el terapeuta de lo que sucede (ver apéndice Tabla 5). Se ve a Lucía más segura y empieza a coger más autonomía queriendo hacer cosas por ella misma, se atreve a proponer movimientos para el calentamiento, parecidos a los trabajados en anteriores sesiones (ver apéndice Tabla 6).

Con las propuestas en movimiento puede experimentar otro tipo de movimientos, como por ejemplo un flujo más libre. También observamos un cambio en el espacio. Lucía utiliza toda la sala, tanto el espacio directo (centrándose en un foco de atención), como el espacio indirecto (utilizando el espacio de forma más flexible pasando por todas las partes de la sala e incluso en algún momento desorientándose).

Este momento del proceso destacamos: el hecho de compartir en la sesión, aceptar propuestas y poder trabajar en la misma dirección terapeuta y paciente (ver apéndice Tabla 6).

En la sesión 12 Lucía coge la caja de los colores de manera brusca, la caja se rompe y los colores caen. Delante de una situación que no esperaba se queda bloqueada sin saber cómo reaccionar y parece que no presta atención a las palabras del terapeuta. El terapeuta pone palabras a lo sucedido, pero no se observa ninguna reacción, Lucía mira al suelo y su mirada parece perdida. Posteriormente, la sesión continúa y ella parece no estar presente. La situación recuerda a una de las sesiones iniciales. Al final de la sesión Lucía parece que puede conectar con lo sucedido y explica que uno de los educadores se enfadó con ella por una situación parecida (ver apéndice Tabla 7).

En los siguientes encuentros Lucía sigue teniendo una actitud activa y con una mayor iniciativa dentro de la sesión. Lucía vuelve a tirar la caja de colores; esta vez también queda unos instantes bloqueada pero puede escuchar al terapeuta y recogemos los colores con su ayuda. Se la observa tranquila y puede seguir con la sesión estando más presente en esta ocasión (ver apéndice Tabla 8).

La sesión 15 fue como retroceder al inicio. El terapeuta parece invisible y al mismo tiempo destacaba la rigidez corporal y movimientos de giros repetitivos con balanceo (ver apéndice Tabla 9).

En los encuentros posteriores se proponen diferentes opciones para trabajar en movimiento. Se trabajan aspectos como el ritmo (corporal y con instrumentos de percusión) que ayuda a Lucía a crear una estructura e ir cogiendo seguridad, y luego poder ir explorando ritmos nuevos para ella. Además, a través de juegos con ritmos, Lucía puede escuchar los ritmos de el terapeuta y responder a ellos, encontrando nuevas formas de comunicación más allá de la palabra. Lucía descubre una nueva manera de relacionarse (sustentada por un encuadre y unos límites), y un vínculo en el que ella puede ofrecer al otro y disfrutar del aquí y del ahora. Se establece una relación diferente a las relaciones del taller donde Lucía solamente se comunica cuando necesita ayuda (ver apéndice Tabla 10).

Última sesión: El cierre del proceso

La última sesión fue planteada teniendo presentes los rituales que se habían ido creando en el proceso, y se compartieron canciones y movimientos representativos. El terapeuta puso palabras a lo que iba sucediendo recordando que era el día del cierre. Lucía mostró una actitud más cercana e inició en diferentes momentos movimientos con contacto físico (ver apéndice Tabla 11).

DISCUSIÓN

Este estudio de caso es un ejemplo del por qué no podemos entender la terapia sin entender la relación que se establece entre paciente y terapeuta. Se observa cómo la AT se crea tanto gracias a la implicación del paciente como del terapeuta

(Andrade, 2005). Están presentes en este caso algunos de los elementos esenciales para una AT saludable: encuadre claro, espacio seguro, proximidad, confianza, ir en una misma dirección y, sobre todo, observar lo que el paciente trae sesión tras sesión, trabajar en relación a sus necesidades y tolerar su ritmo (Bordin 1979, 1994; González, 2005; Horvath y Greenberg, 1989; Rogers y Resenberg, 1981; Winkler, et al., 1989).

En este caso, a pesar de estar presentes limitaciones cognitivas, intelectuales y de lenguaje, el elemento relacional va más allá de ellas. La capacidad para comprender al otro es algo que está en la naturaleza de cada persona independientemente de sus características (Fischman, 2005). Así pues, la AT se fue construyendo y reforzando durante todo el proceso, y esto contribuyó a la consecución de los objetivos de la intervención:

- Aumentar el conocimiento del propio cuerpo: El trabajo del esquema corporal y el explorar nuevas cualidades de movimiento como un flujo corporal más libre, posibilitaron disminuir la rigidez corporal de Lucía (Laban, 1987), además de aumentar el conocimiento de su cuerpo (Barnet-López, et al., 2015).
- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración: Durante la sesiones ofrecimos a Lucía alternativas para disminuir sus conductas obsesivas y de negación; ella pudo aceptar bien algunas de las propuestas. Lucía fue descubriendo una nueva manera de relacionarse con el otro, pudo aumentar su tolerancia y disminuir su impulsividad frente a situaciones nuevas y/o que le provocaban frustración.
- Mejorar la comunicación y la relación con el otro: Lucía presentaba muchas limitaciones en la comunicación y la relación. Durante el proceso terapéutico Lucía exploró nuevas maneras de comunicación (Hurley, et al., 1998); se fomentó el lenguaje no verbal con los ritmos, los sonidos y el movimiento.
- Fomentar la iniciativa, creatividad, seguridad y autonomía: El aumento del conocimiento corporal y del registro de movimiento incrementó la seguridad, autonomía e iniciativa de Lucía; observamos a Lucía cada vez más participativa. Además se fomentó la creatividad gracias a la utilización de materiales muy diferentes que permitieron a Lucía explorar nuevos movimientos como por ejemplo pelotas, telas o diferentes estilos de música (Panhofer, 2005).

Se observa que la creación de la AT fue saludable. Las propuestas de Lucía eran escuchadas y reforzadas, pero también había espacio para escuchar al otro y para tolerar sus intereses o propuestas. Como hemos visto en las primeras sesiones Lucía no buscaba el contacto con el terapeuta y parecía no integrar nada de lo que había a su alrededor. Pero a partir de la sesión cuatro Lucía empezó a integrar elementos del encuadre y a establecer rutinas y rituales en la sesión, como quitarse los zapatos o sentarse para empezar la sesión.

En las sesiones aparecieron rituales tales como el *baile de despedida* o como *el masaje de pies*, también la construcción de un lenguaje propio como el *pam, pam* que simboliza el calentamiento o *la mirada hacia el suelo* cuando Lucía quería expresar que algo no le gustaba. Así pues, el terapeuta y Lucía fueron construyendo en sus encuentros su propia manera de interactuar, tal y como sostiene Sassenfeld (2008).

A medida que avanza el proceso, elementos como el contacto físico y la proximidad fomentan la construcción de nuevos diálogos (Mac Donald, 1992). Lucía muestra que tiene la capacidad para vincularse al otro y establecer cierta confianza. En la mitad del proceso vemos a una Lucía que busca la proximidad y aumenta su contacto visual. Se muestra más receptiva a lo que sucede en su entorno y acepta algunas de las propuestas del terapeuta. Referente al contacto físico, se da en muy pocas ocasiones; aparece por primera vez en la sesión diez, cuando al terminar la sesión Lucía se acerca al terapeuta, coge su cara con una mano y después le da un beso de despedida.

Lucía experimentó otro tipo de vínculo diferente al que solía establecer con sus compañeros o educadores del centro. Una comunicación más allá de las demandas de Lucía, donde los intereses del otro también pueden estar presentes. La aplicación de la técnica de espejar (Chace, 1953; Levy, 1992) le permite al terapeuta conectar con las necesidades de movimiento de Lucía y a Lucía empezar a tener presente al terapeuta durante las sesiones. Los momentos de juego compartido fomentaron la comunicación expresiva y comprensiva, y el trabajo con ritmos fue una buena herramienta para trabajar el intercambio comunicativo con Lucía a nivel no verbal. Todo ello en un espacio con unos límites y un encuadre determinado que podía hacer la función contenedora para Lucía. Así mismo el trabajo a través del movimiento, de la expresión no verbal, permitió a Lucía una nueva manera de relación que contribuyó en lograr el éxito en los objetivos terapéuticos, a pesar de sus limitaciones cognitivas y expresivas, coincidiendo con las aportaciones de Rodas (2015).

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Este trabajo presenta las siguientes limitaciones; la utilización de un solo instrumento (notas de campo) y la imposibilidad de generalizar los resultados, ya que como estudio de caso se centra en la particularidad y en la profundización del caso. Así mismo se proponen para futuras líneas de investigación la realización de un estudio de casos múltiples incorporando otros instrumentos para complementar el análisis, como podría ser un registro de observación.

CONCLUSIONES

Este estudio es una contribución al ámbito de la DMT. La descripción en profundidad del caso nos permite conocer mejor el trabajo que realiza la DMT en personas con DI.

Los elementos relevantes de la AT que aparecieron a lo largo de la intervención

fueron: creación de un espacio seguro, integración de los elementos del encuadre, aumento de la confianza, tolerancia del ritmo de Lucía, seguir paciente y terapeuta una misma dirección. Debemos destacar que las limitaciones de Lucía debido a la DI dificultaron la integración del encuadre, por ello consideramos que la repetición de algunos elementos como por ejemplo los rituales de bienvenida y una estructura muy clara y marcada a lo largo de las sesiones son elementos especialmente importantes en este tipo de población.

Se construyó una AT saludable, lo cual permitió alcanzar los objetivos de la terapia: se observa un aumento del esquema corporal y un mayor conocimiento de su propio cuerpo, Lucía aumentó su tolerancia a la frustración en diferentes momentos y mostró un aumento en el control de impulsos, además incrementó la comunicación y aumentó la relación con el terapeuta, finalmente también observamos en el análisis de las sesiones un aumento en la iniciativa, la creatividad, la seguridad y la autonomía a medida que la intervención avanza.

Apéndice

Tabla 2
Se inicia el proceso: Sesión 1.

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Falta de tolerancia frustración (N)	Desorientación	Utiliza solo una pequeña parte del espacio	Soy invisible
Clarificación de algunos elementos del encuadre horario, espacio, estructura sesión (P)	No acepta propuestas y/o se cansa muy rápido de ellas	Destaca el movimiento de balanceo que Lucía repite durante gran parte de la sesión	Siento inseguridad Frustración de mis expectativas iniciales
No integración de elementos del encuadre (N)	No reconoce partes del cuerpo	No existe contacto visual	

Tabla 3
Primeras sesiones del proceso: Sesiones 2 y 3.

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Inicio contacto visual, busca con la mirada en algún momento a el terapeuta (P)	La repetición le da seguridad	Imitación – puntual y con movimientos pequeños	Mareo – angustia
Empieza a reconocer el espacio (P)	Enfado		Interés por comprender su mundo
Sigue sin tolerar la frustración (N)	Relajación – Dificultad	Balaneo y Giros	
El terapeuta en un momento de la sesión decido espejarla para empatizar mejor con ella (P)	Elementos - Zapatos	Falta de conocimiento corporal	
No tolera el contacto físico y muy poco contacto visual (N)			

Tabla 4
Desarrollo del proceso: Sesiones 4, 5 y 6

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Integración de algunos elementos del encuadre (P)	Ritual – zapatos – introducción del calendario	Giros – propuesta de combinar.	Ternura – ganas de protegerla
Cuida el espacio (P)	Acoge mejor mis propuestas – falta atención y motivación	Flujo contenido – rigidez, respiración, tensión cuello.	Objetivos pequeños importancia vínculo terapéutico
Tolerancia a la frustración: acepta alguna propuesta como las canciones – «hay un espacio para sus canciones y también hay un espacio para mis canciones» – (N)	Despedida – «vamos»	Espacio Indirecto: mirada perdida – mira mano izquierda	Marcar límites

Tabla 5
Desarrollo del proceso: Sesiones 7 y 8

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Recibe mejor los límites y la negación de sus demandas (P)	Estructura: zapatos – sentarnos – calendario	Balanceo – Giros: menos rigidez	Repetición – registros de movimiento muy reducido
Diálogo breve en movimiento (P)	Pide su canción	Busca el contacto visual y la comunicación con el otro	Sentía que en algunos momentos me incluía
Presente y colaboradora (P)	Calentamiento – sigue la propuesta	Combinación de Espacio Directo (marcha rítmica) e Indirecto (giros)	Masaje pies – indicador positivo de contacto con ella misma
Tolera el contacto con el propio cuerpo (P)	Percusión – pregunta respuesta		
	Marcha rítmica - explorar el espacio		
	Masaje pies		

Tabla 6
Desarrollo del proceso: Sesiones 9, 10 y 11

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Integración elementos del encuadre (P)	Iniciativa -"yo sola" Inicia calentamiento: "pam pam"	Balanceo aceptando pequeñas modificaciones	Antes de salir coge mi barbilla y me da un beso, sale rápidamente de la sala
Cuida el espacio (P)	Propone movimientos – "como yo" – coge mi mano:	Tensamos – Relajamos	Está más presente en el espacio – más abierta al exterior
Confianza (P)	"¿bailamos?"	Destaca el peso firme	
Tolera mejor la frustración (P)	Acepta propuestas	Pañuelos: Flujo más libre y un tiempo más sostenido	Juntas compartiendo algo más que el mismo espacio
	Bailamos juntas		
	Pide masaje pies - Contacto corporal	Ampliación registro movimiento – Iniciar/Parar	

Tabla 7
Desarrollo del proceso: Sesión 12

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Falta de tolerancia a la frustración (N)	Calendario: Rompe los colores	Mirada al suelo Giros – Balanceo	El incidente de los colores la ayuda a conectar con la discusión con X
Proximidad: Inicia y tolera (P)	No acepta ninguna propuesta	Check - Out: Busca contacto visual, cuerpo menos rígido:	
Dificultad en resolución de problemas (N)	Masaje pies: Verbalización – “A se enfadó conmigo , no me gusta”	flujo libre y peso ligero	
Capacidad para relacionar lo que pasa en sesión con otros momentos de su vida (P)			

Tabla 8
Desarrollo del proceso: Sesiones 13 y 14

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Toma iniciativa (P)	Calendario – Tira los colores y los recoge	Propone movimientos dentro de su registro habitual	Reflejar – Giros (me hacen sentir perdida)
Capacidad de tolerar cierto grado de frustración (P)	No acepta propuestas	pero puede experimentar nuevos movimientos con mis propuestas	Me siento satisfecha porque la estructura de las sesiones están dando a Lucía más seguridad de sentirse capaz y tomar iniciativa “yo sola”
Busca proximidad (P)	Se sienta en el suelo – masaje pies y me explica que ha dormido poco		
Muestra confianza (P)	Liderazgo – imitación Control Impulsos – caja china		Pequeños cambios

Tabla 9
Desarrollo del proceso: Sesión 15

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
No busca el contacto (N)	Calendario – dedicamos tiempo	Giros y Balanceo	Frustración – conecto con las primeras sesiones con Lucía
No escucha ni acepta ninguna propuesta (N)	Solo quiere dar vueltas	Destaca rigidez corporal: flujo contenido y peso firme	
	Dialogo – percusión		
	Integramos la percusión a sus giros		

Tabla 10**Desarrollo del proceso y preparación para el cierre: Sesión 16 -17 y 18**

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Integración del encuadre (P)	Preparamos juntas la sala – Ritual	Sobre su eje vertical: centro corporal, más abierta al espacio	Satisfacción por poder desarrollar una propuesta
Confianza y aceptación (P)	Calendario – Caen colores “que bien, venga va” (sonríe) – Me hace una caricia	Cuerpo menos rígido – más relajado	Siento otra energía en
Capacidad de vincularse (P)	Calentamiento compartido: esquema corporal / colocación del cuerpo	Aparece la mano izquierda en los giros pero en poco momentos	nuestro vínculo
Proximidad (P)			Tristeza por el cierre
Inicia interacción (P)	Marcha rítmica – Nuestro eje/centro	Giros – más abiertos	
Aumento autonomía (P)	Dialogo instrumentos percusión “yo sola” y percusión corporal	Flujo menos contenido	Incertidumbre respecto la última sesión
Aprendizaje – resolver algunas situaciones (P)	Masaje pies y Canción despedida		

Tabla 11**Cierre del proceso: Sesión 19**

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Integración elementos encuadre (P)	Preparamos juntas la sala – Rituales –	Cuerpo menos rígido, cuello menos inclinado.	Dibujo: Algo físico para ayudarle a cerrar
Capacidad de vincularse (P)	Verbalizo que es la última sesión	Respiración más amplia	
Capacidad de tolerar la frustración (P)	Dibujamos nuestras manos	Se observa combinación: flujo libre y contenido	Los pequeños cambios
Proximidad – Inicia contacto (P)	Despedida: “pequeña fiesta”	<i>Kinesfera</i> personal y general ampliada	
	Masaje pies y canción despedida	Giros	

Agradecimientos

A la Fundació Blanquerna (FPCEE Blanquerna de la Universitat Ramon Lull) por la beca de investigación concedida. A la formación de Master de DMT (Universitat Autònoma de Barcelona). Y a Lucía.

Referencias bibliográficas

- AAIDD (2010). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 5). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Aron L. (1999) Afterword. En: Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey.
- Arregui, I. (2010). La técnica del psicodrama utilizada en adolescentes, como medio para prevenir el maltrato en el aula de clases: trabajo de campo. Colegio Nacional Cumbayá.
- Asociación Médica Mundial. (1964) *Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial*. Helsinki, Finlandia.
- Ballesta, A. M., Vizcaíno, O., y Mesas, E. C. (2011). El Arte como un lenguaje posible en las personas con capacidades diversas. *Arte y políticas de identidad*, 4, 137-152.
- Barnet-López, S., Pérez-Testor, S., Cabedo-Sanromà, J., Gozzoli, C., Oviedo, G. R., y Guerra-Balic, M. (2015). Developmental Items of Human Figure Drawing: Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 135-149. doi: 10.1007/s10465-015-9201-1.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.B, y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial DDB.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. *The working alliance: Theory, research and practice*, 13-37.
- Borja, V., y Solís P. (2012). Taller de música y danza: Expresión Corporal en un centro de apoyo a la integración de personas con discapacidad intelectual. *EmásF: revista digital de educación física*, 14, 52-59.
- Botella, L., y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, (101), 21-34.
- Chace, M. (1953). Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 219-225.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 125-133.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Etchevers, M., Garay, C. J., Korman, G. P., González, M. M., y Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de investigaciones*, 19(1), 225-232.
- Fischman, D. (2005). Danza Movimiento Terapia. Encarnar, enraizar y empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos. *Congreso de Artes del Movimiento*. IUNA: Buenos Aires.
- Gibbs, G.R. (2007). *Analysing qualitative data*. London : Sage Publications.
- González, N.A. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Greenson, R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International.
- Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the working Alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. U. British Columbia, Vancouver, Canadá.
- Horvath, A.O., y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. 37-70.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

- Hurley, A., Tomasulo, D. y Fadt, A. (1998). Individual and group psychotherapy: Approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10 (4), 365-386.
- Jané, M.C. (2004). Diagnóstico dual en la deficiencia mental. *Suports*, 8(1), 42-58.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., y Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46-64. doi:10.1016/j.aip.2013.10.004
- Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Levy F. (1992). *Dance Movement Therapy a Healing Art*. New York, Ed. National Dance Association, American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Levy, F. (1988). *Dance Movement Therapy: A Healing Art*. Virginia: The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.
- Luck, L., Jackson, D., y Usher, K. (2006). Case study: a bridge across the paradigms. *Nursing inquiry*, 13(2), 103-109.
- MacDonald, J. (1992). Dance? Of course I can! En H. Payne (Ed.) *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. Routledge: London.
- Miles, M.B., y Huberman, A.M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 1994. *Beverly Hills: Sage Publications*.
- Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Peschken, W.E. y Johnson, M.E. (1997). Therapist and client trust in the therapist and client trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 7 (4), 439-447.
- Rodas, J. L. C. (2015). Danza Terapia: alternativa de bienestar en Colombia. *Artes la Revista*, 7(14), 61-68.
- Rogers, C y Resenberg, C. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- Ruiz, J.I. (1996). Metodología de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sassenfeld, A. (2008) Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 4, 1.
- Starman, A. B. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika*, 64(1), 28-43.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweiler-Stern, N. y Tronick, E.Z. (1998). Mecanismos no interpretati-vos en terapia psicoanalítica. El “Algo más” la interpretación, traducción al castellano del artículo: Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the “Something more” than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921. University Press.
- Vella, G., y Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT). *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 3-13.
- Watson, J.C., y Geller, S.M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 25-33.
- Winkler, M.I., Cáceres, C., Fernández, I., y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psitoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8(11), 34-40.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 27, Número 104, July, 2016 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: PubPsych, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA

Case Formulation in Psychotherapy

Adrián Montesano y Ciro Caro

(Coordinadores)

EDITORIAL: FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA

Adrián Montesano y Ciro Caro

UNA MIRADA A LA FORMULACIÓN DE CASO EN PSICOTERAPIA: INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL Y PERSPECTIVA DE FUTURO

Ciro Caro y Adrián Montesano

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

Rohnda N. Goldman, Leslie S. Greenberg y

Ciro Caro

¿QUÉ ES UNA FORMULACIÓN DE CASO BASADA EN LA EVIDENCIA?

Tracy D. Eells

EL DIAGRAMA CIRCULAR EN TERAPIA DE PAREJA: UN MAPA RELACIONAL PARA GUIAR EL PROCESO TERAPÉUTICO

Adrián Montesano

CÓMO LIDIAR CON LA AMBIVALENCIA EN PSICOTERAPIA: UN MODELO CONCEPTUAL PARA LA FORMULACIÓN DE CASO

João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves,

Cátia Braga y António P. Ribeiro

LA FORMULACIÓN DE CASO EN SUPERVISIÓN CLÍNICA: PROCESO COLABORATIVO APOYADO POR MAPAS CONCEPTUALES

Marcela Paz González-Brignardello

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

HOW TO DEAL WITH AMBIVALENCE IN PSYCHOTHERAPY: A CONCEPTUAL MODEL FOR CASE FORMULATION

João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga, António P. Ribeiro

WHAT IS AN EVIDENCE-BASED CASE FORMULATION?

Tracy D. Eells

APORTACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO AL TRABAJO CON MADRES Y PADRES DE NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS EN SALUD MENTAL: EXPERIENCIAS DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

Mónica Díaz de Neira Hernando, Carmen Vidal Mariño, Susana González Rueda y Pedro Gutiérrez Recacha

DUELOS FAMILIARES O COLECTIVOS. DISEÑO DE UNA ESCALA DE ACTITUDES HACIA LOS NIÑOS EN PROCESOS DE DUELO

Marta Villaceros Durbán, José Carlos Bermejo Higuera y Marisa Magaña Loarte

INTEGRACIÓN DEL ASESORAMIENTO GENÉTICO Y REPRODUCTIVO CON LA PSICOTERAPIA: REFLEXIONES A TRAVÉS DE UN CASO

Eugènia Monrós y Assumpta Junyent

DESAFÍOS ÉTICOS EN PSICOTERAPIA. PERSPECTIVA DE TERAPEUTAS Y PACIENTES

M. Luz Bascañán

PROBLEM SOLVING BRIEF THERAPY: A CASE CONDUCTED BY JOHN WEAKLAND

Eduard Carratalà, Anna Vilaregut, Karin Schlanger y Cristina Günther

LA ALIANZA TERAPEUTICA EN LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA CON PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL. Estudio de caso

Silvia Barnett-Lopez, Meritxell Pacheco, Heidrun Panhofer, Peter Zelaskowski, Susana Pérez-Testor y Myriam Guerra-Balic

